# المرجع
# في
# الأمراض الجلديّة

براون فالكو - بلفيغ - وولف - وينكلمان

نقله إلى العربيّة
أعضاء الهيئة التدريسية
في
قسم الأمراض الجلدية والزهريّة
كلية الطب - جامعة دمشق
بإشراف
الأستاذ الدكتور صالح داود

دار ابن النفيس
دمشق


منتدى إقراء الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com
للكتب ( كوردى , عربي , فارسي )

بْرَاون فالكو ـ بلفيغ ـ وولف ـ وينكلمان

# المرجع
# في
# الأمراض الجلديّة


نقله إلى العربية

د . هالة الجابر — د . وليد حناوي — د . مازن داود — د . محمد نزار الدقر
د . محمد دلة — أ . د . سهيل دياب — د . غانم رسلان — د . شذى زيزفون
أ . د . شريف السالم — أ . د . سلوى الشيخ — د . عبد الحكيم عبد المعطي — د . ليديا عوض
د . عبد الرحمن القادري — د . صائن كاشور — د . هناء مسوكر — د . هدى منيني

بإشراف
الأستاذ الدكتور صالح داود



دار ابن النفيس
دمشق

١٩٩٥

المركز الثقافي المعاصر
دمشق

المرجع في الأمراض الجلدية / براون فالكو ... [ وآخرون ] ؛ ترجمة هالة الجابر ... [ وآخرون ] ؛ إشراف صالح داود . — دمشق : المركز التقني المعاصر ، دار ابن النفيس ، ١٩٩٥
. — ١٤٠٤ ص : صور ملونة ؛ ٢٩ سم .

بآخره ١٨٠ صفحة صور ومعجم مصطلحات .

١ — ٦١٦,٥ ف ا ل م ٢ — العنوان ٣ — فالكو
٤ — الجابر ٥ — داود مكتبة الأسد
ع — ١٩٩٥/٨/١١٦١


الطبعة الأولى
١٤١٦ هـ — ١٩٩٥ م



الإشراف الفني : جهاد الداودي

بسم الله الرحمن الرحيم

## المقدمة

يحتوي هذا الكتاب « المرجع في الأمراض الجلدية Dermatology » على قديم علم أمراض الجلد وحديثه . ويجمع أيضاً من حيث طرح المادة وعرضها ، بين المدارس الأوربية والمدارس الأمريكية . إضافة إلى أنه قد جمع بين دفتيه فصولاً كثيرة غنية بالمعلومات الكثيرة المدرسية والحدثية المتطورة ، بشكل جعله يتميز عن أي كتاب آخر من نفس الحجم وفي نفس الموضوع .

أما المؤلفون وهم و . براون فالكو O. Braun-Falco ، وج . بليفيغ G. Plewig ، وإتش . إتش وولف H. H. Wolff ، ور . ك . وينكلمان R. K. Winkelmann ، فهم علماء في ميدان اختصاصهم ، ولهم باع طويل في حقل التأليف والبحث العلمي . ويشهد على ذلك ما ينشر لهم في الكتب والمجلات التي تصدر في بلدان مختلفة وتحمل بين ثناياها كل ما استجد من بحث في أمراض الجلد وعلاجها . ناهيك عن أن لهم حضورهم المرموق والمتواصل في الندوات والمؤتمرات الأوربية والدولية .

كل ذلك حدا بنا إلى الاستفادة من هذا العمل الكبير وتعميم هذه الفائدة على الطبيب العربي في وطنه الكبير بلغة علمية مبسطة التزمنا فيها بالمعجم الطبي الموحد ، لقناعتنا بضرورة توحيد المنطق العلمي من خلال توحيد المصطلح الذي يوحّد وجهة النظر الواحدة ويساعد على استبعاد تشتت الفكر العلمي الذي يسببه تعدد المصطلح الواحد . وعند غياب المصطلح المطلوب في المعجم الطبي الموحد ، رجعنا إلى السلف وأخذنا بالتسمية المناسبة التي تفي بالحاجة والدقة .

وليس النقل من لغة إلى أخرى بالسهولة التي يظنها البعض ، بل هو في الحقيقة أصعب من التأليف . إذ يضطر المترجم أن ينفذ إلى فكر المؤلّف ويتعرف من خلال ذلك على ما كان يجول بخاطره ويريد التعبير عنه ، ثم بعد ذلك يعمد إلى نقل ذلك بصدق وأمانة ودقة . وقد استطعنا ، بعونه تعالى ، أن نذلل هذه الصعوبات ، لأن كل من قام بعملية التعريب هو صاحب اختصاص في الموضوع الذي نقله . ولم يدخر أي منهم وسعاً في إعطاء هذه الترجمة ما تستحق من أهمية علمية . وهذا ما جعل عملنا هذا يستغرق بعض الوقت .

وإننا إذ نضع هذا الكتاب في متناول أصحاب الاختصاص ، لنرجو أن نكون

قد وفقنا في مسعانا في تعميم الفائدة على زملائنا الأطباء في كافة أقطار الوطن العربي ، وأسهمنا في خدمة اللغة العربية في مجال تعريب علم الطب . كما إننا نهيب بزملائنا الكرام إبداء أية ملاحظة تهدف إلى خدمة هذا الكتاب للعمل على الاستفادة منها في أعمالنا المقبلة ، لأننا اليوم نعيش في عصر الانفجار العلمي ، وعلى الجميع أن يسهم في ذلك .

وإنني ، بصفتي أحد المختصين والعاملين في تدريس هذا الاختصاص لفترة ليست بقصيرة ، أنصح زملائي أطباء الأمراض الجلدية ، والذين هم في مرحلة الاختصاص ، والزملاء الأطباء الممارسين وذوي الاختصاص في مجالات الطب الأخرى ، وطلاب الطب ، باقتناء هذا الكتاب النفيس والاستفادة منه . فهو لبنة جديدة وأساسية تضاف إلى صرح المكتبة الطبية العربية التي نسعى جميعاً إلى إغناء محتواها .

ولا يسعني ، في ختام هذه الكلمة ، إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من قام بعملية الترجمة راجياً لهم التوفيق والنجاح . كما أشكر الأستاذ عبد الغني داوود صاحب مكتبة المركز التقني المعاصر على الجهود المادية والمعنوية التي بذلها في سبيل إخراج هذا الكتاب بالنوعية الجيدة التي يخرج بها عادة أمهات الكتب الطبية ذات النفع العميم .

والأمل كبير في أن نستمر في مسيرة التعريب ، والله من وراء القصد ..

**الدكتور صالح داود**
**أستاذ ورئيس قسم الأمراض الجلدية والزهرية**
**كلية الطب ــ جامعة دمشق**

# كلمة الناشر

يطيب لي ، عشية افتتاح المعرض الحادي عشر للكتاب العربي والدولي ، أن أقدم إلى السادة أطباء الأمراض الجلدية ، والأطباء في كافة الاختصاصات ، وطلاب الدراسات العليا في هذا الاختصاص والمقيمين والأطباء الممارسين ، وطلاب كلية الطب الذين هم على أبواب التخرج ؛ إلى كل هؤلاء ، في كافة بلدان العالم العربي ، من محيطه إلى خليجه ، أقدم كتاباً مرجعياً آخر ، أرفد فيه المكتبة الطبية العربية . وقد تم نقل هذا الكتاب — المرجع في الأمراض الجلدية — إلى اللغة العربية من كتاب مرجعي واسع الشهرة لما يحتويه من موضوعات شاملة ، ولما يتمتع به مؤلفوه من مكانة علمية مرموقة وسمعة إقليمية وعالمية واسعة .

يحتوي هذا الكتاب على ثلاثة أقسام مرتبطة بعضها ببعض علمياً ، ومستقلة عن بعضها إخراجاً : القسم الأول ، وهو النص العلمي الذي شمل تقريباً كل ما يحتاج إليه طبيب الأمراض الجلدية . والقسم الثاني ، وهو عبارة عن أطلس ملون في الأمراض الجلدية ، احتوى على ٨٢٧ شكلاً معظمها بالألوان الناطقة التي تشرح كافة الأمراض الجلدية الوارد شرحها في القسم الأول وقد أشير إلى ذلك بعبارة « راجع ... » أما القسم الثالث ، فهو عبارة عن معجم — إنكليزي عربي — لمصطلحات الأمراض التي تصيب جلد الإنسان . ولقد حرصت أن تقع هذه الأجزاء الثلاثة في كتاب جامع واحد تسهيلاً للمراجعة ؛ ولذلك جاء الكتاب بحجم كبير .

قام بنقل هذا الكتاب النفيس ثلة من خيرة الأطباء الاختصاصيين في الأمراض الجلدية والزهرية وغيرهم ممن يمت اختصاصهم بصلة إلى موضوع معين ورد في هذا الكتاب . وإليهم جميعاً أتقدم بخالص الشكر والامتنان ، وأحفظ لهم وافر التقدير والاحترام .

غير أنه لا بد لي في سياق هذه الكلمة أن أجزي الشكر خالصاً إلى الأستاذ الدكتور صالح داود رئيس قسم الأمراض الجلدية والزهرية لإشرافه على الترجمة ومراجعتها ، إضافة إلى إسهامه الواسع فيها ، وإلى الدكتور وليد حناوي الذي أشرف على تدقيق الكتاب بكامله وإعداد معجم المصطلحات فيه ، وإلى الدكتور محمد نزار الدقر الذي ساهم في مراجعة بعض الفصول ، وإلى الدكتور محمد دلة الذي دقق في شرح بعض الأشكال والمصطلحات الواردة فيها .

وإنني ، بهذا الإسهام الجديد ، أكون قد وفيت بالالتزام الذي قطعته على

نفسي ، وهو أن أقدم في كل عام عملاً جديداً ، مفيداً ، نافعاً — أو علم ينتفع به — يزيد في إغناء المكتبة الطبية العربية بما تحتاج إليه . والله الموفق وهو يهدي سواء السبيل ..

**عبد الغني داوود**

٦ ربيع الثاني ١٤١٦
١ أيلول — سبتمبر ١٩٩٥

# فهرس الفصول

# المحتوى

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

الموضوع | الصفحة

| الموضوع | الصفحة | الموضوع | الصفحة |
|---|---|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

الموضوع | الصفحة



الموضوع | الصفحة

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|



**١٥ . الأمراض الحويصلية والفقاعية .................... ٤٢٨**

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|



| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة | الموضوع | الصفحة |
|---|---|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|



| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|



| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|



| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة | الموضوع | الصفحة |
|---|---|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|



| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

| الموضوع | الصفحة | الموضوع | الصفحة |
|---|---|---|---|

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

# الفصل الأول

# مبادىء تشخيص الأمراض الجلدية

# Principles of Dermatological Diagnosis

د . صالح داود

## المرضى المراجعون باضطرابات جلدية :

**وقوعات الاضطرابات الجلدية** : تؤلف أمراض الجلد نسبة واحد إلى ٤ – ٦ مرضى من الذين يراجعون الطبيب الممارس . وتعتبر أمراض الجلد أكثر الأمراض شيوعاً في المناطق المدارية . ولهذا يعد من الضروري لكل طبيب أن يكون ملماً بتشخيص ومعالجة معظم الاضطرابات الجلدية الشائعة وذات الأهمية . ومن المفيد أن نذكر أن الكثير من الاضطرابات الجلدية السريرية يتعلق بالعمر .

**الولدان والرضع** : غالباً ما يحمل الأهل صغارهم في هذا السن إلى عيادة الطبيب من أجل التشوهات الخلقية ( علامات ولادية Birthmark ، وحمات ، حالات جلدية وراثية كالسماك ) أو أكزيمة الرضع .

**الأطفال** : يراجع الأهل الأطباء لإصابة أطفالهم بحالات جلدية حاكة ( مثال ، الشرى الحطاطي ، التهاب الجلد التأتبي ) أو بأخماج جلدية ( ثآليل ، قوباء ، جرب ... إلخ ) .

**المراهقون** : يعتبر العد الشائع Acne Vulgaris من أكثر الأسباب التي تدعو المراهقين إلى استشارة الطبيب ، وتلعب الناحية الجمالية عند الفتى دوراً ذا أهمية بالغة ، وقد يراجع لحالة يرى أنها تسيء لجماله . وتثير الاندفاعات في الناحية التناسلية عند المراهق الخوف من الأمراض الزهرية ويوليها أهمية أيضاً .

**البالغون** : يراجع البالغون عادة من أجل النصيحة الطبية لإصابتهم بآفات ظهرت لديهم على المناطق المكشوفة من الجلد ، إما لأن الحالة أصابت مناطق واسعة ، أو إذا ما ترافقت بالتهاب شديد ، أو بسبب الحكة ، والسؤال الذي يطرحه البالغ هو مدى تعلق آفته الجلدية هذه مع مهنته ، وهذا بدوره ذو أهمية بالغة بالنسبة لحالات الضمان والتعويضات . ويسأل النساء عادة عن معالجة آفات غالباً ما تكون بسيطة ، ولكنها آفات غير مستحبة وغير جميلة ، تسيء للناحية الجمالية لديهن . وأخيراً تعد الأمراض المنتقلة بالجنس (STD) من الأمراض التي تصيب هذه الفئة أكثر من غيرها .

**المسنون** : يؤدي جفاف الجلد عند المسنين إلى الحكة ( الحكة الشيخية ) . ويزداد تأثير العوامل البيئية لدى الشيوخ ( الآفات السفعية « الضيائية » المزمنة ، التهاب الجلد التخريشي ) ، وتكثر إصابة الشيوخ بالأورام الجلدية . ويصاب هؤلاء برهاب السرطان أيضاً .

**برنامج معالجة الأمراض الجلدية في داخل المشفى أو في العيادات** : يمكن معالجة غالبية مرضى الجلد خارج المشفى . ويفضل قبول المرضى في المشفى في الحالات التالية :

- الحالات التي تحتاج إلى دراسة شاملة وموسعة ، مثل الحالات الجلدية التي تحتاج إلى كشف أسبابها الخفية غير الواضحة .
- في حالات الاضطرابات الجلدية التي يمكن أن تترافق مع تظاهرات مجموعية ( جهازية ) ، أو تتلازم معها ، كما في التهاب الجلد والعضل ، وتصلب الجلد المجموعي المترقي ، والذأب الحمامي ، والمتلازمات المواكبة للسرطان Paranеoplastic Syndromes .
- في حالات الاضطرابات الجلدية التي تصيب مساحات واسعة من الجلد ، كالصداف المنتشر الشديد ، والإكزيمة المنتشرة ، والفقاع الشائع .
- في الحالات التي تتطلب إجراء معالجة نوعية في المشفى ، كالتداخلات الجراحية الكبيرة مثلاً ، أو في الحالات التي تحتاج إلى مراقبة سريرية مستمرة كما في الحالات الجلدية التي تعالج بسامات الخلايا .
- في الحالات التي تخفق فيها المعالجات الخارجية في العيادات في بلوغ الهدف المطلوب لمعالجة المرضى ، كالحالات صعبة المعالجة ، أو الحالات التي لا يمكن معالجتها في البيت بسبب السن ، أو لعدم تطبيق المريض النصائح المطلوبة منه للمعالجة . جميع هذه الحالات تستدعي قبول المريض في المشفى للمعالجة .

## فحص المرضى المصابين باضطرابات جلدية :

### القصة :

**القصة العائلية** : يمكن معرفة الأمراض الجلدية الوراثية ( الجلادات الوراثية ) بأخذ القصة العائلية للمريض بدقة ، حيث يجب السؤال عن الأمراض الوراثية في الشجرة العائلية للمريض ، ومثال تلك الأمراض الوراثية : السماك ، والتقران الراحي الأخمصي ، وانحلال البشرة الفقاعي وغيرها .

قد يكون ثمة استعداد وراثي في بعض الأمراض الجلدية ، كما في داء الصداف ، والأهبة الأرجية ( حمى الكلأ أو الإكزيمة

التأتبية) . ومن المعروف أن السكري الوراثي يؤهب لأمراض جلدية كثيرة ، وخاصة الأخماج بالمبيضات البيض . ويمكن أن تنتقل بعض الأمراض الخمجية عن طريق الوالدة أثناء الحمل أو بعد الوضع ، ومنها الإفرنجي ، الخمج بالحمة الراشحة التي تؤدي إلى عوز المناعة المكتسب HIV ، ويمكن أن تنتقل بعض الأخماج عن طريق التماس الصميمي بين أفراد العائلة كما في تقيحات الجلد ، والقمل ، والجرب .

**القصة المرضية العامة** : يبدو للوهلة الأولى أن لا علاقة لحياة المريض ونشاطاته بالحالة الجلدية ، وعلى العكس من ذلك قد يكون لها علاقة سببية بالمرض الجلدي .

**المهنة وأمراض الجلد** : أول ما يخطر ببال الطبيب بخصوص العامل المسبب لالتهاب الجلد Dermatitis هي العوامل الخارجية التي هي بتماس مع المريض في مكان عمله . وتحدث الآفات الجلدية لالتهاب الجلد بالتماس في مكان تماس الجلد مع المواد المؤرجة ، وتميل الآفات إلى التراجع عادة بالابتعاد عن التماس مع هذه المواد ، كما يحدث عندما يبتعد المريض عن عمله بإجازاته السنوية أو لأسباب مرضية أخرى ، وحتى أحياناً في الإجازات الأسبوعية . وتعد الأمراض الجلدية من ضمن الأمراض الأكثر حدوثاً نتيجة للصناعات الحديثة . وإذا ما أيقنّا أن المرض الجلدي هو مرض مهني ، علينا أن نجد الإجراء المناسب لاستقصاء الحالة ولتفادي تفاقم حالة المريض والمشاكل الناجمة للشركة التي يعمل بها المريض .

وإلى جانب المواد المؤرجة الكثيرة التي تحدث التهابات جلدية ، هنالك عوامل أخرى محتملة تؤذي الجلد ، وتشمل أشعة الشمس ، والحرارة ، والبرد ، ومواد التجميل ، ومزيلات الروائح ، والمنظفات ، والمواد الكيميائية والمواد التي يستخدمها الفرد في نشاطاته المختلفة . كل هذه العوامل والمواد يمكن أن تقترن مع عمل المريض ويحتمل أن تلعب دوراً إمراضياً للجلد . ولا بد من الإشارة إلى أن مكان توضع الآفات الجلدية في مكان تعرض الجلد للعوامل المؤذية ، يبين أهميتها الكبيرة في تشخيص السبب في هذه الأمراض الجلدية المهنية .

**التماس مع الحيوانات** : يمكن أن يؤدي التماس مع الحيوانات إلى تفاعلات أرجية كما في الربو ، أو التهاب الجلد التأتبي وتحدث هذه التفاعلات بسبب الأرج من شعر هذه الحيوانات . ويمكن أن تنتقل بعض الأخماج من الحيوانات إلى الإنسان كالفطور والحمرانية Erysipeloid وغيرهما .

**العوامل المجموعية** : تؤدي بعض الأمراض المجموعية الداخلية إلى إحداث آفات جلدية متناظرة غالباً ، ويمكن أن تكون متعددة الأشكال أو حصبوية الشكل أو قرمزية الشكل أو طفوح شروية ، حيث يمكن أن تكون هذه الاندفاعات تظاهرات لتفاعلات أرجية نتيجة تناول أدوية عن الطريق العام أو بسبب تناول بعض الأطعمة . وقد تكون من تظاهرات بعض الأخماج .

**عوامل الطقس وأمراض الجلد** : لا يخفى ما لعوامل الطقس المختلفة من أثر في إحداث بعض الأمراض الجلدية ، أو الاضطرابات الجلدية التي يسببها الضياء ، وأكثر ما تشاهد في الربيع والصيف . ويتكرر حدوث البورفيرية الجلدية الآجلة والدخنيات وعسر التعرق في فصل الصيف ، ويغلب حدوث الحمامى المتعددة الأشكال والنخالية الوردية في فصل الربيع . ويكثر حدوث الأمراض الجلدية المتسببة عن البرد في الأوقات الباردة ومنها ازرقاق الأطراف ، والزراق الاحمراري والشرث .

**الأمراض المرافقة للحمل والطمث** : تزداد حدة بعض الجلادات قبيل الطمث كالعد الشائع ، وبعض الطفوح الأخرى عندما تتناول المريضة بعض الأدوية بشكل نظامي قبيل الطمث ، ثم توقف هذه الأدوية بسبب الطمث .

وتحدث بعض الجلادات الخاصة أثناء الحمل وتميل عادة للتراجع بعد الوضع ، ومن الجلادات المتعلقة بالحمل : الأكال الحملي ، الكلف الحملي ، الحلأ الحملي Herpes Gestationis .

**السوابق المرضية Patient's Past History** : تعتبر الأمراض الجلدية التي أصيب بها المريض سابقاً ذات أهمية في القصة المرضية الحالية . ويمكن أن تشير جلب الحليب Crusta Lactea إلى أهبة تأتبية Atopic Diathesis . وإن إصابة الطفل بالحصبة أو جدري الماء تحول دون إصابته ثانية بهذين المرضين . كما أن معرفة الطبيب بسوابق المريض الداخلية مهم أيضاً . ففرط شحوم الدم ، على سبيل المثال ، يجعلنا نفكر بأدواء الصفار الجلدية ، والمريض السكري يصاب بالتهاب الجلد بالمبيضات البيض ، ويمكن أن تؤدي الأورام الداخلية إلى نقائل جلدية . وعلى العكس من ذلك ، قد تكون الآفات الجلدية العلامات الأولى التي تدل على آفات داخلية ، فالإصابة بالتهاب الجلد بالمبيضات البيض يوحي بالسكري . وقد يترافق التهاب الجلد والعضل وداء الشواك الأسود بخباثات داخلية . وتشاهد الحمامى الراحية في بعض حالات تشمع الكبد . هذا وتحدث بعض الأمراض في الجلد والأحشاء الداخلية في وقت واحد كما في الذأب الحمامي المجموعي ، وصلابة الجلد المترقية ، وابيضاض الدم ، وبعض الأمراض الاستقلابية .

**القصة المرضية الحالية** : تقدم فترة الإصابة بالمرض الجلدي معلومات قيمة للطبيب وعلينا أن نسأل المريض متى ظهر الاندفاع ؟ وأين بدأ ؟ وهل بقيت الاندفاعات مستمرة وثابتة أم

تظهر بشكل متقطع ؟ تظهر الوحمات والجلادات الوراثية عادة في وقت مبكر منذ الولادة ، أو في الطفولة الباكرة . وتظهر الجلادات المزمنة والتي يتصف بعضها بالتشكلات الحبيبومية وتتطور وتبقى في مكانها لسنوات عديدة مثال ، الذأب الشائع Lupus Vulgaris . وكذلك تبقى بعض اندفاعات الأمراض الاستقلابية فترة طويلة أيضاً كأدواء الصفار ، أو الأمراض المجموعية التي تصيب الجلد كالساركوئيد ، وصلابة الجلد المنتشرة . بينما تسير بعض الأمراض الجلدية سيراً حاداً ، ومنها الأمراض من منشأ خارجي كالأخماج الجلدية ( التقيحات والآفات الحموية ) . وكذلك بعض الأمراض الناتجة عن عوامل فيزيائية - كيميائية ومنها حروق الشمس ، والحروق الكيميائية ؛ والأمراض الأرجية التي منها التهاب الجلد بالتماس الحاد ، والاندفاع الدوائي . وكلها بوجه عام ذات سير حاد .

تتألف الأعراض الشخصانية في بعض الجلادات من حكة ، وحس حرقة ونز ، وفرط تعرق ، وحاصات . وإن تقييم هذه الأعراض ذو أهمية في التشخيص . تقييم الحكة مثلاً ودرجتها ذو أهمية في تشخيص المرض الذي أدى إليها . ولنأخذ مثالاً ، اندفاعات الأفرنجي الثانوي غير حاكة بتاتاً . تأخذ الحكة درجات مختلفة بحسب الأمراض الجلدية : فبعض هذه الأمراض حكتها مخدشة شديدة Scratching تؤدي إلى خدوش خطية كالأمراض الجلدية حيوانية المنشأ وكذلك الإكزيمة ؛ وبعضها حكتها فاركة Rubbing كالحزاز المسطح والشرى ، حيث لا تؤدي حكتها إلى ترك أثر على الجلد عادة . بينما تؤدي حكة بعض الأمراض الجلدية إلى خدش الجلد في بعض الآفات بالأظافر؛ حيث تترك ندبات واضحة كما في السحجات العصبية والحكاك العقيدي Prurigo Nodules .

**الأدوية المستعملة** : يجب سؤال المريض عن الأدوية المستعملة في المعالجات السابقة ، ومدة استعمالها ، ومدى تحملها ونجاعتها وفائدتها . إذ يمكن أن تغير الأدوية التي استعملت في معالجات الجلادات من صورتها السريرية ( تشوه المرئيات السريرية Metamorphosis ) . حتى أن الخبير بهذه الأمراض يضطر إلى إيقاف هذه المعالجات لفترة من الزمن لترجع الصورة إلى وضعها المرضي السابق للمعالجات ، بالتالي يمكن وضع التشخيص الدقيق . ويمكن أن تؤدي بعض المعالجات إلى صعوبات إجراء بعض الاختبارات أو استحالتها مثال ، تحري الفطور وزرعها بعد استعمال مضادات الفطور . ويمكن أن تمنع المعالجة بالصادات من تشخيص الإفرنجي والسيلان البني ، إذا لم يشخصا قبل البدء بمثل هذه المعالجات . هذا بالإضافة إلى أن بعض الأدوية التي توصف لمعالجة بعض الاضطرابات الجلدية يمكنها إحداث طفوح دوائية . وعلى الطبيب أن يسأل عن بعض الأدوية بأسمائها كالمسكنات ومانعات الحمل والملينات والمهدئات إضافة إلى أسئلة خاصة أخرى لكي يتذكر المريض أنه يتناولها . وخلاصة القول يحتاج الحصول على قصة مرضية صحيحة وشاملة إلى وقت كافٍ وصبر من قبل الطبيب . وبنفس الوقت يخلق ذلك ثقة متبادلة بين الطبيب والمريض ، وهذا ذو قيمة كبيرة في معالجة الاضطرابات الجلدية المزمنة .

## الفحص الفيزيائي ( السريري ) للمريض :

من الضروري إجراء فحص كامل الجلد ، ويجب أن يتضمن الفحص الملحقات ( الأشعار ، والأظافر ) ، والأغشية المخاطية ، والمنطقتين التناسلية والشرجية ، وجس العقد اللمفية . وإذا ما توقع الطبيب مرضاً انسدادياً وعائياً شريانياً توجب جس النبض في المناطق المناسبة . ويجب أن يقدم الفحص معلومات عن مدى انتشار الجلادات وأشكال الآفات . وليس لكل آفة نلاحظها قيمة في التشخيص ، حيث أن بعض الاضطرابات الجلدية الوخيمة قد لا يفيدنا في تشخيصها سوى بضع اندفاعات بدئية .

ومن المفيد أن نذكر أن الفحص الجيد قد يكشف عن آفة أخرى ذات أهمية بالغة و لم يراجع المريض من أجلها ، وإنما من أجل آفة أخرى . ومثال ذلك كشف ميلانوم على ظهر مريض جاء لمعالجة التهاب جلد اليدين . وأخيراً ، ينبغي أن نعلم أن توضع الآفات الجلدية في مناطق جلدية معنية ينتج عن عوامل كثيرة ، ليست كلها معروفة .

## الاختلافات في تراكيب الجلد وعلاقتها بأمراض الجلد Differences in the Structures of the Skin :

تصاب فروة الرأس بأمراض جلدية خاصة بالأجربة الشعرية عادة . والمناطق الغنية بالغدد الزهمية كالوجه ، والجزء المركزي من الصدر ( منطقة القص ) ، والظهر هي المناطق المعرضة للإصابة بالعد الشائع والإكزيمة الزهمية ( التهاب الجلد الزهمي ) والراحتان والأخمصان غنية بالغدد العرقية الناتحة ، وبثخانة الطبقة المتقرنة ، وغياب الأشعار والغدد الزهمية وبذلك فهي مؤهلة للإصابة ببعض الأمراض . كما أن الإصابة بخلل التعرق والاندفاعات الشبيهة بها تصيب الراحتين والأخمصين .

تتوضع الغدد المفترزة تحت الإبط وحول حلمة الثدي وفي المنطقة التناسلية وحول الشرج ، وهذا يحصر إصابة الغدد المفترزة في هذه المناطق بمرض فوكس - فوردايس ومرض باجيت . ويكثر توضع الحلأ البسيط والاندفاع الدوائي الثابت وآفات ما قبيل السرطانات والسرطانة الوسفية في المناطق الانتقالية Transitional Zones بين الجلد والأغشية المخاطية كالشفتين ، والمناطق التناسلية والشرجية .

## الاختلافات الوظيفية للجلد :

يمكن تنميط الجلد تبعاً لمقدار إفرازاته الزهمية ( الدهنية ) ،

حيث أن جلود بعض الناس تفرز كمية عالية نسبياً من الزهم مما يجعل جلودهم زيتية القوام ، وبالعكس نجد آخرين ذوي جلود جافة عديمة الزهم وغالبية الناس تقع بين هذين النوعين المختلفين من الجلود .

**نمط الإفراز الغدي وأمراض الجلد** : تترافق بعض الأمراض الجلدية كالعد والإكزيمة الزهمية بنمط جلدي زهمي ، بينما تكون جلود المصابين بالإكزيمة التأتبية والسماك الشائع جافة . ويكون ذووا الجلود الزهمية أكثر استعداداً للأخماج بالمقيحات ، وإن معرفة النمط الإفرازي للجلد ذو أهمية أيضاً من أجل العناية الصحية الجلدية وكذلك بالنسبة لانتخاب شكل المعالجات أيضاً .

**قصور الدوران المحيطي وأمراض الجلد** : يؤهب قصور الدوران المحيطي لحدوث بعض الجلادات كازرقاق الأطراف والجلد المرمري في المناطق القاصية من الأطراف ، وتبدي منظراً على الأطراف مشخصاً لهذه الآفات . وعدا عن ذلك فهي مؤهبة للإصابة بالثآليل وبعض الفطارات الجلدية ، والذأب الشائع والشرث .

**المذح Intertrigo** : تشاهد هذه الحالة في الثنيات بسبب تطابق الجلد على بعضه ، كما هي الحال في الحفرة الإبطية ، وتحت الثديين ، ومنطقة السرة ، والمنطقة الأربية ، ومنطقة حول الشرج ، والأفوات بين الأصابع ، وخاصة عند الأشخاص المسنين . ويساعد خلل وظيفة الجلد التعرقية واضطراب التوسف غير المرئي للطبقة المتقرنة على زيادة رطوبة الجلد وتعطنه ، وبالتالي يصبح ملائماً للأخماج الجرثومية والفطرية ؛ أو يصبح قابلاً للتخريش أو التهاب الجلد التحسسي . وإن العديد من الجلادات تميل إلى تشكيل اندفاعات ذات تكاثر حليمي في الثنيات كالفقاع النابت .

**عوامل مجهولة في توضع الأمراض الجلدية** : ما يزال ميل بعض الأمراض الجلدية للتوضع في مناطق معينة من الجلد غير واضح . والتوضع على الأغشية المخاطية من صفات بعض الأمراض الجلدية كالفقاع الشائع ، بينما لا يصيب التهاب الجلد الحلئي الشكل الأغشية المخاطية إلا نادراً . وهذا عامل مهم في التشخيص التفريقي بينهما .

## الآفات الجلدية Skin Lesions :

### موقع الآفات الجلدية :

يجب فحص الجلد بكامله من مسافة تسمح للطبيب برؤية المريض ككل . وتشكل رؤية المريض كاملاً – الوجه ، والقامة كلها ، والعادات – جزءاً مهماً من الفحص . ويجب على الطبيب أن يولي أهمية إلى تناظر الآفات أو عدم تناظرها ، وهل هي في جانب واحد أو في الجانبين . ويكون سبب الآفات غير المتناظرة عادة تأثير عوامل خارجية كالأخماج الموضعة ، أو التماس مع أذية فيزيائية أو كيميائية . أما الآفات المتناظرة أو المتوضعة في جانبي الجسم فغالباً ما تنشأ من أسباب داخلية ، ومثال ذلك الحمى القرمزية ، والحصبة والحماق ، والجدري ، والطفوح الدوائية ، والحزاز المسطح والصداف الشائع .

### الدراسة التحليلية للآفات الجلدية :

من الضروري بعد معرفة التوضعات المختلفة للآفات الجلدية ومدى اتساعها وانتشارها أن نفحص المريض بدقة ونعاين الآفات بعناية . ويسمى الطفح على الجلد بالطفح الظاهر Exanthem وعلى الأغشية المخاطية يسمى بالطفح الباطن Enanthem ، وهما يتألفان من عناصر أولية . وتتضمن الدراسة والفحص الجلديين للمريض معرفة توضع الطفوح الظاهرة واتساعها ونظام توزعها . وهكذا فالفحوص السريرية الجلدية هي بالدرجة الأولى لضرورة التعرف على شكلياء الاندفاع وخصائص عناصره . هذا وإن معرفة العناصر الجلدية والإلمام بخصائصها وصفاتها أساسي لوضع التشخيص الأكيد والتشخيص التفريقي .

**دينميات Dynamics الآفات الجلدية** : تبدي الطفوح الظاهرة ( عناصر الاندفاع ) دينميات مثل الآفات الجلدية ، فهي تتغير ، وتزدهر ، وتتراجع ثم تلتئم . تبدأ الآفات بعناصر أولية ثم تتغير ويظهر على إثرها العناصر الثانوية . يوضع التشخيص عادة على أساس الآفات الأولية ولكن ذلك لا ينطبق على كل الحالات ، ومن المهم جداً معرفة الخصائص الشكليائية والتغيرات التي تجري للآفات الجلدية .

**البقع Macules** : تعرف البقعة بأنها تغير محدود في لون الجلد دون تغير في مستوى الجلد من ارتفاع أو انخماص . ويختلف قد البقع ( قياسها ) بين قد العدسة إلى قد قطع العملة المعدنية ، وبالقياس من ٣ إلى ٥ ملم وتكون البقع واضحة الحدود أو غير واضحتها ، ويمكن أن تأخذ أشكالاً مختلفة ، وألواناً متنوعة كما في الجدول ١ – ١ .

**الجدول ١ – ١ : البقع : ألوانها المختلفة وأسبابها**

| اللون | السبب |
|---|---|
| أحمر | تبيغ Hyperemia ( حمامى )<br>توسع الشعيريات<br>خروج الدم من الأوعية ( الفرفريات ) |
| أزرق | زراق Cyanosis ، ورم دموي ( دميوم ) .<br>ملانين في الأدمة |
| بني | ملانين |

| | |
|---|---|
| | هيموسيدرين |
| أبيض | غياب الملانين ( زوال الصباغ ) |
| | فقر الدم |
| | وضح كاذب |
| | تشنج وعائي |
| أصفر | كاروتين |
| | شحميات |
| | أصبغة صفراوية |
| | نسيج أصفر مرن |
| سنجابي أسود | ملانين |
| | زرنيخ |
| | فضة ، زئبق |
| | متسخ ، غبار الفحم ، بارود ، ذرات |
| | فولاذ ، قطران ، انترالين |
| ألوان مختلفة | الوشم |

**توضع الأصبغة الخارجية في الجلد** : تدخل الأصبغة إلى الجلد بطرق مختلفة ، وذلك بإدخال مواد صباغية وملونات إلى داخل الجلد ، أو مواد انغرست في الجلد ( كذرات الرماد ، والبارود ، وذرات الفولاذ ) ، وقد تكون بسبب المعالجات الخارجية ( كالقطرانيات ، والإنترالين ، ونترات الفضة ، وبرمنغنات البوتاسيوم ) ، أو بسبب تناول بعض المواد عن الطريق العام عن طريق الفم ( كالكناكرين ، والبزموت ، والفضة ، والزئبق ) .

**المواد الداخلية المستقلبة وتوضعها في الجلد** : من هذه المواد التي تتوضع في الجلد الهيموسيدرين ، والأصبغة الصفراوية ، الكاروتين ، والشحميات .

**البقع الناتجة عن تسرب الدم من الأوعية** : وهي حالات شائعة ، وإذا ما كان في عمق الأنسجة أعطى لوناً أزرق ، وأعطى لوناً أحمر إذا كان سطحياً ، والتغير الذي يطرأ على اللون في هذه الحالات يتطور من أحمر ، فأحمر مزرق ، إلى أصفر ضارب للأخضر ، ثم إلى أصفر . وترجع هذه التغيرات اللونية إلى انقلاب الهيموغلوبين إلى هيموسيدرين ، وبخلاف الحمامى لا يغيب اللون الأحمر في الفرفريات بالضغط بواسطة صفيحة زجاجية ( معاينة الشفوفية ) .

*تسميات تسرب الدم Nomenclature of Extravasations of Blood* : تعرف الفرفرية بأنها بقع تظهر بأعداد كبيرة نسبياً ، متناظرة غالباً ، وهي بقع صغيرة تنتج عن تسرب الدم من الشعيريات .

*والحبر Petechiae* : بقع صغيرة من خروج الدم خارج الأوعية .

أما **القرت Suggillations** فهي بحجم قطعة العملة المعدنية ، **والكدمة Ecchymoses** فتشمل مساحات أكبر . ويأخذ **الورم الدموي Hematoma** شكلاً شبيهاً بالورم وينتج عن نزف داخل الجلد و/أو ما تحته من الأنسجة .

**البقع الناتجة عن تغيرات الملانين الجلدي** : يدعى زيادة صباغ الملانين بفرط التصبغ **Hyperpigmentation** ويدعى قلته أو غيابه بنقص التصبغ **Hypopigmentation** ، أو زوال الصباغ نهائياً **Depigmentation** . ويدعى فرط التصبغ المشاهد أثناء سير المرض تملّن الجلد **Melanoderma** ، وزوال الصباغ الثانوي يدعى الوضح **Leukoderma** . أما مصطلح الوضح الكاذب فهو للمساحات المحدودة الأخف لوناً والتي ليس فيها زوال صباغ كامل ، وهو بالحقيقة ظاهرة تباين لوني ترجع إلى التصبغ الشديد المحيط ببقع الوضح الكاذب . ونعطي مثالاً على ذلك : إذا غطينا مساحة من الجلد وترك الباقي عرضة لضوء الشمس ، لوجدنا أن الجلد المعرض أكثر تصبغاً من الجلد الذي يترك دون تغطية قسم منه . ويمكن أن يصبح الجلد حول الآفات الجلدية أكثر قتامة من الآفات نفسها بسبب الأدوية المطبقة على الآفات وما حولها كما في المعالجة بالقطران ، وتصبح الآفات أخف لوناً وأكثر وضوحاً بعد التئامها . وأخيراً يمكن أن توجد مساحات من الجلد فاتحة اللون ويرجع ذلك إلى التشنج الوعائي .

**الارتشاح الذأباني Lupoid Infiltration** : يبدي ارتشاح الأدمة بالخلايا ( اللمفاويات ، الناسجات ) بقعاً لونها بلون جمد التفاح ، إذا ما ضغطت بصفيحة زجاجية . وتسمى هذه الظاهرة ، الارتشاح الذأباني وهي من صفات الذأب الشائع **Lupus Vulgaris** .

**البيغ الفاعل Active Hyperemia** : تدعى البقع الجلدية الحمراء بالحمامى **Erythema** وتنتج عن بيغ فاعل . وتبدي الحمامى الكبيرة حرارة مرتفعة بالمقارنة مع الجلد السليم . تغيب الحمامى بالضغط بواسطة الصفيحة الزجاجية ، ويمكن أن تكون ناتجة عن تفاعلات المحرك الوعائي **Vasomotor** ، كما في احمرار الوجه **Blushing** ، أو تكون بسبب التهاب حاد كما في الحمرة ، وتأخذ الحمامى أشكالاً وأقطاراً بحسب الأمراض ، حيث تكون وصفية لبعض الأمراض كالحصبة والقرمزية .

**البيغ المنفعل Passive Hyperemia** : وينتج عن احتقان الأوردة الصغيرة في الجلد . ويكون لون الحمامى في هذه الحالة أحمر مزرقاً شبكياً إلى حد ما ، وتدعى في هذه الحالة الزراق **Cyanosis** ( الاختناق ) ، وتكون المناطق المصابة أبرد من

المنــاطق المجاورة الطبيعيـة . يزول اللون بالضغط الزجاجي . يكون الزُراق بسبب محرك وعائي أحياناً كما في زُراق الأطراف ( اختناق الأطراف ) أو الجلد المرمري . تتم في المناطق الجلدية المصــابة بالزُراق عمليات التهابية مزمنة لونها أحمر مزرق على الأطراف بينما يكون لونها أحمر على الظهر .

**نقص الإمداد الدموي Diminshed Blood Supply** : يؤدي نقص إمداد الدم إلى الأنسجة إلى ابيضاض في الجلد المصاب ، ويعزى ذلك إلى نقص خلقي في الشعيرات الدموية في مناطق محدودة كما في الوحمة الفقيرة الدم ( الفقرمية ) أو يمكن أن يكون بسبب تشنج وعائي موضع كما في اختناق الأصابع .

**الانتبارات Wheals (Hives) :**

الانتبارات آفات جلدية محدودة ، مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، سريعة التشكل والزوال ، وحاكة بشدة ، لونها أحمر فاتحاً . ويعود ذلك إلى توسع الأوعيـة ( شرية حمراء Urtica Rubra ) أو تنتج عن بيغ ، وقد يكـون لونهـا أبيض بسبب انضغـاط الأوعيـة بالوذمة الأدميـة ( الشرية البورسيلينية ، أو فقيرة الدم ) . تختـلف أقطـار الانتبارات من ٢ – ٣ ملم إلى ٠,٥ – ٢ سـم ، وتصــل حتى عدة سنتمـترات ، وقد تأخذ أشكـالاً تشبـه الخريطـة الجغرافية . والآفات كما ذكرنا حاكة بشدة ، ولكنها لا تؤدي عادة إلى خدوش . تحدث الانتبارات بسبب خروج المصــورة من الأوعيـة وبالتـالي حدوث وذمة أدمية . تتراجع الآفات خلال ساعات ، وتغيب بسبب عودة المصــورة إلى الأوعيــة . وتحدث في بعض الحالات وذمة في الطبقة تحت الجلدية ، محدودة ، وتتظاهر بانتفاخ كروي مرتفع قليلاً وقد يأخذ مساحة كبيرة . ويسمى الشرى في هذه الحالة الوذمة الوعائية ( وذمة كونيكة Quincke ) .

**الحطـاطة المصــلية Seropapule** : هذا الاندفاع عبـارة عن حويصل صغير يتشكل في مركز الأنتبار كما في الشرى الحطاطي عند الأطفال ، أو في الحكاك البسيط تحت الحاد .

**الحطـاطـات Papules ، العقيــدات Nodules ، العقـد Nodes والأورام Tumors :**

تتصف جميع هذه الاندفاعات بأنها تلتئم ببطء ، وترتفع فوق سطح الجلد ، كما أنها تحدث بسبب التكاثر الخلوي النسجي أو الارتشــاح الخلوي ، وتختلف أقطارها بحسب الاندفاع ومن شكل إلى آخر .

*الحطاطات :* اندفاعات محدودة مرتفعة عن سطح الجلد تتراوح أقطارها بين ١ ملم وحتى ١ سم وهي تظاهرات لأمراض جلدية مختلفـة . تتكون الحطـاطات البشـروية من ثخانة محدودة في البشرة كما في الثآليل الشائعة . أما الحطاطات الأدمية فتنتج عن تكاثر عناصر الأدمة ، كما في حطاطات الإفرنجي حيث تتكاثر خلايا التهابية . ومن الحطاطات ما هو بشروي أدمي ينتج عن التكاثر البشروي والأدمي معاً كما في الحزاز المسطح .

يعرف **الارتشـاح Infiltration** بأنه تسمك في الجلد في مساحة كبيرة نسبياً ، وغالباً ما يترافق بالالتهاب والاحمرار كما في الإكزيمة والفطار الفطراني .

ويعرف **التحزز Lichenification** بأنه تسمك التهابي في الجلد مع ازدياد في البروزات الجلدية وزيادة عمق الارتسامات ( التغضنات Creases ) .

*الدرنة Tuber :* وهي تبارز على سطح الجلد يشبه الحطاطة تميل كثيراً للتقرح والتندب وتميز بناءً على ذلك بسيرها . ويساعد كثيراً في التشخيص تواجد مجموعة من الدرنات بجانب بعضها بعضــاً ، وميـلها لتشكيل الندبات الضمورية كما في الإفرنجي الدرني الزاحف Tuberoserpiginous ، وتفـــــــرق عن الحطاطات بأن الأخيرة لا تتقرح .

*العقيدات والعقد :* تكاثر نسجي قاسي ومحدود . يمكن تمييزها بوضوح عن النسج المحيطة بها ، وتتشكل في الجلد أو في الطبقة ما تحته Subcutis . ويستعمل المصطلحان العقيدات والعقد للدلالة على العقيدات الالتهـابيـة مثـال : العقيدات الرثوانية ، والحمــامى العقـدة . ويمكن للعقـدة أن تتقرح كما في صمغة الإفرنجي Gummata of Syphilis ومـا الفيمـة Phyma إلا عبارة عن عقيدات التهابية ، ومثالها فيمة الأنف .

والورم كتـلة من النسيج المتكـاثر في الجلد . وكل عقيدة كبيرة هي ورم . وليس الورم مرادفاً للتنشؤات ، والورم يمكن أن يكون سليماً أو خبيثاً ، ولكن غالباً ما يشك بأنه تنشؤ .

**الحويصــلات Vesicles ( نفاطات صغيرة ) والفقاعات ( نفاطات كبيرة ) :**

ترتفع هذه الآفات عادة فوق الجلد وتحتوي سائلاً ، يتراوح حجـم الحويصـل بين رأس الدبوس وحتى حبة البازلاء . أما الفقاعة فهي أكبر من ذلك . وقد يتألف الحويصل من حجيرة واحدة ( الحويصــل البسيط ) ، أو يتألف من عدة حجيرات ( الحويصــــل متعـدد الحجيرات ) . ويمكن أن يكون محتوى النفاطة مصـلياً أو دموياً ( الحويصلات والفقاعات المصلية أو الدموية ) .

*توضـع النفــاطـات Sites of Blisters :* يمكن أن يتشكــل الحويصل أو الفقاعة تحت الطبقة المتقرنة كما في القوباء المعدية أو في داخل البشـرة كما في الإكزيمة والفقــاع الشــائع ، أو تحت البشـرة كما في الفقاعاني الفقاعي ، أو في الأدمة كما في انحلال البشـرة الفقـاعي الحثلي . ويعتمد تحمـل النفـاطة للضغط على

سماكة وسلامة سقفها وعندما تتمزق النفاطة تترك تآكلاً Erosion في مكانها .

*إمراض النفاطات Pathogenisis* : يختل نظام خلايا البشرة وترتيبها بوجود الوذمة بين خلاياها ، أو بموت بعض الخلايا ( التنكس البالوني في الحلأ البسيط Herpes Simplex ) ، وتؤدي الوذمة ما بين الخلايا البشروية إلى انفصال الخلايا المقرنة ( التسفنج ) كما في الإكزيمة ، أو بفقدان جسور جسيمات الربط كما في انحلال الأشواك في الفقاع الشائع .

تحدث النفاطات تحت البشرة نتيجة تنكس الخلايا القاعدية كما في الحزاز المسطح الفقاعي ، وبانفصال الموصل بين البشرة والأدمة كما في الفقاعاني الفقاعي ، أو اضطراب في الأدمة تحت الغشاء القاعدي .

*الأسباب المؤدية لتشكل النفاطات* : تحدث الحويصلات أو الفقاعات من جراء عوامل عديدة منها : العيوب الوراثية ( انحلال البشرة الوراثي ) ، أو بعوامل فيزيا - كيميائية ( حروق الشمس ، الحروق الكيميائية ) ، أو خمجية ( الحلأ البسيط ، الحلأ النطاقي ) ، أو بآلية مناعية ( التهاب الجلد بالتماس الأرجي ، الفقاع الشائع ) ، أو بأسباب غير معروفة ( كما في الحزاز التصلبي الضموري ) .

**البثرات Pustules :**

تحوي البثرات القيح ، ويمكن أن تتشكل البثرات مباشرة كما في البثرات الأولية في الصداف البثري . وإن ما تحتويه من الكريات البيض ليس بسبب عامل خمجي فهي في الواقع عقيمة . ويمكن أن تتبثر الحويصلات والفقاعات ( البثرات الثانوية ) حيث يتم تحول محتواها المصلي إلى قيح كما في القوباء . وتحتوي البثرات في القوباء على الجراثيم المقيحة . ويطلق التقوبؤ على حدوث الخمج الثانوي بالجراثيم المقيحة في أمراض جلدية هي بالأصل غير جرثومية .

**الجلب Crusts والجلب المتنخرة Necrotic Scab :**

تنتج الجلب عن جفاف المفرزات الموجودة على الانتكالات أو القرحات ، وقد تكون هذه المفرزات مصلية ( الجلب الصفراء المصلية ) ، أو دموية ( جلب حمراء مسودة نزفية ) ، أو مفرزات قيحية ( جلب صفراء عسلية مخضرة ) . يمكن إزالة الجلب بترطيبها بتطبيق الضمادات الرطبة أو المراهم . والجلب تحجب الآفات البدئية وبإزالتها تصبح الآفات أكثر وضوحاً . تسمى الجلب السميكة الرقائقية التي تشبه قواقع المحار الجلب المتسخة Rupoid Crusts .

**أما الخثارة ( موات ) Sphacelus أو الجلب المتنخرة** فتنتج عن تموت نسجي محدود ( نخر Necrosis ) ، ويصعب إزالة بعض هذه الجلب أحياناً لأنها جزء متكامل مع الجلد ، يعرف النخر الجاف بالتحنيط Mummification والنخر الرطب بالموات Gangrene . ويتراوح لون الخثارة بين الرمادي المتسخ وحتى الأسود . ويعود موت الخلايا فيها إلى اضطراب في تدفق الدم وإرواء النسج ( كما في التصلب الشريني ، والانصمام Embolism والأمراض الوعائية الالتهابية ) ، أو يحدث الموت الخلوي أيضاً بأسباب خارجية كما في الحروق بمواد كيميائية أو بسبب البرد كما في تجمد الأطراف .

**الوسوف Scales ( الحراشف Squames ) :**

الوسوف خلايا ظهارية متقرنة . ويتوسف الجلد باستمرار بشكل طبيعي وبشكل غير ملحوظ ، غير أن التوسف يصبح ملحوظاً عندما يزداد التقرن أو عندما يكون مرضياً ، وتختلف الوسوف باختلاف أبعادها :

- الوسوف النخالية الشكل وهي وسوف صغيرة كالنخالة ( الهبرية Dandruff ) .
- توسف صدافي الشكل وهي وسوف بيضاء غير متماسكة كما في الصداف .
- وسوف صُفاحية Lamellar صغيرة ، أو صُفاحية الشكل صغيرة كما في الإكزيمة .
- توسف سماكي الشكل Ichthyosiform ، وهي وسوف كبيرة كما في داء السماك .
- التوسف التقشري : وهو وسوف كبيرة ملائية الشكل Sheet – like ، كما في التوسف التالي للقرمزية .
- توسف طوقي ، وهي الوسوف المحيطية في آفات النخالية الوردية . وتختلف الوسوف بحسب ألوانها إلى :
  - الوسوف البيضاء الفضية كما في الصداف الشائع .
  - وسوف زيتية صفراء مبللة بالزهم كما في التهاب الجلد الزهمي .
  - جلب متوسفة ( مُتَقَلِّسة ) Scaly Crusts ، وهي طبقات سطحية تتألف من وسوف مغطسة بالمفرزات المصلية أو الدموية أو القيحية التي تجففت .

**التقرانات Keratosis :**

وهي تشكلات متقرنة تلتصق بقوة بالجلد حيث يصعب إزالتها عنه . يمكن أن تحدث بآلية وراثية من شذوذات في التقرن كما في فرط التقران الراحي الأخمصي الوراثي ، أو يمكن أن تنتج عن التعرض المديد للضوء كما في التقران السفعي ( الضيائي ) Actinic Keratoses . هذا وإن التقران الجرابي ما هو إلا فرط تقران في فوهة الجراب كما في الذأب الحمامي القريصي والحزاز التصلبي الضموري .

## الاتتكالات ، القرحات ، الجروح :

هذه الاندفاعات الثانوية تنتج عن ضياع نسجي وبدرجات متفاوتة .

### التآكل Erosion :

يتبع التآكل تمزق الحويصلات ، والفقاعات أو البثرات وفقدان سقفها ، وكذلك يمكن أن ينتج عن نخر البشرة بفعل الأشعة ، أو بسبب الحروق بالمواد الكيميائية ، أو بسبب تعطين البشرة كما في المناطق المصابة بالمذح .

**آلية حدوث التآكلات** : تتبع التآكلات تمزق الحويصلات والفقاعات أو البثرات وفقد الجلد المغطي للنفاطة . وقد تحدث عن تنخر البشرة الناجم عن التشعيع أو الحروق بالمواد الكاوية أو عن انفصال البشرة المتعطنة في المناطق المذحية .

**القرحات Ulcers** : تنتج القرحات عن ضياع مادي عميق في الجلد يصل حتى الأدمة أو حتى الطبقة ما تحت الأدمة . تلتئم القرحات عفوياً ببطء أو يمكن أن تؤدي إلى ندبات تختلف بحسب عمقها .

*آلية حدوث القرحات :* تحدث القرحات بأسباب كثيرة ، منها الرضوح الخارجية ( رضوض ) للجلد كما في الحروق والتجمد ، وتأثير المواد الكيميائية والإشعاعات ( حروق الدرجة الثالثة ) ، ويمكن أن تتسبب عن الأخماج الموضعة . ينتج الموت الخلوي ويؤدي إلى القروح أيضاً بسبب نقص الدوران كما في التصلب الشريني ، والانصمام ، والأمراض الوعائية الالتهابية ، أو بسبب الضغط كما في قرحة الاستلقاء . ويمكن أن تتقرح الحبيبومات بآلية تنكسية كما في السل أو صمغة الإفرنجي . وأخيراً يمكن أن تتقرح الأورام الخبيثة . تلتئم القرحات عادة ببطء بسبب التأذي النسجي ، ويعتمد الالتئام على تشكل النسيج الحبيبي في الطبقات العميقة من قعر القرحة ، والتقلص النسجي ، والتجدد الظهاري من محيط الآفة . وبالنهاية يتشكل مكان القرحة نسيج ندبي و/أو فرط تصبغ أو نقصه أحياناً .

*شكلياء القرحات Morphology of Ulcers :* يودي دراسة القرحة بعمق إلى معرفة سببها وإنذارها ويجب أن تتضمن الدراسة :

- مكان وتوضع القرحات وعددها .
- حجم القرحة ، عمقها وشكلها ( دائرية ، بيضوية ، كلوية الشكل ، متعددة الدوائر وأشكال غريبة ) .
- قعر القرحة ( حبيبي ، نخري ، قيحي ، نظيف لماع ) .
- محيط القرحة ( مدى عمقها تحت مستوى الجلد ) .
- مدى تماسك النسيج المجاور للقرحة ( طري ، صلب ، قاس قساوة صخرية ) .
- النسيج المحيط بالقرحة ( جلد طبيعي ، التهابي ومحمر ، ناز ومرتشح ) .

**الجروح Wounds** : عيب في الجلد الطبيعي يحدث بسبب الرضوح ( إصابات عمليات ) ، يمكن للجروح أن تترك ندبات ، ولكنها بعكس القرحات تميل للتندب العفوي عادة .

## التسحجات ، الفلوع ، الشقوق :

*التسحجات Excoriations :* وهي عبارة عن عيب نسجي سطحي يصل حتى الطبقة الحلمية من الأدمة ، ويؤدي بذلك للنزف وتشكل الجلب ، ومن التسحجات : السحجات Abrasion أو الخدوش .

*الفلوع Rhagades :* وهي عبارة عن شروخ Cracks أو مزقات Tears تتسبب عن شد الجلد الهش المؤهب للإصابة كما في ثنيات اليدين وزاويتي الفم التي تتعرض للحركة كثيراً .

*الشقوق Fissure :* وهي خطوط عميقة في الجلد ، وتشمل الشقوق الشرجية . وتأخذ هذه منظراً متشعباً وهي عميقة عادة ومؤلمة وتحدث في محيط الشرج .

### الندبات Scars (Cicatrices) :

الندبات تشكل ليفي دائم ثانوي لآفات بدئية سابقة . وإن التشكل النسجي للندبات ينقصه البناء الطبيعي للجلد . يكون لون الندبات الحديثة أحمر إلى أحمر ضاربا للزرقة ، بينما يكون لون الندبات القديمة مائلاً إلى البياض ، ويمكن مشاهدة نقص التصبغ أو فرطه عليها أيضاً . تكون البشرة رقيقة وضامرة في الندبات ، وتنمحي الطبقة الحليمية في الأدمة ، وتغيب ملحقات الجلد ، والجريبات الشعرية والغدد الزهمية والعرقية . تأخذ الحزم الكلاجينية Collagen فيها منظراً متوازياً ، مكان البنية الطبيعية . وتغيب الألياف المرنة ، وهذا يقلل من مقاومة الندبات . تؤدي زيادة التكاثر للنسيج الضام في الندبة إلى الندبة الضخامية Hypertrophic Scar ، بينما يؤدي التجدد غير الكافي إلى ندبات ضمورية تحت مستوى الجلد المحيط بها .

والندبات هي المراحل النهائية لتطور العديد من الأمراض الجلدية المخبرية . ولا تستطيع الفحوص السريرية والنسجية إعطاء الصورة الحقيقية للاضطراب الجلدي الذي أدى إليها . باستثناء ندبات العد الشائع بتوضعها وشكلها النموذجيين . والأنماط المميزة لبعض الندبات الأخرى هي الندبات الجدرية الشكل التي تتوضع على مسير عصب إذ توحي بإصابة سابقة بالحلأ النطاقي ، والندبات المتصلة بجيوب تتشكل عادة في العد المكبب ، وسل العقد اللمفية الرقبية ، أو الأخماج الجلدية المزمنة .

**الضمور Atrophy :**

يعرف الضمور بأنه ترقق في البشرة والأدمة مع غياب الملحقات الجلدية ، ولا يقتصر الضمور على البشرة . يتشارك الضمور مع الندبات بالعديد من الملامح والمثال الأكثر دلالة على هذا ، الضمور الشيخي أو السفعي الذي يصيب ظهر اليدين .

**الحلادات والضمور :** لا يؤدي العديد من الأمراض الجلدية إلى الضمور ومثالها الصداف ، بينما يسبب بعضها الآخر الضمور كالحزاز التصلبي الضموري والذأب السلي ، وهذا ذو أهمية بالغة في تشخيص هذه الآفات . ومن الممكن التمييز بين الضمورات الرخوة Slack Atrophy والضمورات الصملة ( القاسية Rigid ) .

*الجلد الضامر الرخو Slack Atrophic Skin :* يعتبر هذا النموذج رقيقاً ورخواً قابلاً للانثناء ، ويمكن طيه كورق لفافة التبغ ، ويصبح لماعاً إذا ما شد ، ويمكن مشاهدة الأوعية الدموية من خلاله ، وتعود طياته ببطء إلى الوضع الطبيعي . ومن الأمثلة الدالة على هذا النموذج التهاب جلد النهايات الضموري المزمن في مراحله النهائية .

*الجلد الضامر الصمل Rigid Atrophic Skin :* يكون الجلد قاسياً ومشدوداً ويلتصق عادة بالنسيج الذي يقع تحته ،ويصعب طيه وتغيب فيه التغضنات والجريبات . ويكون سطحه صقيلاً ولماعاً . تؤدي زيادة تشكل الكلاجين فيه إلى التصلب Sclerosis (Sclerotic Atrophy) . ويغلب ظهور السرطانات وقبيل السرطانات في مناطق الضمور الصمل .

**تبكل الجلد Poikiloderma ( الجلد المبقع ) :** يتصف الجلد المتبكل بالضمور ، بالإضافة إلى بقع مفرطة التصبغ وبقع ناقصة التصبغ ، وإلى توسع الشعيرات ، ومثال الجلد المتبكل الأذى الشعاعي كما في التهاب الجلد الشعاعي المزمن ، وبعض الأمراض الجلدية الوراثية كالتبكل الولادي ، وبعض الجلادات الكسبية كما في التهاب الجلد والعضل .

**الضمور الكاذب Pseudoatrophy :** وهي حالة عابرة حيث يشبه الضمور فيها سريرياً وليس نسجياً كما في داء بروك Brocq's Disease .

**ثخن الجلد ( تغلظ الجلد ) Pachyderma :** يصبح الجلد ثخيناً نتيجة تشكل التليف ، وتغطيه عادة كتل من التقرانات الثؤلولية الشكل .

**طراز الآفات الجلدية Pattern of Lesions :**

عندما يعرف أماكن توضع الآفات وأشكالها ، لا بد لنا من معرفة مدى انتشارها ونظام توزعها وحجمها وغير ذلك .

**توزع الافات :** يمكن للطفوح الجلدية أن تكون منتثرة Disseminated على مساحات واسعة نسبياً من الجلد ، أو يمكن أن تكون منتشرة Diffuse ، وتصيب مساحات كبيرة دون أن تترك جزراً من الجلد السليم فيما بينها . ويجب معرفة أماكن توزع الآفات بوجه عام .

**نظام توزع الآفات :** يمكن أن يكون توزع الآفات الجلدية نظامياً أو غير نظامي ، مجتمعة على شكل مجموعات ، أو غير مجتمعة . ويوصف اجتماع حويصلات على قاعدة حمامية بالنظام الحلئي الشكل Herpetiform كما في الحلأ البسيط . ويمكن لنظام التوزع أن يكون خطياً أو قطعياً على مسير عصب .

يمكن للآفات الموزعة بشكل نظامي أن تكون خطية أو دائرية ، وتتبع بذلك سير الأوعية والأعصاب . وتدعى الآفات التي تظهر في فوهة الجراب بالاندفاع الجريبي Follicular كالحطاطة الجريبية ، والتقرانات الجريبية . وتسمى الآفات المفردة بالوحيدة Solitary أو المحددة .

**قد الاندفاعات Size of Leisions :** يقارن قد الاندفاعات بقد بعض المواد ، فبعضها يأخذ قد رأس الدبوس ، أو قد حبات الدخن ( دخني Miliary ) ، أو حبة العدس ( عدسي Lenticular ) أو الدرهم ( درهمي Nummular ) وغير ذلك .

وبينما يعتبر معرفة قد الآفة مهماً ، يجب معرفة القياس الحقيقي لأبعاد الآفات . وعلى سبيل المثال ، إن معرفة قد وأبعاد الميلانوم الخبيث هام جداً في إنذار هذا الورم كما أن التغير في قدّ القرحة الركودية ينبيء عن مدى استجابة هذه الآفة للمعالجة .

**هوامش ( محيط ) الآفات Margins of Leisons :** يمكن أن تكون الآفات الجلدية واضحة الحدود ، أو مبهمة الحدود . فالتهاب الجلد السمي واضح المعالم ، ويحدث مكان التعرض فقط ، وكذلك حرق الشمس والحروق الكيميائية . بينما يمكن أن تتناثر آفات الإكزيمة الأرجية بالتماس في مناطق بعيدة عن التماس مع المواد المؤرجة كما في إكزيمة التماس بالنيكل والكروم .

**أشكال الاندفاعات :** تكون غالبية الآفات الجلدية دائرية أو بيضوية ، ويفرض الشكل طبيعة منطقة الجلد المصاب . يحدث الشكل الحلقي Annular أو المتحلق Circinate بسبب الالتئام المركزي واشتداد الآفة في المحيط حيث تسير الآفة سيراً نابذاً . وتسمى الآفة التي تأخذ عدة دوائر في مكان واحد بالهدفية Traget Lesion ، ووريده Rosette ، وقد تأخذ الآفات شكلاً مغزلياً . وإذا ما تطورت الآفات والمحصرت وأدت إلى حلقات متلاقية سميت بالآفات الملتفة Gyrate . وقد تأخذ الآفات شكلاً زاحفاً Serpiginous متموجاً ، وإذا ما أخذت

الآفات عدة عناصر دائرية متصلة مع بعضها سميت الآفات متعددة الدوائر Polycyclic Lesions .

## الفحص العام والفحوص المخبرية :

**الاضطرابات الجلدية المحصورة في الجلد** : يعرف عن العديد من الجلادات أنها محصورة في الجلد ، ويعني ذلك أن لا تغيرات مرضية في الأعضاء الأخرى . ويكفي في هذه الحالة توصيف الشكل السريري لهذه الآفة أحياناً .

**الاضطرابات الجلدية التي تشكل جزءاً من مرض مجموعي** : تصيب بعض الأمراض الجلدية أعضاء أخرى ، ومن هذه الأمراض التهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي المجموعي ، وتصلب الجلد المجموعي المترقي ، والتهاب ما حول الشريان العقد ، واللمفوما الخبيثة . وفي مثل هذه الأمراض يجب فحص المريض من قبل الطبيب الجلدي في المشفى بالإضافة إلى استشارة الاختصاصيين الآخرين .

**الاضطرابات الجلدية كظاهرة ثانوية لآفة مجموعية** : يمكن للآفات الجلدية أن تكون تظاهرات ثانوية لإصابات مجموعية ( جهازية ) ، ويمكن أن يراجع المريض في هذه الحالات الطبيب من أجل آفته الجلدية ، حيث يتم التشخيص البدئي ، ويتأكد التشخيص بالوسائل المناسبة . ومثال هذه الحالات المرض الكبدي في البرفيرية الجلدية الآجلة Prophyria Cutanea Tarda ، أو فرط بروتينات الدم الشحمية التي تؤدي إلى الصفرومات Xanthomas ، أو آفات انتقالية من سرطانات حشوية . وتترافق بعض الأمراض الجلدية مع السرطانات الحشوية وهذا ما يدعى بالمتلازمات المواكبة للتنشؤات .

**تأثير أمراض الجلد على العضوية** : يمكن لأمراض الجلد أن يكون لها تأثير بالغ على كامل العضوية . فالحروق الواسعة ، والسمط Scald ، والفقاع الشائع ، واحمرار الجلد ( الأحمرية ) Erythroderma ، جميعها تؤثر على بروتينات العضوية ، والشوارد واستقلاب الماء والطاقة . هذا ويمكن أن تؤثر المعالجات الجلدية تأثيراً سيئاً على الأعضاء الأخرى ، ومثال ذلك المعالجات الستيروئيدية القشرية ، ومضادات البرداء ، وسامات الخلايا Cytoxic Agents ، وكابتات المناعة وغيرها . وهذا يستدعي دقة التشخيص وإعطاء المعالجات الإضافية الأخرى الضرورية .

**فحوص مخبرية خاصة بالأمراض الجلدية** : تجري الفحوص المخبرية في طب الجلد ، كما في الاختصاصات الأخرى ، بغية وضع التشخيص الصحيح ، وخاصة الاختبارات التالية :

- الاختبارات الرقعية والاختبارات داخل الجلد في الأمراض الأرجية .
- التحريات الجرثومية والفطرية والحموية والاختبارات المصلية في الأمراض التي يشك أن منشأها متعضيات .
- اختبارات التألق المناعي Immunofluorescence في الأمراض مناعية الذات .
- تصوير الأوعية ( الشرايين ، الأوردة ، الأوعية اللمفية ) ودراستها بالوسائل المختلفة وذلك في الحالات التي تصاب بالقصور .
- فحص المستقيم في الأمراض التي تصيب الشرج .
- جميع الاختبارات والتحاليل الدموية والكيميائية التي يتطلب المرض الجلدي إجراؤها ، هذا وإن جميع الاختبارات والتحريات المختلفة المطلوبة ستتم مناقشتها بالتفصيل في حينه في كل فصل من الفصول .

كان قصدنا بهذا الوجيز عن التحريات تبيان العلاقة الصميمية بين أمراض الجلد والفروع الطبية الأخرى . وتوجد علاقات خاصة بين طب الجلد والطب الداخلي بفروعه ومنها العصبية والنفسية وكذلك أمراض الأذن والأنف والحنجرة ، والعينية وطب الأطفال والجراحة التصنيعية ، والجراحة الوعائية وأمراض النساء والبولية .

## الخزعة والفحص النسجي :

يعتبر التشخيص النسجي ذو أهمية كبرى في تشخيص الجلادات والأورام الجلدية . ولقد تطور التشريح المرضي النسجي الجلدي في الوقت الحاضر وأصبح فرعاً من فروع الاختصاص الدقيق في طب الجلد . وتحتوي معظم المستشفيات الجلدية على مخابر تشريحية مرضية وتدرس حالاتها والحالات المرسلة إليها من الخارج .

**استطباب التشريح المرضي النسجي** : يجب أن تدرس جميع الحالات التي يجرى لها استئصال جراحي دراسة نسيجية مهما كانت طريقة الاستئصال . وإن التثبت من التشخيص بالتشريح المرضي وحده غير كافٍ إلا في حالات معينة . وينصح بإجراء الخزعة الجلدية ودراستها نسجياً في جميع الحالات التي تستطب بها سامات الخلايا وذلك قبل وصفها للمريض ، حتى في الحالات الذي يبدو أن التشخيص واضح لا لبس فيه . وينطبق هذا على المعالجات الشعاعية حيث يجب إجراء خزعة نسيجية قبل تطبيق الأشعة ، لأن الخزعة لا تعتبر مناسبة للدراسة النسيجية بعد تطبيق الأشعة . وعندما تزال الأورام جراحياً تُجرى لها دراسة نسجية لمعرفة ما إذا كانت حواف القطع قد تحررت من الخلايا الورمية . ويُجرى في بعض الحالات ما يسمى الجراحة المراقبة مجهريا Microscopic Controlled Surgery حيث تجرى مقاطع متتالية لمعرفة حواف الاستئصال ومدى سلامتها . تحتاج بعض الجلادات إلى دراسة تشريحية

مرضية لمعرفة المرحلة التي وصل إليها المرض ، كما في الفطار الفطراني ، أو نحتاج إلى دراسة عمق الآفة وإلى أي حد وصلت الخلايا الخبيثة في العمق كما في الميلانوم الخبيث ، حيث يفيدنا في الإنذار والمعالجة . يفيد أخذ الخزعات المتعاقب بفاصل أسابيع أو أشهر كمنظر Monitor لترقي المرض أو مدى استجابته للمعالجة .

وأخيراً وليس آخراً تعتبر الشرائح التشريحية المرضية سجلاً حقيقياً يمكن حفظها ، والرجوع إليها في أي وقت لمراجعة الحالة إذا احتاج الأمر ذلك .

**اختيار مكان أخذ الخزعة** : من المهم جداً معرفة اختيار مكان أخذ الخزعة . وتعتبر الآفات البدئية الحديثة التشكل أكثر الأماكن المفضلة لأخذ الخزعة . ولا تعطي الأماكن المشوهة بالخدوش ، أو التي تشكلت عليها الجلب ، أو التي طبقت عليها المعالجات معلومات مفيدة من الناحية التشريحية المرضية . أما إذا كانت الآفات الجلدية متناثرة ، علينا اختيار موقع الخزعة ، بحيث لا تؤدي الندبة الحاصلة بعدها إلى تشوهات جمالية ، أو إعاقة وظيفية ما أمكن ذلك ويجب أن نضع في البال التأهب لتشكل الجدرات وخاصة في منطقة العنق والقص . ويتعرض التئام الجروح في منطقة العقب والظنبوب إلى الاختلاطات وخاصة عند المرضى المصابين بالاضطرابات الدورانية .

**إجراءات أخذ الخزعة** : تزال الآفات الصغيرة بشكل كامل بالمشرط بعد تخديرها موضعياً ( خزعة استئصالية ) . أما في الآفات الأكبر ، فتؤخذ خزعة جزئية من الآفة . ويفيد أخذ جزء صغير من الجلد السليم المجاور الذي يبدو سليماً . ويفيد أخذ الخزعة على شكل اسفيني Wedge حيث تعتبر من أفضل الطرق جمالياً ولغاية التشخيص . ويمكن أحياناً أخذ الخزعة بالتجريف بواسطة المجرفة وهي على شكل حلقة ، أو إجراؤها بالجراحة الكهربائية . ومن الطرق الأخرى السهلة الإجراء ، أخذ الخزعة بواسطة المثقب Punch ، باستعمال مثاقب Kromayer's or Keyes' Punch ، أو بطريقة الكشط بشفرة الحلاقة أو بالمشرط العادي أو بالمقص .

*قدّ الخزعة وعمقها* : يعتمد قد الخزعة وعمقها في كل حالة على حدة ، والخزعة بالكشط كافية إذا ما كانت الحدثية المرضية قريبة من سطح الجلد ، كما في السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية . بينما تؤخذ بعمق أكثر في الآفات العميقة ، كما في الورم الحبيبي الحلقي ، وفي التهاب السبلة الشحمي Panniculitis . ويجرى الشق الجراحي ما أمكن تبعاً لخطوط ارتخاء الجلد ، وهي تطابق التغضنات في جلود الشيوخ ، غير أنها لا تتطابق مع خطوط لانجر Langer . وإذا ما أخذ الشق الجراحي تبعاً لخطوط ارتخاء الجلد ، يكون الجرح غير مشدود أو متوتر ، ويلتئم بسرعة ، وتكون الندبة الحاصلة في درجاتها الأصغرية .

*معاملة الخزعة بعد إجرائها* : توضع الخزعة مباشرة بعد أخذها في أوعية خاصة تحتوي سائلاً مثبتاً . وينصح بعدم ضغطها أو عصرها . ويجب أن لا يتجاوز النسيج المخزوع ١ سم٣ ، ويؤخذ من الخزعة ذات الثخانة القليلة أكثر من ذلك . وإذا كان النسيج المخزوع كبيراً يمكن قطعه إلى عدة أجزاء ، ويعلّم كل جزء ، ويعامل بالمخبر منفصلاً عن القطع الأخرى .

يجب أن لا يقل السائل المثبت عن ٢٠ مثل حجم الخزعة . ويجب تعليم الزجاجة التي ترسل بها الخزعة فوراً وبكتابة اسم المريض أو بالأرقام وذلك تجنباً للالتباس والوقوع في الخطأ .

**السوائل المثبتة** : يتألف السائل المعياري لتثبيت الخزعات من ١٠٪ فورمالدهيد دارئي 10% Buffered Formaldehyde
ويمكن استعمال محلول بوين Bouin وتركيبه كالآتي :

| | |
|---|---|
| حمض المر Picric Acid المشبع المائي | 15.0 |
| فورمالدهيد 40% | 5.5 |
| حمض الخل الثلجي | 1.0 |

ويضاف الأخير حين أخذ الخزعة .

**بعض الاستثناءات من الإجراءات النسجية المعيارية** : لا يمكن استعمال بعض مواد التثبيت الروتينية وخاصة في بعض الدراسات النسيجية ، حيث لا توضع الخزعة في هذه المثبتات ، ولكنها تمرر في عمليات خاصة ، ومنها على سبيل المثال لا الحصر : المقاطع التي تجرى بالتجميد ، والتحريات الجرثومية في الخزعات كالتحري عن عصيات السل مثلاً . وتهيأ خزعات الومضان بطرقها الخاصة كما في الأمراض الفقاعية ، والذأب الحمامي ، وكذلك في الدراسات النسجية ـ الكيميائية والخلوية الكيميائية ، والاختبارات الخلوية كما في اللمفومات والمجهر الألكتروني .

**المعطيات السريرية والفحص النسجي** : يعتمد المشرحون المرضيون على المعطيات السريرية : موقع الخزعة ، وعمر المريض ، ولون الجلد ، ويجب تقديم قصة قصيرة موجزة لهم ، ولا ننسى المعالجات السابقة ، والموجودات السريرية ، والتشخيص التفريقي السريري ، والتشخيص المرجح والمحتمل .

**مدى فائدة التشريح المرضي الجلدي في التشخيص** : تحد الأخطاء في أخذ الخزعة من قيمة التشريح المرضي في التشخيص ، ويعود ذلك أحياناً إلى عدم الالتزام والتقيد بالأساسيات التي ذكرناها سابقاً . ويحدّ من التشريح المرضي أيضاً مكان الخزعة غير المناسب ، أو بسبب صغر الخزعة أو

سطحيتها . أو أنها تكون مضغوطة أو ممزقة ، أو أن نسيج الخزعة مخثر تخثيراً كهربائياً . غير أنه بالرغم من أخذ الخزعة وتحضيرها الجيدين ، ودقة المعلومات السريرية المعطاة ، وبالرغم من دراستها من قبل مشرح مرضي خبير ، فإن هذا كله لا يكفل دوماً وضع التشخيص الأكيد والنهائي ، ويستدعي ذلك في مثل هذه الحالات فحص المريض والخزعة معاً وبآن واحد .

وبينما تكون الصورة النسيجية واضحة وجلية في العديد من الأورام ، فإنه يصعب معرفة وتمييز بعض الجلادات الالتهابية . إذ لا يمكن تشخيصها إلا استناداً إلى السريريات والتشريح المرضي معاً . ولكي ندرك حدود وإمكانيات التشريح المرضي في الأورام ، نضرب مثلاً على ذلك ، وهو صعوبة التميز أحياناً بين الشوكوم القرني Keratoacanthoma والسرطانة الوسفية ( الشائكة ) Squamous Cell Carcinoma . وكذلك الحال بين الميلانوم الخبيث والورم مغزلي الخلايا ووحمة سبيتز Spitz Nevus .

ومن الصعوبات التي يواجهها المشرح المرضي الجلدي الحبيبومات حيث لا يكون التشخيص التفريقي دائماً سهلاً فيما بين الذأب الشائع Lupus Vulgaris والغرناوية ( الساركوئيد ) ، والإفرنجي الثالثي ، والجذام ، والأخماج الفطرية العميقة والحبيبومات الأخرى .

## مبادىء التشريح المرضي الجلدي :

لا بد للطبيب من معرفة مبادىء التشريح المرضي الجلدي والإلمام بالموجودات والعلامات الرئيسية على الأقل ، وذلك لفهم أمراض الجلد وآليتها الإمراضية . يمكن أن تكون التغيرات التشريحية المرضية في البشرة ، وملحقات البشرة ، والغدد ، وفي الأدمة و/أو طبقة ما تحت الجلد . وتشمل تغيرات استقلابية وبنيوية ، كما في التقران غير الطبيعي وفي الالتهابات ( الوذمة ، الخلايا الالتهابية ) والتنشؤات الخبيثة منها والسليمة .

### التغيرات النسجية في البشرة والطبقة القاعدية :

**فرط التقرن Hyperkeratosis** : يعرف فرط التقرن بأنه زيادة في ثخانة الطبقة المتقرنة Stratum Corneum . ونحن نفرق ما بين فرط التقرن الاحتباسي Retention Hyperkeratosis مع قلة ثخانة الطبقة الحبيبية ، وقلة توسف الخلايا المتقرنة كما في السماك الشائع ، وبين فرط التقرن التكاثري Proliferation Hyperkeratosis حيث يتصف بثخانة الطبقة الحبيبية وزيادة الطبقة المتقرنة كما في الثفن . وعلى ضوء الأبحاث الحديثة يبدو التقسيم السابق مبسطاً جداً .

**نقص التقرن Hypokeratosis** : يتصف بقلة ثخانة الطبقة المتقرنة كما في الجلد الشيخي مثلاً . كما تميل الطبقة الحبيبية إلى قلة ثخانتها أيضاً .

**خطل التقرن Parakeratosis** : يعرف خطل التقرن بأنه تقرن ناقص أو غير طبيعي ، وينتج عن اضطراب استقلابي في الخلايا كما في الصداف . حيث تبقى النوى في الخلايا المتقرنة وتغيب الطبقة الحبيبية . هذا وإن فرط التقرن وخطل التقرن لا يلتقيان كثيراً ، وإن تواجدهما معاً يسمى خطل فرط التقرن Parahyperkeratosis. أما التقرن السوي Orthokeratosis فيعرف بأنه تقرن طبيعي في الخلايا مع غياب النوى وفي مرحلة سابقة لانتقال هذه الخلايا إلى الطبقة المتقرنة .

**خلل التقرن Dyskeratosis** : وهو تقرن مبكر غير تام في بعض الخلايا المقرنة Keratinocytes ، وتنفصل عن الخلايا البشروية الأخرى الطبيعية التي لم يتم فيها التقرن بعد . ومثال هذه الخلايا ما يحدث في داء باجيت .

**التحبب Granulosis/فرط التحبب** : وهو زيادة في ثخانة الطبقة الحبيبية ويأخذ بؤراً كما في بعض الأمراض كالحزاز المسطح .

**الشواك Acanthosis** : وهو ازدياد في عدد طبقات الخلايا الشائكة Spinous Cells ( الطبقة المالبيكية ) . ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تطاول حليمات البشرة وزيادة في عرضها كما في الصداف .

**ضمور البشرة Atrophy of the Epidermis** : يؤدي ضمور البشرة إلى قلة في عدد صفوف الطبقة الشائكة ، وعادة ما يكون متزامناً مع ضيق الطبقة الحبيبية والطبقة المتقرنة ، ويتبدل الشكل الموجي للموصل البشروي الأدمي إلى امحاء في الحليمات وذلك بسبب ضمور الحليمات ، كما في التهاب جلد النهايات المزمن المضمر .

**السفاج Spongiosis ( الوذمة البشروية )** : يعرف السفاج بأنه تخلخل في خلايا البشرة ، ينجم عن الوذمة بين هذه الخلايا ، ويؤدي إلى انفصال الخلايا ودورانها حول جسيمات الوصل ، مما يؤدي إلى وضوح المظهر الشائك للخلايا المقرنة في الطبقة المالبيكية .

إن تزايد ضياع الاتصال في جسيمات الوصل ( انحلال الأشواك الصغير Microacantholysis ) ، مع زيادة المسافات بين الخلايا بسبب الوذمة وبسبب تمزق الزوايا الخلوية ، كل ذلك يؤدي إلى حدوث الحويصل السفاجي كما في التهاب الجلد .

**التبدل الفجوي ، التبدل البالوني ، والتنكس الشبكي**

**Alteration Cavitaire, Ballooning and Reticular Degeneration** : يتصف التبدل الفجوي بحدوث وذمة داخل الخلايا البشروية مع تفجي حول النواة . ويعرف التنكس البالوني بحدوث وذمة شديدة داخل الخلايا البشروية مما يؤدي إلى تمدد جسم الخلية حيث يأخذ شكلاً يشبه البالون ، وتصبح النواة مسطحة ومضغوطة باتجاه الجدار الخلوي . ويشاهد التنكس البالوني في الحلأ البسيط والحلأ النطاقي ، وتحدث بهما حويصلات ضمن البشرة . أما التنكس الشبكي فينجم عن بقايا الجدر الخلوية في البشرة .

**انحلال الأشواك Acantholysis** : تخضع جسيمات الوصل في الجسور الخلوية في البشرة إلى تبدلات مستمرة ، وهي بحالة فعالة حيث تتخرب باستمرار ويعاد بناؤها من جديد بشكل مستمر . ويؤدي انحلالها إلى تكوّر الخلايا البشروية وتشكل حويصلات داخل البشرة ، ويبدأ تشكلها في الطبقة فوق الطبقة القاعدية . ويؤدي تفرق الخلايا المالبيكية عن بعضها إلى ما نسميه بانحلال الأشواك كما في داء الفقاع الشائع .

**البثرة السفاجية الشكل Spongifomis Pustule** : تنجم البثرة السفاجية عن تشكل يشبه الشكبة ، ناجم عن البقايا الخلوية في الطبقات العليا من البشرة ، مع وجود كريات بيض ضمن عيون هذه الشبكة . وهذه الآفة مميزة للصداف البثري .

**التميع أو التنكس التميعي الفجوي للخلايا القاعدية** : قد يؤدي التنكس الفجوي للخلايا القاعدية إلى انحلالها الكامل ، ويؤدي بالنتيجة إلى تشكل حويصلي تحت الطبقة القاعدية كما في الحزاز المسطح والذأب الحمامي .

**السلس الصباغي Incontinentia Pigmenti** : يؤدي تخرب الخلايا القاعدية أو تنخرها إلى إطلاق أو تحرر الملانين داخل الخلايا ، ويسقط إلى الأجزاء العلوية من الأدمة حيث يختزن ضمن الخلايا البالعة الكبيرة كما في الحزاز المسطح ، والاندفاع الدوائي الثابت .

تدعى البالعات الكبيرة التي تبتلع الملانين ببالعات الملانين الكبيرة أما مصطلح حامل الملانين Melanophore ، الذي كان يستخدم سابقاً ، فيستخدم حالياً وقفاً على الخلايا الملانية الحاوية على الملانين عند بعض الحيوانات مثل الأسماك والزواحف . وتسمح هذه الخلايا بحدوث تبدل سريع في لون الجلد .

**الالتقاط/التسرب/Exocytosis** : وهو عبارة عن هجرة الخلايا الالتهابية من الأدمة إلى البشرة ، مثل اللمفاويات والخلايا وحيدة النوى كما في الإكزيمة . ويؤدي حدوث تجمعات صغيرة بهذه الخلايا في البشرة إلى تشكل خراجات صغيرة تميز بعض الأمراض ، مثل خراجات مونرو ، وهي تتألف من عدلات مجتمعة في الطبقة المتقرنة كما في الصداف . أما الخراجات الدقيقة لبوتريه فهي عبارة عن تجمعات صغيرة لخلايا وحيدة النوى في الطبقة الشائكة من البشرة كما في حالة اللمفوما تائية الخلايا .

## التبدلات التشريحية المرضية في الأدمة :

وهي تبدلات مألوفة عادة ولذلك لا نحتاج إلا لشرح بسيط لها .

**الورام الحليمي Papillomatosis** : وهو عبارة عن تطاول في عرض الحليمات الأدمية وتفرعها ، وهي أكثر وضوحاً في الأورام الحليمية القنبيطية الشكل ( مثالها الثآليل الشائعة ) ، ويؤدي توسع عرى الأوعية الدموية الشعرية وارتشاح المصورة في الأدمة الحليمية إلى حدوث الوذمة في الأدمة الحليمية .

**الرشاحة الخلوية الالتهابية** : يحدث الارتشاح الخلوي الالتهابي في الكثير من الجلادات ، وتأخذ الرشاحة الالتهابية أنماطاً مميزة تساعد في وضع التشخيص التشريحي المرضي للأمراض الجلدية الالتهابية .

تنجم الأنماط المختلفة للرشاحة عن كيفية ومكان توضعها حيث يمكن أن نطلق عليها طبوغرافية الرشاحة الالتهابية ، وعن أنواع الخلايا الالتهابية في الرشاحة ، والتبدلات المرافقة في البشرة وملحقاتها ، وبنية الأدمة عموماً ، وكل ذلك يلعب دوراً في وضع التشخيص .

**التصنيف الطبوغرافي للخلايا الالتهابية** : قد تكون الرشاحة حول الضفائر الوعائية السطحية للأدمة فقط كما في التهاب الجلد ، أو حول الضفائر الوعائية السطحية والعميقة بآن واحد كما في ابيضاض الدم اللمفاوي .

تميز الرشاحة الشريطية الشكل الكثيفة مع تخرب الموصل البشروي الأدمي بعض الأمراض كالحزاز المسطح . ترتبط الرشاحة بالملحقات كما في العد الشائع . وأحياناً لا ترتبط بالملحقات ولا بالأوعية كما في التهاب جلد النهايات المزمن المضمر .

وأخيراً توجد بعض الأمراض التي تغور فيها الرشاحة وتصل إلى السبلة الشحمية وتكون فصيصية أو ما بين الفصيصات في الحجب كما في التهابات السبلة الشحمية Panniculitis .

**أنواع الخلايا في الرشاحة** : قد تكون الرشاحة الالتهابية في غالبيتها من اللمفاويات ، أو لمفاوية وناسجة ، أو ناسجة ، أو كريات بيضاء ( معتدلات ، حمضات ) ، أو خلايا مصورية ، أو خلايا بدنية . ويمكن التمييز نسبياً بين الرشاحة الالتهابية وحيدة الشكل الخلوي ، أو متعددة الأنواع الخلوية . وإلى جانب الأشكال الأساسية في الأدمة ، نجد خلايا خاصة على حساب سلسلة الخلايا وحيدة النواة والخلايا الناسجة ،

والبالعات الكبيرة والخلايا البشرانية Epithelioid Cells والخلايا الرغوية الحاوية على الشحوم ( الخلايا الصفرومية ) ، والخلايا العملاقة ( لانغهانس ، توتون ، الخلايا العملاقة الخاصة في الجسم الأجنبي ) ، وبالعات الحديد الحاملة للهيموزيدرين ، وبالعات الميلانين الحاملة له .

وأخيراً قد نجد أشكالاً خلوية شاذة من الخلايا في الأمراض المجموعية الخبيثة الخاصة بالجهاز اللمفاوي أو الجهاز المولد للدم .

**تحديد هوية الخلايا الالتهابية** : يمكن عادة تحديد أشكال الخلايا الالتهابية ومعرفتها باستخدام المحضرات النسجية الروتينية الملونة بالهياتوكسيلين – إيوزين . ونحتاج أحياناً إلى ملونات خاصة لتحديد هوية بعض الخلايا ، كما في الخلايا البدينة ( ملون التوليدين الأزرق وملون غمزا ) ، أو اختزان الهيموسيدرين ( ونحتاج إلى ملون برلين الأزرق للحديد ) . وفي بعض الحالات الضرورية قد نلجأ للدراسة الكيميائية الخلوية وخاصة الكيميائية الخلوية الخمائرية . ومن الوسائل التشخيصية المساعدة الأخرى الدراسة المناعية الخلوية بوحيدات النسيلة Monoclonal للتمييز بين أشكال الخلايا اللمفية . ونحتاج أحياناً الجهر الألكتروني في دراسة بعض الخلايا كما في كثرة المنسجات X .

**التبدلات الأخرى التي تصيب الأدمة** : يمكن الكشف عن التبدلات المرضية في الغشاء القاعدي للبشرة ، والملحقات الجلدية ، والأوعية الدموية ، والمادة الأساسية في الأدمة بين الخلايا ، باستخدام ملونات خاصة منها Hale – PAS, PAS .

ويمكن الكشف عن وجود بنى بللورية داخل أو خارج الخلايا كالكوليسترول أو السيليكات باستخدام المجهر المستقطب . ويمكن في بعض الأمراض أن تتخرب الألياف المرنة ( تمزق الألياف المرنة ) . وقد يخضع المغراء للتنكس الأسسي ( المران الضيائي ) ، أو يتمزق إلى فتيتات صغيرة ، أو يفقد خصائصه التلوينية بسبب التنخر .

# الفصل الثاني

# الأمراض الناجمة عن الحمات الراشحة

# Viruses

د . هناء مسوكر

هناك عدد كبير من الأمراض الجلدية ينجم عن الحمات الراشحة . والآفات الجلدية إما أن تكون تظاهرة لخمج جلدي مباشر بالحمات الراشحة جلدية الانحياز ( كالثؤلول الشائع . المليساء السارية ) أو أنها تتطور أثناء سير الأمراض الحمويّة العامة ( كالحماق ) .

## الثآليل Warts :

**التعريف** : تعتبر الثآليل ، مع بعض الاستثناء ، ظهارومات إنتانية سليمة ، هي في أساسها فرط تنسج بشروي تفاعلي ناجم عن الحمات الراشحة ( شواك ، فرط تقرن ) ، قابل للتراجع ، مترافق بامتداد النسيج الضام للجسم الحليمي ( ورام حليمي ) . ويمكن للثآليل أن تصيب الجلد والأغشية المخاطية . وكقاعدة يمكنها أن تشفى دون أن تترك أثراً وتخلف مناعة بشكل عام .

**العامل الممرض** : حمات ثؤلولية من نوع DNA المنحاز للنواة ( الحمات الحليمومية الإنسانية ) . ويمكن أن نميز أنواعاً مختلفة من الحمات الحليمومية الإنسانية بالاستناد إلى التهجين الجزيئي وتحليل النويات الداخلية Endonuclease وطرق الومضان المناعي ( الجدول ٢ ـ ٢ ) . وفي الوقت الحاضر تم تمييز أكثر من ٥٠ نموذجاً ( HPV ١ ـ ٥٧ ) . وقد نجد أحياناً أكثر من نموذج من الحمات في نوع واحد من الثآليل ، ولا يزال تصنيف النماذج غير كامل .

**الوبئيات** : الإصابة بالثآليل شائعة في العالم كله . وهي تصيب الأطفال واليفعان وتترك مناعة في كثير من الأحيان حيث تقي البالغ من الإصابة مرة أخرى ، ويمكن تمييز أشكال وبائية للمرض كأمراض مهنية خاصة للعاملين في المسالخ ، وذلك يعود إلى أنّ كلاً من الحمات الحليمومية الإنسانية HPV والحمات الحليمومية البقرية BPV تؤدي إلى إصابة الإنسان والحيوان معاً ( المواشي وبشكل خاص البقر ) . وتبدي الدراسات الوبئية تزايد انتشار الثآليل في العالم دون معرفة للسبب الحقيقي لهذا الأمر .

**الإمراض** : يمكن أن تنتقل الحمة الحليمومية من إنسان لآخر ومن حيوان لآخر . وتظهر الأورام الحليمية الحمُوية عند جميع الحيوانات الآهلة تقريباً ( المواشي ، الكلاب ، القطط ، الخيول ) . ولا تعرف فترة الحضانة بشكل دقيق ، لكنها تتراوح بين ٤ أسابيع و ٨ أشهر ، وتؤدي العدوى الذاتية إلى ظهور ثآليل جديدة . وقد تتوضع الثآليل على شكل خطي نتيجة للتسحج الناجم عن الحكة ، وقد تظهر بشكل طفحي . وقد تؤدي نماذج عديدة من الحُمات إلى صورة سريرية واحدة ( HPV ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٧ في ثآليل الجزارين ) . وقد يعتمد المظهر السريري على الناحية التشريحية لتوضع الآفة بالإضافة إلى سنّ وجنس المصاب .

**الأشكال السريرية** : يمكن سريرياً تمييز أشكال كثيرة من الثآليل :

- الثآليل الشائعة .
- الثآليل الأخمصية والمزيّقة Mosaic .
- الثآليل المسطحة الفتوية .
- الأورام اللُقمية Condylomata المؤنفة ( الثآليل الخيطية والثآليل التناسلية ) .
- الأورام الحليمومية على الأغشية المخاطية ( الثآليل المنعزلة على الأغشية المخاطية ، الأورام الحليمية الفموية المنتشرة ، الحليموم الحنجري ، الورام اللقمي المسطح ، داء هيك Heck .

**الجدول ٢ ـ ١ : صفات الحمات الحليمومية الإنسانية**

| | |
|---|---|
| القطر الرئيسي | ٤٦ ـ ٥٤ نانومتر |
| التركيب ( البنية ) | المحفظة البروتينية الخارجية ، داخل القفيصة مع ٤٢ capsomers |
| الكتلة : | |
| من الـ DNA الحَمَوي | ٣ × ١٠^٦ دالتون |
| من مجموع الجسيم | ١٧ × ١٠^٦ دالتون |
| من القفيصة ( محفظة الحمة ) | ذو العشرين وجهاً Icosahedron |
| الحمة في النوى الخلوية | ترتيب منتشر مع تكدس بلّوراني |
| شكل الجسيم | كروي ، وثيق الصلة مع الحمة الحليمومية الأرنبية |

**الجدول ٢ ـ ٢ : الأنواع المميزة للحمات الحليمومية**

| شكل الورم الحليمي | نوع الحمة الموافق | |
|---|---|---|
| الثآليل الشائعة | HPV ١ ، ٢ ، ٤ ، ٧ | الثآليل الشائعة على الأطراف والجذع |
| | HPV ١ | الثآليل الأخمصية |

| | | |
|---|---|---|
| | HPV ٢ | ثآليل اليدين والأصابع |
| | HPV ٤ | الثآليل المزيّقة |
| | HPV ١ ، ٤ ، ٧ | ثآليل الجزارين |
| الثآليل المسطحة الفتوية | HPV ٣ ، ١٠ ، ٢٩ | Plane Juv. Warts |
| الأورام اللقمية المؤنفة | HPV ٦ ، ٧ | Pointed warts |
| داء الثآليل المعمم | HPV ٣ ، ٥ ، ٨ ، ١٠ ، ١٢ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٢٩ | ثدن البشرة ثؤلولي الشكل ، داء ليفاندوفسكي لوتس |
| الأورام الحليمية الحنجرية | HPV ٦ ، ١١ | |
| فرط تنسج ظهاري بؤري | HPV ١ ، ١٣ | داء هيك Heck |
| حطاط بوفناني | HPV ١٦ ، ١٨ | Bowenoid Papulosis |

**الثآليل الشائعة Verrucae Vulgaris أو Common Warts :**

وهي الشكل الأكثر انتشاراً ، قد تكون مفردة أو متعددة . ويبدو أنه يوجد تأهب خاص للإصابة بها . وتعتبر النهايات أكثر تعرضاً للإصابة بسبب نقص الأكسجة ، وذلك لأن دخول الحمات أسهل عندما يضعف الدوران الدموي وتضعف المقاومة ، كما أن دخولها جلد الأطفال أسهل وبخاصة ذوي البنية التأتبية أو الجلد الجاف .

**الموجودات السريرية** : لا يتجاوز حجم الثؤلول في البدء حجم رأس الدبوس ، وبذلك فهو لا يختلف عن الثؤلول الفتوي المسطح ، حيث يبدو على شكل عقيدة جلدية قاسية وبارزة . وبالتدريج ، فإن حجم الثؤلول يكبر ويخشن سطحه بزيادة التقرن . الحدود واضحة جداً . ويكلل السطح بفرط التقرن الذي يتشقق ويأخذ لوناً أصفر مائلاً إلى الرمادي . كما تبدو أحياناً بقع سوداء نقطية ناجمة عن ترسبات دموية . تكبر بعض هذه الثآليل وتأخذ حجم حبة البازلاء أو الفاصولياء ويسمونها بالثؤلول الأم . أما الثآليل البنات فتتطور حول الثؤلول الأم بالعدوى الذاتية . وتختلف بنية الثآليل وشكلها حسب الناحية التشريحية المتوضعة فيها .

فالثآليل على **الأصابع وظهر اليدين** تكون مفرطة التقرن ، نموذجية .

أما على **الأجفان** فتتطور بشكل انتقائي ثآليل خيطية ذات جذوع طويلة خيطية الشكل ، وكثيراً ما يُظن خطأً على أنها أورام ليفية . ( انظر الشكل ٢ — ١ ) .

وفي ناحية **اللحية** تظهر الثآليل بأعداد كبيرة وتكون مدوّرة أو خيطية الشكل ، وهي تقطع بسهولة أثناء الحلاقة مما يؤدي إلى انتشارها بشدة وكثافة عن طريق العدوى الذاتية ( راجع الشكل ٢ — ٢ ) .

أما في **الأفوات** بين أصابع القدمين واليدين فإن المسافة الضيقة بين الأصابع تحمي الثآليل من المؤثرات الخارجية فتبقى بنيتها أكثر حليمية . وتأخذ الثآليل على السطح الراحي لليدين والأصابع شكلاً مزيّقاً بسبب التأثير الميكانيكي للاحتكاك ، وتدعى بالثآليل المزيّقة Mosaic ، حيث تبدو عليها نقاط صغيرة ذات لون بني أو أسود ( بسبب التخثر الحاصل في عُرى الشعريات ووجود الكريات الحمر في الطبقة المتقرنة ) .

أما على **الفروة** فتأخذ الثآليل شكلاً أصبعياً أو زغابياً . وهي أشكال شائعة في هذه النواحي ( الثآليل الأصبعية ) وتشبه بذلك الأورام الليفية الحليمومية .

على **الشفرين الصغيرين** تكون الثآليل في هذه الناحية ذات شكل حليمي أو خيطي عادة .

وفي **الأخمصين** تنضغط الثآليل بشدة بسبب وزن الجسم وتأخذ شكلاً مزيّقاً .

**الأغشية المخاطية** : تظهر الثآليل على الأغشية المخاطية الفموية ، وبشكل خاص على اللسان ( ذروته ) وظهر اللسان واللجيم ( الثآليل المخاطية ) . وهي عبارة عن ثآليل حليمومية حُمَوية تأخذ شكلاً دائرياً مقبباً أو مسطحاً ، لونها رمادي مائل للبياض ( الأورام اللقمية المسطحة ) . ويجب أن نفرقها عن الأورام اللقمية المؤنفة التي تصيب الأغشية المخاطية التناسلية ، وكثيراً ما يصعب مثل هذا التمييز .

**جسم القضيب والأوجه الخارجية للشفرين الكبيرين** : تتطور في هذه الناحية حطاطات بلون الجلد ثؤلولية الشكل ، وحيدة أو متعددة . ومن الناحية النسجية ، يؤدي وجود الخلايا الشاذة إلى صعوبة في التشخيص التفريقي إذ تختلط مع داء بوفن Bowen والحطاط البوفناني على القضيب والفرج .

**طيّات الأظافر** : الثآليل الداحسيّة شائعة وهي تؤدي إلى تشكل مستعمرات في أي ناحية من الطيات الظفرية وفي الأخاديد الوحشية والقرية من سرير الظفر . وإذا ما توضعت في الأخدود الوحشي لسرير الظفر فإنها يمكن أن تنمو ممتدة تحت الصفيحة الظفرية ومؤدية في النهاية إلى انحلال الظفر

الجزئي . تنتقل الثآليل الداحسية عن طريق مص الأصابع أو عضها ( ظاهرة كوبنز الكاذبة ) ، لأن الحمات الثؤلولية تستطيع بسهولة أن تستعمر النواحي البشروية المؤوفة بسبب الرض الناجم عن هذه العادات السيئة . ( راجع الشكل ٢ – ١ ) .

**سرير الأظافر Nail bed** : نادراً ما تتطور الثآليل بشكل بدئي تحت الظفر . وعندما يحصل ذلك فإن الثآليل تأخذ شكلاً ورمياً ، مؤلماً ، وخاصة عند الضغط عليها ، وتتوضع مباشرة فوق سرير الظفر وتحت الصّفيحة الظفرية ، وقد تؤدي في النهاية إلى انتكال العظم المستبطن . وفي البداية تحصل تبدلات ؛ في الأظافر شبيهة بما نشاهده في الصداف ( بقعة الزيت ) . ويجب في التشخيص التفريقي أن نميزها عن الشوكوم القرني ، والسرطانة وسفيه الخلايا ، والورم الكبي ، والأعران العظمية تحت الأظافر ، والغضروم Chondroma وأحياناً عن التغيرات الصدافية .

**التوضعات الأخرى** : يمكن للثآليل أن تتوضع في أي ناحية من الجسم مثل الملتحمة ، وفوهتي الأنف ، ومخاطية الأنف ، والجذع وغيرها ... كما قد تظهر الثآليل الشائعة متوافقة مع ظهور الثآليل المسطحة ( الفتوية ) الشبابية أو مع الأورام اللُقمية المؤنفة . وقد تتعمم الثآليل عند المصابين بعيوب مناعية ( داء الثآليل المعمّمة ) ، كما هي الحال أثناء المعالجة بمثبطات المناعة عند المصابين بابيضاض الدم ، متلازمة ويسكوت – ألدريش Wiskott – Aldrich ، أو في الإيدز . وعند الأطفال المصابين بالإكزمة التأتبية قد تتطور عندهم الثآليل بأعداد هائلة نتيجة العدوى الذاتية ، وبعد الاستعمال المديد للمراهم الكورتيزونية ( الإكزمة الثؤلولية ، الداء الثؤلولي التأتبي ) .

**التشريح المرضي النسجي** : هناك بعض الاختلافات النسجية بين الأشكال السريرية المختلفة للثآليل ، لكن هذه الاختلافات غير كافية لتحديد نوع الحمة الحليمومية الإنسانية بشكل مؤكد . إن الصورة الخلوية للثؤلول الشائع مميزة : تكاثر بشروي ( شُواك acanthosis ) ، حليمات أصبعية الشكل من النسيج الضام ( تحلُّم ) بين استطالات بشروية متطاولة بشدة ، خلايا فجوية كبيرة ( خلايا بالونية ) مع أجسام اندخالية ذات تلون أسمي وذلك في طبقة الخلايا الحبيبية وفي القسم العلوي من الطبقة الشائكة . تغطى البشرة بطبقة من فرط التقرن النابت الذي يحوي بشكل وصفي على بؤر من خطل التقرن Parakeratosis واندخال كريات حمر ووجود تجاويف صغيرة حاوية على المصل في ذرى الحليمات الأدمية .

**الاستجهار بالمجهر الإلكتروني** : لا يمكن إظهار الجزيئات الحموية إلا في المقاطع المأخوذة من الثآليل الحديثة . ويمكن الكشف عن عناصر الأجسام الحموية الحليمومية الوصفية ، وعلى وجه الحصر تقريباً ، في الخلايا البالونية في القسم العلوي من الطبقة الشائكة وفي الطبقة الحبيبية ، وفي البقايا النووية الموجودة في بؤر خطل التقرن . وتجتمع عناصر الحمات الراشحة على شكل بلّوراني عادة ، لكنها تكون مبعثرة أحياناً أو موضعة على شكل سلاسل أو مجموعات . ( راجع الشكل ٢ – ٣ ) .

**السير والإنذار** : تشفى الثآليل الشائعة عفوياً بعد مدة تتراوح بين عدة أسابيع أو أشهر أو حتى سنوات . ويشير التحول الالتهابي ، الذي يكون غالباً من النوع الحزازاني ، إلى حدوث تفاعل دفاعي مناعي في الجسم يتبعه في الأغلب شفاء الآفة .

**التشخيص التفريقي** : وهذا يختلف اعتماداً على توضع الثآليل : فعندما يتوضع على الأذن أو الشفاه يجب أن يفرق عن الشوكوم القرني ، وفي نفس التوضعات ( على الأذن والشفاه ) وعند المصابين بتخرب ضيائي في الجلد يجب تفريقها عن السرطانة وسفيه الخلايا ، والقرن الجلدي المتوضع على تقران ضيائي ، وداء بوفن . ويجب أن تفرق الثآليل أيضاً عن التقرانات المثية وورم خلل التقرن المتثالل لـ : Szymanski والغمدوم الشعري الخارجي ، والحطاط البوفناني ، والحزاز المسطح الثؤلولي ( وبشكل خاص في توضعاتها على الساقين ) ، وعلى الأخمص عندما تكون هذه الثآليل حاكة . ويختلط التشخيص بالتقران النقطي على الراحتين والأخمصين وبعض الإفرنجيات وسل الجلد الثؤلولي في اليدين والقدمين .

## الثآليل الأخمصية Verrucae Plantares أو Planter warts :

**الموجودات السريرية** : الثآليل الموضعة في أخمص القدم ليست سوى شكلاً خاصاً من الأورام الحليمية الحُموية ، وهي بالحقيقة شكل من الثآليل الشائعة . ويمكن أن نشاهد لها أشكالاً عدة : فقد تكون ثؤلولاً *أخمصياً وحيداً* ، يشبه الثؤلول الشائع تماماً ويحيط به فرط تقرن بما يشبه الثفن .

*الثآليل المزيّقة* : وهي عبارة عن ثآليل أخمصية تبدو بأعداد كبيرة في الأخمصين ، وخاصة في الوجه الأخمصي للأباخس Toes . تنضغط هذه الثآليل إلى داخل الجلد لثقل الجسم الواقع على هذه الأماكن وتمنعها من أن تكون ناتئة إلى الخارج . وتنتشر الثآليل المزيقة بسرعة ، وهي غير عرضية عادة . وتعتبر الثآليل الأخمصية سارية بشكل خاص . ويمكن أن تتم العدوى في الأماكن العامة التي يمشي فيها الناس حفاة بالعادة كالمسابح وملاعب الجمباز والمشالح والحمامات العامة . ( راجع الشكل ٢ – ٤ ) .

*الثآليل النابتة* : هذا الشكل من الثآليل الأخمصية مؤلم جداً وتؤدي أحياناً إلى عدم القدرة على المشي أو العمل ، تحيط بها

مساحة واسعة من فرط التقرن ( على هيئة ثفن ) . ويمكن إظهار هذه الثآليل لدى الضغط على مركزها . وإذا فحصت عن قرب ، شوهد عدد كبير من النقاط أو الخيوط السوداء الناجمة عن النزوف التمشية أو التخثر ضمن الأوعية الدموية الموجودة في ذرى الحليمات الأدمية . تنتقل هذه النزوف إلى البشرة مؤدية بدورها إلى انتقال الكريات الحمر إلى الطبقة المتقرنة . وتفيد هذه النزوف في التشخيص التفريقي بين الثآليل والأثفان .

*الثآليل العملاقة* : تظهر هذه الثآليل عادة في أخمص القدم ناحية العقب ، وهي كبيرة الحجم وتمتد كثيراً نحو العمق . ويجب أن تفرق تشخيصياً عن السرطانات وسفيه الخلايا والظهاروم الإسفيني Cuniculatum .

**الثآليل المسطحة الشبابية أو الفتوية Verrucae Planae Juveniles أو Plane Warts [ Besnier و Doyon ١٨٨١ ] :**

**التعريف** : انتشار مفاجيء لمئات من الثآليل المسطحة الصغيرة عند الأطفال واليافعين وأقل من ذلك عند البالغين . ( راجع الشكل ٢ — ٥ ) .

**الموجودات السريرية** : حطاطات بشروية مسطحة تماماً بقطر من ١ — ٤ ملم . تظهر على ظهر الأصابع واليدين والمعصمين وفي الأجزاء البعيدة من الساعدين ، والوجه ، وناحية اللحية بشكل خاص حيث تتم العدوى عن طريق الحلاقة ، وعلى الصدغين . وهي حطاطات مدوّرة أو بيضاوية الشكل ونادراً ما تكون مضلعة ، قليلة الوضوح بسبب لونها الرمادي أو الرمادي الضارب إلى الصفرة ، أو الأصفر المائل للبني ، سطحها قليل التقرن . وهي تأخذ على الوجه لوناً أصفراً ، فتشبه بذلك الصفرومات Xanthoma ، أو تكون بلون القهوة الضارب للبني قليلاً ، وقد تكون مائلة للون الأحمر أو حمراء بوضوح . ويشير الإحمرار أو التحول الالتهابي لهذه الثآليل عادة إلى وجود تفاعل مناعي في الجسم ضدها . إذ تشفى بعد ذلك بفترة قصيرة جداً ، ولو أن هذا التفاعل لا يحدث إلا بعد أشهر أو حتى سنوات .

**التشريح المرضي النسجي** : شواك متوسط الشدة ، وقلما نجد بعض التحلُّم ، مع فرط تقرن بسيط مترافق مع خطل تقرن . كما نجد العديد من الخلايا البالونية في القسم العلوي من الطبقة الشائكة وفي الطبقة المتقرنة . لا توجد أية تبدلات أدمية بشكل أساسي إلا أنّ الثآليل المسطحة التي هي في طور النشوء تبدي رشاحة لمفاوية شريطية حزازانية الشكل .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الحزاز المسطح الذي يتميز بحطاطات لماعة بنفسجية اللون تبدي خطوط ويكهام . وتُفرق عن الحزاز الدقيق ، وتقران النهايات الثؤلولي الشكل الذي هو عبارة عن تقران مرافق لداء داريه ، والثؤلول المثي Seborrheic Wart المشاهد عند كبار السن .

**اللقمومات المؤنفة Condylomata Acuminata :**

وتسمى بالثآليل التينية Fig Warts .

**التعريف** : هي ثآليل خمجية تظهر في ثنيّات الأغشية المخاطية ، ولها ثلاثة أشكال مختلفة :

– اللقمومات المؤنفة وهي أورام لُقمية مؤنفة ( الشكل المدرسي ) .

– اللقمومات المسطحة وهي شائعة الحدوث على عنق الرحم والقلفة .

– اللقمومات العملاقة : شكل مخرب من لقمومات عملاقة ( ورم Buschke – Löwenstein ) .

**اللقمومات المؤنفة ( الشكل المدرسي ) :**

**الإمراض** : لا بد لحدوث الخمج الحموي من وجود بنية خاصة تتميز بالرطوبة والتعطن وعيوب بشروية . ولهذا السبب نجد أن اللقمومات المؤنفة تصيب الأشخاص المصابين بتضيق في القلفة ، أو التهاب إحليل مزمن سيلاني وغير سيلاني ، أو مذح أو ضائعات مهبلية ، أو حين وجود آفة إفرنجية ثانوية ، أو أكزيمة في الناحية الشرجية ، أو التهاب مستقيم مزمن ، أو داء الأقصور Oxyuriasis . وقد أمكن تجريبياً إثبات انتقال هذه الآفة عن طريق الجنس . فالنقل التجريبي لهذه الآفة ، إلى الذراع مثلاً ، أدى بعد عدة أشهر إلى ظهور ثآليل شائعة ؛ وكما تم نقلها على شكل خيطي فقد ظهرت أيضاً على شكل خيطي . وتتراوح فترة الحضانة من٣ ــ ٦ أسابيع . ( راجع الشكل ٢ — ٦ ) .

**الموجودات السريرية** : من الشائع توضع هذه الآفة على الأعضاء التناسلية ، وتتشكل بدئياً من حطاطات صغيرة جداً بحجم رأس الدبوس ، ثم تأخذ لوناً أبيض بسبب التعطين ، وقد تأخذ لوناً مائلاً للحمرة في أحيان أخرى حيث تصبح شبيهة بالثآليل النابتة . ويزداد حجمها بالتدريج لتصبح حليمومية ، وتنمو أكثر فأكثر لتأخذ شكل القنبيط ، وقد تغطي في النهاية كامل الأعضاء التناسلية الخارجية . وتتطور هذه النابتات حيث يمكن لأغصانها أن تتفرع . ونتيجة لتعرضها للضغط من الجانبين ، فإنها تتسطح آخذة شكل عرف الديك . وإذا كانت الناحية المؤوفة جافة فإن اللقمومات تبقى جافة أيضاً وتحافظ على شكلها جيداً . وقد تتحد التشكلات الحليمومية مع بعضها

البعض فتشبه بذلك العناقيد ، وتأخذ لوناً مطابقاً للون الجلد أو لوناً لؤلؤياً مع لمعان باهت يكسوها غطاء تقرني مميز . أما إذا كانت الناحية رطبة فإنها تتعطن ويصبح لونها بلون الخزف الصيني الأبيض ، كما تصبح طرية لينة الملمس ، وتبقى أجزاؤها المتوضعة في عمق الثنيات حمراء رطبة . ويمكن أن يشمل التعطين مساحات واسعة من سطح الآفات وعند قاعدتها فتصبح نازّة ، تنبعث منها رائحة كريهة ، ثم تتنخر أخيراً . أما التوضعات المفضلة لهذه اللقمومات فهي :

عند النساء : على الشفرين الكبيرين والصغيرين وحتى مدخل المهبل . والشكل الذي يشبه القنبيط هو الشكل الأكثر شيوعاً عندهن . كما يمكن أن تشاهد داخل المهبل وعلى عنق الرحم .

عند الرجال : في الثلم الإكليلاني ، والغشاء القلفي الداخلي . وهي تأخذ شكلاً متنبتاً في الثلم الإكليلاني وتشبه الثآليل الحليمومية كثيراً ، ويصاب اللجيم بشكل شائع نسبياً وأقل من ذلك الحشفة ، وقد تظهر في صماخ البول ، وقد ترى بنيات حليمومية في الغشاء المبطن للإحليل أثناء تنظيره . ويؤدي التعطين والإنتان الثانوي إلى التهاب الحشفة وإلى تآكلات انضغاطية التهابية قد تؤدي إلى انثقاب القلفة نحو الخارج إذا كان سطحها مصاباً بشكل كامل بهذه الأورام . ومن الملفت للنظر الشبه الشديد بين هذه الآفات والسرطانة Carcinoma . وفي الناحية الشرجية والمغبنية يمكن لهذه اللقمومات أن تنضغط من الجانبين لتأخذ شكل عرف الديك . ( راجع الشكل ٢ – ٧ ) . ويجب توجيه عناية خاصة لمنع التعطين الذي يؤدي إلى زيادة نسبة الإصابة بهذه الثآليل كالمفرزات الصادرة من الشرج ( البواسير الداخلية ، التهاب المستقيم المزمن ، هبوط الشرج ، السيلان المستقيمي ، داء الأقصور ) . كما يجب الانتباه عند توضع الثآليل المخاطية في المستقيم ( فهي مصدر للنكس ) . وتشيع إصابة الجنوسيين ومرضى الإيدز باللقمومات كما يمكن أن تظهر في أماكن أخرى غير الناحية الشرجية والتناسلية ، فمثلاً قد تظهر في السُّرة أو تحت الثديين أو في الثنية الأنفية الشفوية عقب الإصابة بالمذح أو السيلان الدهني أو الإكزيمة .

**الإنذار** : بالرغم من أن اللقمومات المؤنفة تبدي تكاثراً واضحاً وقد تؤدي إلى تنكس نخري مما يذكر بالسرطانات ، إلا أنها لا تتطور أبداً نحو الخبث .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق عن اللقمومات المسطحة اللاطئة (Condyloma Lata) التي هي عبارة عن حطاطات مسطحة غير حليمومية والتي لا يمكن الفصل بينها باستخدام رأس كليل . وإن اللقمومات المؤنفة ، إذا ما تعطنت ، يمكن أن تلتبس باللاطئة ، غير أنها إذا كانت جافة فإنها لا تفرز أي مصل . كما يجب تمييز اللقمومات المؤنفة عن الفقاع النابت الذي لا تقتصر إصابته على النواحي التناسلية فقط ، بل تترافق عادة مع إصابات في الأغشية المخاطية الفموية ونواحي أخرى من الجسم ؛ علاوة إلى أنّ نابتات الفقاع النابت ليست قنبيطية الشكل . وإن وجود بثرات في محيط الآفة مع تشققات بشروية بسبب انحلال الأشواك يقود إلى التشخيص الصحيح .

**اللقمومات المسطحة Condylomata Plana :**

**التعريف** : هي عبارة عن شكل خاص من اللقمومات المؤنفة في الناحية التناسلية .

**الموجودات السريرية** : تفضل هذه الثآليل عنق الرحم ولكنها قد تصيب القلفة أيضاً . ومن الأهمية بمكان أن نعلم أن ٣٠ – ٥٠٪ من حالات خلل التنسج البدئي في عنق الرحم تحوي على مستضدات الحمة الحليمومية الإنسانية ، ويشاهد سرطان عنق الرحم في ١٠٪ من الحالات .

**اللقمومات العملاقة Condylomata Gigantea**
**[ Buscke ١٨٩٦ – Löwenstein ١٩٢٥ ] :**

**التعريف** : وُرام حليمي حموي ذو تطور ونمو مخربين يشاهد عادة في القلفة وناحية ما حول الشرج .

**الإمراض** : تسمح البيئة الرطبة بشكل خاص بالإضافة إلى حالة نقص المقاومة عند المرضى بالتطور السريع لهذه اللقمومات العملاقة .

**الموجودات السريرية** : تتطور كتل ورمية من اللقمومات العملاقة بسرعة فائقة في ناحية القلفة وما حول الشرج . تغزو هذه الأورام الأجسام الكهفية وقد تؤدي إلى انثقاب القلفة وجلد جسم القضيب . ويندر تطور هذه الآفات نحو الخباثة ، إلا أن المعالجة الموضعية بالبودوفيللين قد تؤدي إلى تبدلات موضعية توحي بحدوث الخباثة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن اللقمومات المسطحة اللاطئة C. Lata التي تكون لاطئة أو مسطحة ، ولا تأخذ شكلاً حليمومياً . واللقمومات العملاقة ذات صلة وثيقة بالورام الحليمي الفموي الوردي الذي يصيب الغشاء المخاطي الفموي ، وبالورام الحليمي الجلدي السرطاوي (Gottron) المشاهد في أسفل الساقين ، وبالظهاروم الإسفيني الذي يتوضع في أخمص القدمين . ( راجع الشكل ٢ – ٨ ) .

## الثآليل المخاطية Mucosal Warts :

وتميز لها ثلاثة أشكال سريرية :

– الثآليل المخاطية المنفردة .
– الثآليل المخاطية المنتثرة .

- الأورام الحليمية الحنجرية .

**الثآليل المخاطية المعزولة :**

ويمكن أن تصيب الشفاه ، واللسان ، ولجيم اللسان ، والأغشية المخاطية لباطن الخدين .

**الثآليل المخاطية المنتشرة :**

**الموجودات السريرية :**

وتسمى بالورام الحليمي الفموي أيضاً . وتتصف بظهور حطاطات صغيرة ثؤلولية الشكل ، لونها مائل إلى الأبيض ، تتوضع داخل ناحية الفم وقد يصل تعدادها إلى المائة . وتختلف مدة الإصابة بها وقد تتطور نحو الشفاء العفوي خلال أشهر أو سنوات .

**التشخيص التفريقي** : فرط التنسج الظهاري البؤري ( داء Heck ) وداء كودن Cowden الذي تحدث فيه أورام ثؤلولية الشكل صغيرة الحجم في ناحية الفم وعلى الوجه ( قد تكون أورام غمد الشعرة Trichilemmomas ) . وقد تبين وجود حمات حليمومية في هذه الآفات غير قابلة للتمييز عن الحمات الحليمومية الإنسانية من الناحية الشكلية . لكنه لم يتم العثور على حمات حليمومية إنسانية بطريقة تهجين الدنا DNA . ومما يدخل في التشخيص التفريقي أيضاً الوحمة المخاطية البيضاء ( الوحمة الإسفنجية البيضاء ) ، التي تتوضع في الأغشية المخاطية الفموية ، أو الأنفية أو المهبلية أو الشرجية . وهي لا تشفى عفوياً ويبدو فيها تبدلات مجهرية تتوافق مع فرط التقرن الحال للبشرة .

**ثدن البشرة الثؤلولي الشكل Epidermodysplasis Verruciformis [ Lewandowsky و Lutz ١٩٢٢ ] :**

*المرادفات* : داء الثآليل المعمم .

**التعريف** : مرض نادر يتميز بحدوث ثآليل ناجمة عن الحمات الراشحة ، وهي ثآليل عديدة الأشكال واسعة الانتشار ، شبيهة بالثآليل المسطحة الفتوية ، وقابلة للتحول نحو الخباثة .

**الإمراض** : لوحظ وجود قصة عائلية في أكثر من $\frac{1}{3}$ الحوادث مع كون الأبوين أقارب . وحدوث تخلف عقلي . ولقد تم وصف شكلين لهذه الآفة : شكل سليم تسببه الحمة HPV3 ويتظاهر بأورام حليمية مسطحة ، وشكل يحمل ضمن طياته إمكانية التحول باتجاه الخباثة وتسببه الحمات HPV ٥ و ٨ .

**الموجودات السريرية** : تظهر التبدلات الجلدية منذ الولادة أو في سن الطفولة . وتبدو هذه الآفات على شكل حطاطات حزازانية ثؤلولية الشكل . ومن الصفات المميزة لهذا الداء هو أن اندفاعاته تظهر على النواحي المعرضة للضياء بشكل مستمر كظهر اليدين والوجه . لكنها قد تصيب المناطق الأخرى غير المعرضة للضياء المستمر كالراحتين والأخمصين والحفرتين الإبطيتين والأعضاء التناسلية الخارجية . ولا تصاب الأغشية المخاطية في هذا الداء . وقد تتصل الثآليل ببعضها البعض وخاصة على المرفقين والركبتين والجذع . ومن الموجودات السريرية الواضحة حدوث الانتشار والامتداد الهائلين لهذه الاندفاعات الثؤلولية . وتكون الآفات على الوجه والجذع مسطحة ، لونها مائل للبني والأصفر ، وهي تتوسف فتشبه بذلك النخالية المبرقشة .

**السير** : تخضع بعض الآفات للتحول الخبيث . فقد نجد حالات تتطور فيها الآفات باتجاه داء بوفن أو السرطانة وسفيه الخلايا . ويجب عدم استعمال الأشعة السينية أو فوق البنفسجية للمعالجة لأنهما قد يحرضان على التحول الخبيث .

**معالجة الثآليل :**

يجب أن لا تكون المعالجات الموجهة للثآليل عنيفة ، ذلك لأنها أورام حليمية حموية تعتبر من الأخماج المؤقتة . والأهم من ذلك أن لا تخلف المعالجة أية ندبات . والاستثناء الوحيد لهذه القاعدة هو وجوب استئصال الأورام الحليمية الخاضعة للتبدل الخبيث حين الإصابة بثدن البشرة الثؤلولي الشكل .

تختلف طريقة المعالجة حسب نوع الثآليل وعددها وحجمها وتوزعها ، وعلى الخبرة الشخصية ، مع الأخذ بعين الاعتبار رغبات المريض بطريقة معينة من العلاج . ويوصى على العموم بالمعالجات المحافظة بسبب الشفاء العفوي الذي تخضع له الثآليل .

**المعالجة الجراحية** : تُزال الثآليل الشائعة المفردة بمجرفة أو مكشطة حادة بالاستعانة بالتجميد بكلور الإيتيل أو التخدير الموضعي .

**عروة الإنفاذ الحراري أو التخثير الكهربائي** : نفس الطريقة المتبعة بالمكشطة الحادة مع أخذ الحذر الكافي لإمكانية حدوث الندبات . وتعتبر اللقمومات المؤنفة أهم استطباب للمعالجة بالتخثير الكهربائي .

**الاستئصال الجراحي تحت التخدير الكامل** : نادراً ما ينصح بها ، وذلك لمعالجة الثآليل الأخمصية والنكس فيها شائع .

**التجميد بالآزوت السائل** : المبدأ الأساسي للجراحة القرّية Cryosurgery هو إحداث حويصل تحت البشرة مما يؤدي إلى إزالة الثؤلول ، ويجب فتح الحويصلات المتوترة بعد عدّة أيام . وكقاعدة عامة يحدث الشفاء دون ندبات ، وتختلف مدة التجميد باختلاف حجم وعمق الثؤلول .

**حلّ القرنين Keratolysis** : تناسب هذه الطريقة معالجة الثآليل

الشـائعة فقط . وينصح بالمعالجة المشـتركة في معالجة الثآليل مفرطة التقرن وخاصـة الأخمصية منها . مثلاً : تعطى المعالجة نصف المحافظة بتطبيق شريط لاصق حاوٍ على حمض الصفصاف ( بنسبة ≈ ٦٠٪ ) يطبق لمدة ٤٨ ـ ٩٦ ساعة تزال بعدها الكتلة المتقرنة باستخدام المقص أو المشـرط ، ثم يطبق مرهم خاص لعلاج الثآليل مرتين يومياً ( مثل : الأنترالين ٠,٥ ـ ١ حمض الصفصـاف ١٢,٥ ، البـارافين ٢,٥ والفـازلين حتى ٥٠ غ ) والذي ينصح بتغطيته بشريط مرن ( يوجد الشريط اللاصق لحماية الجلد الطبيعي ) . ومن المراهم الأخرى نذكر فورمالدهيد أو ٢٠٪ من الزئبق النشـادري **Ammoniated Mercury** . يعاد تطبيق الشريط اللاصق الحاوي على حمض الصفصـاف بعد عشـرة أيام ثم يتم دهن المرهم السـابق مرة أخرى . وتتوفر أنواع مختلفة من المحاليل والطلاءات الحاوية على حمض الصفصاف الحال للقرنين أو الذرّاح **Cantharidin** . وقد تستغرق المعالجة أسابيع أو أشهراً .

**٥ ـ فلوروراسيـل وحمض الصفصـاف** : تتم المشـاركة بين ٥ ـ فلوروراسيـل كعنصر مثبط للتكـاثر الخلوي مع حمض الصفصاف الحال للقرنين . وتعتبر الثآليل الشائعة استطباباً لهذه المعالجة . يُركب العلاج على شكل محلول حاوٍ على ٠,٥٪ من ٥ ـ فلوروراسيـل و ١٠٪ من حمض الصفصـاف . ويدهن بهذا المحلول ٢ ـ ٤ مرات يومياً . وتعتبر هذه الطريقة متوسطة الفعالية وقليلة التأثيرات الجانبية إذا كانت الآفة محدودة .

**البودوفيـللين** : تعتبر اللقمومات استطباباً مناسباً لهذه الطريقة العـلاجيـة ، حيث يطبق محلول البـودوفيـللين الغولي بنسبة ٢٠ ـ ٢٥٪ مرة واحدة في الأسبـوع لمعـالجـة اللقمـومـات التناسلية . ويجب ألا تزيد مساحة السطح المؤوف المعالج عن ٨ ـ ١٠ سـم² في الجلسـة الواحدة وذلك لتجنب حدوث التـأثيـرات الجـانبيـة النـاجمـة عن الامتصـاص والانسمام بالبودوفيللين . وينصح بغسل الناحية بالماء العادي بعد ٣ ـ ٦ ساعات لتجنب حدوث التهاب الجلد الانسمامي .

**العناصر الموسّفة** : تناسب هذه الطريقة معالجة الثآليل المسطحة الشبـابيـة ( الفتوية ) حيث يستخدم التريتينيون **Tretinion** ، فيتـامين آ الحامضي ( **All – Trans – Retinoic Acid** ) كمحلول أو رهيم أو هلام وبتركيز مقداره ( ٠,٠٥٪ ) مرة أو مرتين في اليوم عند الإصابة بالثآليل المسطحة على الوجه .

ومن العنـاصر الموسّفة الأخرى حمض الصفصـاف بنسبة ٢٪ ، الريزورسـين كمحلول غولي ٢٪ ، أو معجون الزنك الريزورسيني بنسبة ٥ ـ ١٠٪ مرة واحدة أو مرتين في اليوم لمعالجة الثـآليـل المسطحـة الفتوية ، أو محلول فابري **Fabry** ( الفينول السـائل ١ ، ريزورسـين ٢ ، حمض الصفصـاف ٢ وإيتانول ٦٠٪ حتى ١٠٠ ) .

**المعالجة الكيميـائيـة الضوئية** : وذلك بتطبيق ٨ ـ ميتوكسي بسورالين بتركيز ٠,١٥٪ على شكل محلول ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجيـة . وبشكـل عام فإن الثآليل تشفى إذا حدث تفاعل ضيائي انسمامي فقاعي .

**المعالجةالنفسيـة أو المعالجة بالإيحـاء** : هذه الطريقة جديرة بالتجريب في الثـآليل الشائعة والمسطحة عند الأطفال ، وتتم المعالجة بالإيحاء بوصف المحاليل الصباغية « عصير الحلزون » كشراب سكري لزج أو باستخدام خلاصات نباتية ( **Thuja Occidentalis D6** ) عن طريق الفم ١٥ نقطة ٣ مرات يومياً قبل الطعام لعدة أسابيع ) ، أو أن يطلى الصباغ الحقيقي لخلاصة **Thuja Occidentalis** .

**المعالجة الشعاعية** : لا تتوفر في الثآليل الشروط اللازمة للمعالجة الشعاعية ناهيك عن النتائج السـلبية البعيدة الأمد الناجمة عن هذه المعالجة . ولذلك يحرم استخدام هذه الطريقة بالرغم من أنها فعّالة جداً .

**الماء السـاخن** : يمكن تطبيق الماء السـاخن حتى درجة ٥٢° مئوية لمعالجة الثآليل المفردة الكبيرة على الأطراف أو الشفة .

**العنـاصر الموقفة لتكاثر الحُمات الراشحة** : لا توجد عوامل موقفة لنمو الحمات ذات تأثير إيجابي في معالجة الثآليل ، ولقد عدّلت هذه الطريقة باستخدام ٥ ـ فلوروراسيل .

**تدابير إضافية** : يجب تحقيق استجابة وعائية مناسبة باستخدام العلاجات الموضعية الموسعة للأوعية ، أو باستخدام الجوارب المُدَفِّئة والقفازات والأحذية المناسبة في حالة زراق النهايات . ويجب السيطرة على البيئة المناسبة لانتشار الخمج الحموي . ويتضمن ذلك معـالجة المفرزات المهبلية وفرط التعرق ويجب استخدام الطـلاءات المجففـة أو تطبيق القطن المعقـم أو إجراء الختان ... إلخ للحدّ من حدوث النكس وبشكل خاص بالنسبة للقمومات . كما يجب معالجة آفات المستقيم ( بواسير داخلية ، التهاب المستقيم المزمن ، داء المبيضات البيض ، داء الأقصور ، السيلان المستقيمي ) . وعندما تكون اللقمومات مقتصرة على الناحية الشرجية فيجب معالجة الآفات البدئية المستبطنة جميعها ( المفـرزات الجرثوميـة ، الأدواء الفطرية ) مع الأخذ بعين الاعتبار حالة تثبيط المناعية أو متلازمة عوز المناعة المكتسب . كما يجب معـالجة الزوج الآخر وبآن واحد وخاصـة في حالة اللقمومات بسبب كثرة النكس .

**تدابير مختلفة** : يجب معـالجة اللقمومات المتوضعة في الحفرة الزورقيـة أو عميقـاً في الإحليـل من قبل اختصـاصي بالمجاري البولية . كما يجب إجراء فحص نسائي كامل للقضاء على الثآليل

أو اللقمومات المتوضعة داخل المهبل ، وتفحص الناحية الشرجية للغاية نفسها . والجنوسيون هم أكثر من يعاني من لقمومات داخل الشرج . وقد تحتاج اللقمومات الشديدة الانتشار في الناحية البولية – التناسلية إلى معالجة سريرية وربما تحت تأثير التخدير قصير الأمد ، ويمكن استخدام أشعة الليزر بنجاح .

هذا ويجب عدم استئصال أو تجريف الثآليل الأخمصية لأنها تؤدي إلى حصول ندب مؤلمة بالضغط . ويجب مراقبة المصابين بشدن البشرة الثؤلولي الشكل باستمرار حتى يتم استئصال الآفات الورمية باكراً ما أمكن . ويبدو أن الإنتريتينات والإيزوتريتينون يحملان آمالاً جديدة لهؤلاء المرضى باعتبار أن هذه الثآليل تراجعت عندما عولجت بهذا الدواء الحديث ، غير أن مدة الهجوع غير معروفة .

## أمراض أخرى شبيهة بالثآليل :

### فرط التصنع الظهاري البؤري Focal Epithelial Hyperplasia [ Archad و Heck و Stanley ١٩٦٥ ] :

ويسمى بداء هيك . وهو عبارة عن فرط تصنع بشروي ثؤلولي الشكل يتوضع في الأغشية المخاطية الفموية عند الأطفال وخاصة عند الهنود الأمريكيين .

**الحدوث** : يغلب حدوثها عند الأطفال واليفعان وخاصة عند الهنود الأمريكيين وقاطني أمريكا الجنوبية ، وكثيراً ما توجد قصة عائلية .

**الأسباب** : هي حطاطات ثؤلولية الشكل أشبه ما تكون بالثآليل الشائعة . وباستخدام التقنية الحديثة لتهجين الـ DNA ثم الكشف عن وجود DNA الحمات الحليمومية الإنسانية رقم ١ في إحدى الآفات وبعدها تم كشف HPV – 13 وأحد أشكالها الفرعية ، وحتى الآن تم الكشف عن وجود الـ DNA لـ HPV – 13 في جميع الآفات الفموية مما يفترض كونها مسؤولة عن هذا الاضطراب .

**الموجودات السريرية** : حطاطات متعددة ثؤلولية الشكل ، بلون مخاطية الفم ، تميل للالتصاق ببعضها البعض ، تتوضع على الأغشية المخاطية للفم والشفاه . وقد تبقى هذه الآفات على حالها لأشهر أو لسنوات . ويبدو أنه لا يحدث تحول نحو الخباثة .

**التشريح المرضي النسجي** : شواك Acanthosis مع وجود خلايا رائقة في القسم العلوي من البشرة بالإضافة إلى تَحَلُّم Papillomatosis خفيف وخطل تقرن .

**المعالجة** : وتكون باستئصال الآفات تحت التخدير الموضعي إذا اضطررنا إلى ذلك .

### المليساء المُعْدية Molluscum Contagiosum [ Bateman ١٨١٧ ] :

**المرادفات** : الظهاروم المعدي – الثآليل الانطباعية .

**العامل الممرض** : إن الحُمَة الخاصة بالمليساء المُعْدِية عبارة عن حمة مكعبية الشكل من نوع الـ DNA . وهي لا تنتمي لمجموعة الحمات الحليمومية الإنسانية المسببة للثآليل ، وإنما تنتمي لمجموعة الحمات الجدرية . تصيب البشرة فقط وحجمها كبير نسبياً فأقطارها حوالي ٢٤٠ × ٣٢٠ نانومتر .

**فترة الحضانة** : من أسابيع إلى أشهر . ( راجع الشكل ٢ – ٩ ) .

**طريق العدوى** : تنتقل الآفة من إنسان إلى إنسان آخر . والمستودع الحقيقي للحمة غير معروف تماماً . وتدخل الحمة إلى الجلد عبر تفرق اتصال بشروي أو بطريقة غير مباشرة بواسطة الملابس والمناشف والمحارم .

**الموجودات السريرية** : عقيدات قاسية شبيهة باللآلىء مع انطباع صغير في القمة ، لذا سميت بالثآليل الانطباعية ، تظهر هذه العقيدات على جلد سليم وترتكز عليه بقاعدتها العريضة . تكون وحيدة أو متعددة وتتوضع على شكل خطي أحياناً ( ظاهرة كوبنر الكاذبة ) ، لونها أبيض أو أصفر أو زهري شاحب . إذا ضغطت من جانبيها بواسطة ملقط يخرج من مركزها كتلة بيضاء دهنية الشكل . وإذا ما فحصت هذه الكتلة تحت المجهر تبين وجود بُنيات بيضوية الشكل شبيهة بالخلايا البشروية ، لونها متجانس ، عديمة النواة ، تدعى بأجسام المليساء ، وهي عبارة عن خلايا بشروية مصابة بالحمة الراشحة . وقد تكون الإصابة وحيدة الاندفاع ، ولكنها في العادة آفات متعددة ذات أحجام مختلفة يتجاوز عددها أحياناً عدة مئات .

وبالرغم من أن المليساء المُعْدية قد تحدث في أي سن إلا أنها تكثر عند الأطفال واليفعان وأكثر النواحي عرضة للإصابة هي الوجه والعنق والأجزاء العلوية من الجسم : الذراعين ، الحفرتين الإبطيتين والحفرتين المرفقيتين ، والناحية التناسلية الشرجية . والآفات الصغيرة منها شبيهة بالدُّخينات ، ونادراً ما تكون اندفاعاتها مُسَوَّقة ( المليساء المعدية المسوَّقة ) أو عملاقة ( المليساء المعدية العملاقة ) . وقد تجتمع اندفاعاتها مع بعضها لتشكل ما يشبه عنقود العنب . كما قد تتعرض اندفاعاتها للالتهاب في حال المقاومة المناعية أو عندما تتلوث بالعوامل المقيحة الممرضة . وقد تكون آفاتها حاكة بشدة مما يؤدي إلى تزايد عددها بسبب العدوى الذاتية الناتجة عن الحكة . ويمكن الكشف عن وجود مستضدات للحمة في الخلايا البشروية

المصابة ، وعن وجود أضداد جوّالة مضادة لهذه المستضدّات عند ٩٠٪ من المرضى وذلك باستخدام تقنيات الومضان المناعي . ويمكن للاندفاعات الخاصة بالمليساء المعدية أن تنتشر على شكل دخني عند المضعفين مناعياً مثل الأطفال المصابين بابيضاض الدم أو متلازمة ويسكوت – الدريش – Wiscott Aldrich والبالغين المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب ( الإيدز ) ، وكذلك كلُّ من يتناول الأدوية الموقفة للخلايا والكورتيزونات بمقادير عالية نوعاً ما لفترة مديدة . كما قد تتطور مئات من هذه الاندفاعات بشكل خاص في النواحي المعالجة موضعياً بمراهم الكورتيزون ( نقص مناعة موضع ) عند مرضى الإكزيمة المزمنة والإكزيمة التأتبية ، وتدعى هذه الحالة عندئذ بالإكزيمة المليسائية .

**التشريح المرضي النسجي** : المليساء المُعْدية عبارة عن شوكوم ظهاري Epithelial Aconthoma . تتألف بنيته الأساسية من فصيصات تتفرق بعضها عن بعض بواسطة نسيج ضامٍّ أدمي يتوزع بشكل شعاعي ، فيشبه بذلك البرتقالة التي تقسم بشكل معترض . وتحتوي الفصيصات الشبيهة بالأكياس على خلايا بشروية مصابة بالحمة . وتتراكم أعداد كبيرة من الخلايا الأسسة فوق خلايا الطبقة القاعدية الاسطوانية الشكل والخلايا الشائكة ، يزداد حجم هذه الخلايا التي تحتوي في داخلها على جسيمات اندخالية ( حمات راشحة ) مع وجود الـ DNA في هيولاها دافعة بالنواة ، التي تصبح ذات شكل شوكي أو نجمي ، باتجاه جدار الخلية . أما في المستحضرات اللطاخية فتبدو الخلايا المتبدّلة كأجسام المليساء . وبالإضافة إلى ذلك هناك خلايا غير حاوية على أجسام المليساء في طبقة الخلايا الشائكة تخضع للتطور السويّ لحدثية التقرن ، ويتوضع بينها كثير من الخلايا ذات الاستحالة البالونية الحاوية على الحمات في الطبقة المتقرنة حيث تأخذ شكلاً بيضاوياً . ( راجع الشكل ٢ – ١٠ ) .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الدخينات ، والأورام الكيسية الناشئة على حساب الغدد العرقية ، والثآليل الشائعة .

**المعالجة** : تعصر العقيدات باستخدام ملقط ذو نهايات معقوفة وتزال بمجرفة حادة ، وربما بعد شقها بالمشرط . ويمكن السيطرة على النزف باستعمال محلول كلور الحديد $FeCl_3$ ، ثم يتم تطبيق المطهرات . ويكفي أحياناً تغطية الآفات بلاصق طبي يحوي على حالات القرنين وخاصة عند الأطفال . وقد يضطر الأمر لإجراء معالجة سريرية تحت التخدير الموضعي إذا كانت الآفات كثيرة العدد ، وخاصة عند صغار الأطفال . ويمكن كي بعض هذه الآفات بالآزوت السائل .

## الأمراض الناجمة عن حمة الحلأ البسيط

## Herpes Simplex

تؤدي حمة الحلأ البسيط إلى أمراض تصيب الجلد والأغشية المخاطية . وبالرغم من أن لهذه الحمات ميول شاملة إلا أنها ذات انحياز اختياري للجهاز العصبي . ويعتمد الإنذار على عمر المريض وعلى الإصابة المجموعية الثانوية . وهناك فرق بين الإصابة البدئية والإصابة الثانوية . قد يصاب الجلد والأغشية المخاطية والعينان والجهاز العصبي المركزي . وهناك حالات معممة قد تصاب فيها جميع أجهزة الجسم تقريباً . وقد يحدث خمج حلئي عند حديثي الولادة غالباً ما يكون مميتاً . ومن الشائع حدوث التهاب الفم واللثة الحلئي ذي السير الشديد عند الأطفال، بينا تكثر حالات الحلأ البسيط الناكس عند البالغين. تنجم الأخماج الحلئية عن حمة الحلأ البسيط التي تتواجد دوماً وفي كل مكان . وثمة نموذجان لهذه الحمة ( نموذج ١ و ٢ ) .

تحدث الإصابة الأولى غالباً في سن الطفولة ، وتمر عادة بشكل غير ملحوظ ويمكن الكشف عن حدوثها بزيادة الأضداد المتماثلة تركيبياً . وينجم النكس في الحلأ البسيط عن آليات أو عوامل محرضة مثل التعرض لأشعة الشمس ( الحلأ البسيط على الشفاه ) ، والرضوح أثناء المصارعة مثل على ذلك ( الحلأ البسيط عند المجالدين ) . وغالباً ما تؤدي الأخماج المرافقة لدرجة الحرارة إلى الإصابة بالحلأ البسيط الشفوي ( حويصلات الحرارة ) .

*الحلأ البسيط التناسلي والسرطانة التناسلية* : تكثر سرطانات عنق الرحم عند النساء المصابات بأخماج حمة الحلأ البسيط . إذ تحدث سرطانة النواحي التناسلية عند ١٨٪ من النساء اللواتي يشتكين من الأخماج التناسلية بحمة الحلأ البسيط فيحدث خلل تنسج في عنق الرحم وسرطانات عنق الرحم الموضعة والغازية بنسبة تزيد عن أربع مرات في النساء المصابات بالحلأ التناسلي مقارنة بالنساء غير المصابات به . وهناك دلائل أخرى تشير إلى الميول السرطانية لحمة الحلأ البسيط :

١ – تحدث الإصابة بهذه الحمة ( وخاصة HSV-2 ) على حدود البشرة الانتقالية ، المكان الذي تكثر فيه أورام عنق الرحم .

٢ – تُبدل الحمة HSV-2 الخلايا في المستنبتات الخلوية وهي مسرطنة لأنواع مختلفة من الحيوانات .

٣ – يمكن الكشف عن أضداد حمة الحلأ البسيط وعن DNA الحمة والـ RNA الناسخ في سرطانات عنق الرحم . وتجري الآن دراسة العلاقة بين سرطان عنق الرحم الناجم عن حمة الحلأ البسيط من النموذج ٢ ومستضد الكريات البيضاء

الإنساني (HLA) ، وذلك بالمقارنة مع العلاقة السببية بين حمة الحلأ البسيط في الموثة وسرطان الموثة .

**الوقاية** : وتكون بواسطة اختبارات اللطاخات الخلوية Papanicolaou عند النساء اللواتي يشتكين من الحلأ البسيط التناسلي الناكس .

**العامل الممرض** : حمة الحلأ البسيط عبارة عن حمة محبة للنواة من نوع الدنا (DNA) . وهي تنتمي لزمرة الحمات الحلئية إلى جانب حمة الحلأ النطاقي وحمة أبشتاين بار والحمة المضخمة للخلايا ، ويتراوح قطرها بين ٩٠ – ١٥٠ نانومتر ويمكن أن نميز لها نموذجين : ( راجع الشكل ٢ – ١١ ) .

*حمة الحلأ البسيط نموذج ١ (HSV1)* : وهي السلالة التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية وتشكل بؤراً صغيرة على الغشاء المشيمي اللفائفي وتتميز بفوعة صغيرة في الفئران .

*حمة الحلأ البسيط نموذج ٢ (HSV2)* : وهي السلالة التي تصيب الناحية التناسلية وهي أكثر النماذج وجوداً . وتصيب النواحي التناسلية والنواحي الأليوية وتشكل بؤراً كبيرة على الغشاء المشيمي اللفائفي ، وهي أكثر فوعة في إحداث الأخماج التناسلية عند الفئران .

يتم تمييز هذين النموذجين بطرق الومضان المناعي . ولا تقتصر إصابات الحلأ البسيط من النموذجين ١ و ٢ على النواحي المذكورة ؛ فإن الممارسة الجنسية الفموية تؤدي إلى حدوث أخماج في نواحٍ أخرى .

**فترة الحضانة** : وتمتد من يومين إلى سبعة أيام .

**الوبئيات** : غالباً ما تحدث الإصابة الأولى في سن الطفولة الباكرة قبل سن الرابعة من العمر . وأكثر من ٦٠٪ من المصابين بالحمة يبقون حملة لها مدى الحياة . ولقد ازداد معدل الحاملين للحمة بسبب ازدياد معدل الإصابة بها وهي تبلغ الآن حوالي ٨٥٪ من البالغين و ٩٠٪ من كبار السن . وتنتقل العدوى عن طريق الرذاذ والتماس مع مفرزات الاندفاعات ( الولادة ، التقبيل ، الجماع ) . ويعتبر الإنسان المستودع الوحيد لهذه الحمة . وتدخل الحمة عبر الأذيّات الصغيرة في الجلد والأغشية المخاطية للجهاز البولي التناسلي والجهاز الهضمي وملتحمة العين ، وقد تنتقل الإصابة من الأم لجنينها عن طريق الدم ، وهناك خطر خاص لدى انتقال الخمج من الأم إلى وليدها أثناء الولادة .

**الإمراض** : تعتمد طبيعة التظاهرات السريرية على حالة المناعة للشخص المصاب ، ويبدأ تشكل الأضداد بعد الإصابة البدئية غير الملحوظة . ومع ذلك يبدو أن جسم الإنسان لا يتخلص من حمة الحلأ البسيط ، وإنما تبقى عناصرها موجودة في الجسم على شكل خمج هاجع مستمر طيلة الحياة . وإذا لم يتمّ التمنيع فإن الحمة تدخل الجسم عبر أذية صغيرة في الجلد أو الأغشية المخاطية وتؤدي إلى الإصابة البدئية المميزة ( حويصلات حلئية الشكل ، قلاع ) ، ويتلو ذلك دخول الحمة إلى الدم . ويبدو من المحتمل أن تنتقل هذه الحمات عبر الأعصاب وكذلك من خلية إلى أخرى . وتؤشر الزيادة في تفاعل ارتباط المتممة إلى حدوث الخمج البدئي بحمة الحلأ البسيط . وتبقى عيارات أضداد هذه الحمة ثابتة طوال الحياة . وقد يحدث النكس في الحلأ البسيط دون أن تنخفض عيارات الأضداد في الدم . ويحدث انخفاض في عيار الأضداد المتعلقة بالحمة ( V. antibodies ) ولكن ليس على حساب الأضداد S ( ويرمز بـ S للأضداد المنحلة ) ، حيث أن الأضداد S تنخفض قبل حدوث النكس .

ويبدي كثير من الناس استعداداً للإصابة بالحلأ البسيط الناكس ، والنكس قد ينجم عن عدوى ذات مصدر خارجي أو بسبب العوامل الممرضة التي تؤدي إلى تفعيل الداء الهاجع باعتبار أنه لا يمكن الكشف عن حمة الحلأ البسيط في الفترات التي يكون فيها الإنسان خالياً من الأعراض الخاصة بها . فربما تكون الحمة موجودة في الجسم على شكل الدنا ، فإذا ما تعرضت الدنا للعوامل المحرضة فإن ذلك يؤدي إلى إنتاج حُمات ذات فوعة إمراضية . وهناك نظرية أخرى تفترض أن الحمات الحلئية البسيطة تتواجد في العقد الخلفية للنخاع الشوكي وتهاجر على طول الأعصاب الحسية إلى الناحية الموافقة من الجلد أو الأغشية المخاطية وذلك بعد تعرضها للعوامل المحرضة .

**الجدول ٢ – ٣ : الأخماج الأولية والثانوية الناجمة عن حمة الحلأ البسيط**

| الخمج الأولي | الخمج الثانوي |
|---|---|
| التهاب الفم واللثة الحلئي ( التهاب الفم القلاعي ) | الحلأ البسيط<br>الحلأ البسيط الناكس |
| الداء القلاعي الشكل لبوسبيشل – فيرتر | الحلأ البسط التناسلي |
| التهاب الفرج والمهبل الحلئي | الحلأ البسيط التناسلي الناكس |
| التهاب الدماغ والسحايا الحلئي | التهاب القرنية والملتحمة الحلئي الراجع |
| الإنتان الحلئي عند حديثي الولادة | الإكزيمة الحلئية |
| الإكزيمة الحلئية | |
| التهاب القرنية والملتحمة الحلئي | |
| الحلأ البسيط البدئي | |

## الأخماج البدئية بحمة الحلأ البسيط Primary HSV Infections :

### التهـاب الفـم واللثـة الحـلئي Gingivostomatitis Herpetica :

*المرادفات :* التهاب الفم القلاعي ، التهاب الفم التقرحي .

**التعريف :** خمج بدئي شـائع بحمـة الحلأ البسيط ، يصيب الأطفـال واليفعان . ويتميز الداء بسير حاد وظهور تبدلات حويصـلية قلاعية في الغشـاء المخاطي للفم يترافق مع أعراض عامة .

**الموجودات السريرية :** الأطفال الصغار أكثر عرضة للإصابة وأقل من ذلك يصيب الرضّع والشباب . تتم العدوى عن طريق الرذاذ أو التماس مع أشخاص مصـابين بآفات حموية أخرى ، ويمكن أن يؤدي إلى هجمـة وبـائيـة ( في المشـافي ورياض الأطفال ) .

بعـد فـترة حضـانة تتراوح بين ٢ ـ ٧ أيام يحدث ترفع حروري مترافق مع أعراض وصفيـة في تجويف الفم ( التهاب الفـم التقرحي ) ، وبالإضـافة إلى أعراض بدئية مثل التعب والهيـاج ، تحدث أعراض عامة مثل الترفع الحروري والدعث والإقياء والتشنج مع علامات التهاب اللثة وغشاء باطن الفم ، يتلو ذلك حدوث توذم واحمرار التهابي مؤلم في الغشاء المخاطي للفم مع رائحة فم كريهة وفرط إفراز اللعاب يرافقها صعوبة في تنـاول الطعـام ، إضـافة إلى تشكـل عدد كبير من القرحات القلاعية النموذجية ( من ٢٠ ـ ٥٠ قرحة ) ، وتتوضع بشكل خاص في القسم الأمامي من جوف الفم . تبدأ هذه القرحات على شكل اندفاعات حويصلية ، وهي سطحية دائماً ، وتعف عن اللوزتين ، وكثيراً ما تترافق الحالة مع توذم مؤلم في العقد اللمفاوية الناحيّة . ( راجع الشكل ٢ ـ ١٢ ) .

**السير :** تتوالى الأعراض بسرعة وتخمد خلال أسبوع واحد . وفي حالات نادرة قد تصـاب الشفـة العليـا وفوهتي الأنف والأصابع ( الداحس الحلئي ) .

**الإنذار :** جيد بشكل عام ، وهناك اختلاط شديد هو التهاب السحايا والدماغ الحلئي ، لكنه نادر .

**التشخيص :** البداية الحادة للمرض مع التهاب فم ولثة وقرحات قلاعية الشكل كثيرة العدد عند الأطفال بشكل خاص ، ونادراً عند الشباب الذين لم يعانوا في سوابقهم من الحلأ البسيط .

**المعالجة :** عرضية ومضادة للحمات .

*جهازياً :* يمكن إعطاء الأسيكلوفير (Zovirax) كدواء موقف لتكـاثر الحمات . ويمكن إعطاؤه وريدياً أو عن طريق الفم ، ويؤدي إلى نتائج إيجابية . تبلغ الجرعة للبالغ ٢٠٠ ملغ خمس مرات يوميـاً ، ولمدة من ٥ ـ ١٠ أيام . وإذا استخدم العقار بشـكـل مديد لمنع حدوث النكس فيعطى بمقدار ٢٠٠ ملغ ثلاث مرات يومياً لعدة أشهر . أما إذا كان سير الداء شديداً فيمكن إعطاء الصادات واسعة الطيف لتلافي حدوث الخمج الجرثومي الثانوي . كما يمكن إعطاء الأدوية المضادة للالتهاب ما عدا الستيروئيدات . ويفيد أيضاً إعطاء الأدوية المنشطة للمناعة مثل ( الإيزوبرينوزين Isoprinosine ) .

*موضعيـاً :* تستخـدم غسـولات فمـوية ( بالتـتراسيكـلين ، المطهرات ) كما تطبق الملونات ذات السواغ المائي ( بنفسجية الجنسيان بنسبة ٠,١ ـ ٠,٣٪ ) والمسكنات ( الكسيلوكائين على شكل محلول أو هلام ) .

### الداء القـلاعي الشكل لبوسبيشـل ـ فيرتر Aphthoid Pospischill – Feyrter [ Pospischill : ١٩٢١ و Feyhrter ١٩٣٨ ] :

**التعريف :** مرض نادر ، يشابه أو يماثل الخمج البدئي بحمة الحلأ البسيط إذا كان الشخص غير ممنع ضـد هذه الحمـة سـابقاً ، لذلك يمكن اعتباره التهاب فم ولثة حلئي ، لكنه ذو سير حاد شـديد . ويحدث عند الأطفـال المضعفي المنـاعة بشكل تالٍ للسعـال الديكي والحمى القرمزية والحصبـة الألمانية والحماق والحصبة والنكاف .

**الجدول ٢ ـ ٤ : الأمراض الناجمة عن الخمج بحمة الحلأ البسيط وتوضعاتها**

| التوضع | اسم المرض | النموذج الرئيسي للحمة HSV |
|---|---|---|
| الجلد | الحلأ البسيط | ١ |
| | الحلأ التناسلي الأليوي ( في توضعاته الجلدية | ٢ |
| | الإكزيمة الحلئية الشكل | ١ |
| الأغشية المخاطية | التهاب الفم واللثة الحلئي | ١ |
| | الداء القلاعي الشكل لبوسبيشل ـ فيرتر | ١ |
| | التهاب الفرج والمهبل الحلئي | ٢ |
| | الحلأ التناسلي ( على الأغشية المخاطية ) | ٢ |
| العين | التهاب القرنية والملتحمة الحلئي | ٢ |
| الجهاز العصبي المركزي | التهاب الدماغ والسحايا الحلئي | ١و٢ |

| الداء المتعمم | الإنتان الحلئي عند حديثي الولادة | ٢ ونادراً ١ |
|---|---|---|

**الموجودات السريرية** : يعتبر وصفياً إصابة الجلد والأغشية المخاطية الفموية والناحية التناسلية بوقت واحد ؛ حيث يحدث حلأً بسيط حول الفم وعلى الأغشية المخاطية الفموية مما يؤدي إلى مظهر التهاب الفم واللثة الحلئي وقد تظهر حويصلات قلاعية الشكل على النهايات .

**الأعراض** : صحة المريض العامة سيئة ، الصورة السريرية مشابهة لخمج الحلأ البسيط البدئي عند البالغين المضعفين مناعياً ( مثال : مرضى ابيضاض الدم والأورام ، الإيدز ) . وإن الانتشار المحيطي المترقي للآفات الجلدية يعتبر علامة تشخيصية هامة .

**المعالجة** : وتكون كمعالجة التهاب الفم واللثة الحلئي والحلأ البسيط علاوة على إعطاء المسكنات والأدوية المضادة للالتهاب . ويجب إعطاء الأسيكلوفير Acyclovir الموقف لنمو الحمات الراشحة في الحالات الشديدة . ويعتبر إعطاؤه عن طريق الوريد العلاج الأمثل ، كما يمكن إعطاء منشطات المناعة مثل الإيزوبرينوسين Isoprinosine .

## التهاب الفرج والمهبل الحلئي Vulvovaginitis Herpetica :

**التعريف** : يشبه التهاب الفرج والمهبل الخمج البدئي بحمة الحلأ البسيط ومع ذلك يمكن أن يحدث على شكل خمج ثانوي ( التهاب الفرج والمهبل الحلئي الناكس ) ، تصاب عادة الطفلات أو النساء اليافعات بالخمج البدئي .

**الموجودات السريرية** : مثل التهاب الفم واللثة الحلئي ، يبدأ المريض بدور بادريّ غير مميز يتبعه ظهور حالة حمويّة حادة تترافق بأعراض عامة كالدعث والترفع الحروري والإقياء . يصبح الفرج التهابياً أحمر اللون ، مؤلماً مع توذم شديد واندفاعات حويصلية منتشرة تأخذ أحياناً توزعاً حلئي الشكل ، ويكون محتواها رائقاً في البدء ثم يتعكر فيما بعد . قد تصاب الأجزاء القريبة من المهبل وحتى عنق الرحم في بعض الأحيان ، وتشفى الحالة بعد تشكل القرحات والجلبات (Scabs) .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الحلأ البسيط الناكس في الناحية الفرجية المهبلية ، القرح اللين ، قرحة الفرج الحادة .

**المعالجة** :

*جهازياً* : يعطى الأسيكلوفير عن طريق الوريد ولمدة خمسة أيام .

*موضعياً* : المعالجة عرضية ، تعالج الأغشية المخاطية كما في التهاب الفم واللثة الحلئي . ويعالج الجلد كما نعالج الحلأ البسيط .

## الإنتان الحلئي عند حديثي الولادة Herpes Sepsis of the Newborn :

**التعريف** : الإنتان الحلئي نادر جداً ، لكنه أشد الأشكال بعد التعرض الأول لحمة الحلأ البسيط . ويشاهد عند حديثي الولادة فقط ، والخدّج منهم بشكل خاص . ويحدث بشكل مطلق تقريباً عن طريق العدوى من الوالدة إما بالطريق الصاعد بعد تمزق الأغشية الأمينوسية أو عن طريق التماس أثناء الولادة بالأعضاء التناسلية للوالدة . ونادراً ما يحدث بسبب العدوى لإصابة الأعضاء غير التناسلية للوالدة أو عبر الجهاز التمريضي . تظهر التبدلات الجلدية عند ٥٠٪ فقط من المصابين ، وهي تشبه الاندفاعات عند البالغين والتي تأخذ شكلاً حلئياً ، وفي أغلب الأحيان لا يوضع التشخيص الصحيح ظناً أن الآفة مجرد قوباء فقاعية أو التهاب أجربة شعرية . يحدث تعمم الحمة وانتشارها ويترافق مع أعراض عامة شديدة عند ٧٥٪ من حديثي الولادة المصابين : ترفع حروري أو انخفاض في الحرارة ، التململ والوسن والإقياء ونقص الشهية . الإنذار سيء جداً في حالات انتشار الحمة التي يمكن أن تعزل الحمة فيها من جميع أجهزة الجسم ، حيث يموت أكثر من ٦٠٪ منهم ، كما يعاني أكثر من ٢٠٪ منهم من عقابيل الداء الدائمة . هذا ويعزى ٧٥٪ من الحالات للنموذج ( ٢ ) من حمة الحلأ البسيط HSV2 والباقي للنموذج ( ١ ) منها . والإنذار سيء في النموذجين ، وتعادل نسبة إصابة الخدج ٤ أمثال إصابة الأطفال غير الخدج .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح من ٣ – ٦ أيام تظهر اندفاعات الحلأ البسيط على الجلد ، ويتطور التهاب الفم واللثة الحلئي أو التهاب القرنية والملتحمة الحلئي علاوة على داء معمم شديد يتظاهر بترفع حروري ، وزلة تنفسية ، مع ضخامة كبدية طحالية ، ويرقان مع ميل للنزف وأعراض دماغية . وغالباً ما تحدث الوفاة خلال أسبوع بسبب الوهط الدوراني الشديد .

**الوقاية Prophylaxis** : إن نسبة إصابة الوليد تتراوح بين ٤٠ – ٦٠٪ لدى وجود الإصابة الوالدية ، ولذا يجب إجراء الاستقصاءات السريرية الروتينية التالية :

١ – النساء اللواتي يشكين من حلأ بسيط مثبت بالتشخيص .

٢ – النساء اللواتي شكين في سوابقهن من الحلأ البسيط التناسلي .

٣ – النساء اللواتي شكى أزواجهن من إصابة سابقة بالحلأ البسيط .

٤ – النساء اللواتي شكين في وقت ما من حلأ بسيط في الجزء

السفلي من البدن ( تحت مستوى الخاصرتين ) حيث تكثر الإصابة بالحلأ البسيط التناسلي .

وتتضمن الاستقصاءات الأخرى ، الفحص السريري وإجراء زرع للحمات في لطاخة مأخوذة من عنق الرحم والمهبل في الأسابيع ٣٢ – ٣٤ – ٣٦ من الحمل . وتجرى بعد ذلك أسبوعياً . هذا وينصح بإجراء الولادة بالعملية القيصرية إذا ما أثبتت هذه الفحوص وجود حمة الحلأ البسيط في الأسابيع ما قبل الولادة أو عند الولادة وذلك قبل تمزق الأغشية الأمينوسية أو خلال ٤ – ٦ ساعات من تمزقها . أما إذا ما مضى أكثر من ٦ ساعات على تمزق الأغشية الأمينوسية فلا يعود إجراء القيصرية واجباً لأنها لا تقي الوليد عندئذ من الإصابة بالحلأ البسيط .

**الإنذار** : أفضل عند حديثي الولادة من غير الخدّج .

**المعالجة** : يجب إعطاء الأسيكلوفير بالوريد مشتركاً مع الغاما غلوبولين والمصل المفرط التمنيع . كما يعتبر مهماً إعطاء المصل المفرط التمنيع لكل من الوليد والوالدة عند الولادة وقائياً . ويجب عدم السماح للممرضات المصابات بالحلأ البسيط بالعمل في قسم الولادة . أما موضعياً فيعالج كما في التهاب الفم واللثة الحلئي والحلأ البسيط .

### الإكزيمة الحلئية Eczema Herpeticum [ Juliusberg ١٨٨٩ ] :

( راجع الشكل ٢ – ١٣ ) .

*المرادفات* : الاندفاع الحماقي الشكل لكابوزي – البثار الحاد الحماقي الشكل لجوليوسبورغ .

**الحدوث والإمراض** : وهي تعمم لخمج الحلأ البسيط عند المصابين بالإكزيمة المزمنة وخاصة التأتبية منها ، وعلى الجلد المعالج مديداً بالكوتيزونات . وتحدث الإكزيمة الحلئية عادة كخمج بدئي بحمة الحلأ البسيط ، لكنها قد تحدث على شكل خمج ثانوي . وسواء كانت بدئية أم ثانوية ، فالبدء يكون مفاجئاً ، حاداً لكن سيره ألطف وأقصر مدة . مصادر العدوى هم المصابون بحمة الحلأ البسيط . ويحدث الخمج بهذه الحمة في النواحي المصابة بالتبدلات الإكزيمية وخاصة عند الأطفال المصابين بالإكزيمة التأتبية ، حيث تساعد التبدلات الجلدية السطحية الإكزيمية على دخول الحمة إلى الجسم . أما انتشارها التالي فيحدث إما بانتقال الحمة من خلية إلى أخرى أو عن الطريق الدموي – اللمفاوي . وقد تأخذ الإكزيمة الحلئية شكل خمج بدئي عند الأطفال . تكون العدوى إما من البيئة من الأطفال الذين يحملون الطفل مثلاً ( العدوى الغيرية ) أو أن الطفل نفسه يكون مصاباً بالحلأ البسيط ( على الشفاه مثلاً ) ثم تنتقل الحمة بالعدوى الذاتية إلى نواحي الجلد الإكزيمية .

وتؤدي المعالجة المديدة بالستيروئدات الموضعية إلى زيادة فرص إصابة هذا الجلد بحمة الحلأ البسيط . كما تزداد نسبة الإصابة بالإكزيمة الحلئية عند المرضى المعالجين بالستيروئيدات عن الطريق العام والخارجي معاً وكذلك لدى المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب ( الإيدز ) .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض بشكل حاد ودون أعراض منبئة وذلك بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ – ٧ أيام . ويتميز الداء بوجود أعراض عامة ( صداع ، ترفع حروري ، تعب ) مع ظهور اندفاعات حويصلية مسررة منفصلة بعضها عن بعض ومتناظرة ، يصل حجمها إلى حجم حبة العدس وذلك على الجلد المصاب بالإكزيمة . وتظهر الاندفاعات على شكل هجمات ذات شكل سريري واحد ، يتعكر محتوى الحويصلات وتنفتح تاركة مكانها تآكلات نزفية . والمناطق الأكثر إصابة هي الوجه والعنق وتمتد الاندفاعات باتجاه الأطراف العلوية والجذع .

**الأعراض** : تترافق الاندفاعات الجلدية مع ترفع حروري مستمر لمدة تتراوح بين ٨ – ١٠ أيام ثم تنخفض الحرارة بعد ذلك . وقد يختلط الداء بوذمة في الأجفان أو إسهال ، أو ذات رئة وقصبات أو أعراض دماغية أيضاً .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق عن الأكزيمة اللقاحينية .

**المعالجة** :

*جهازياً* : العقارات الموقفة لنمو الحمات مثل الأسيكلوفير (Zovirax) مفيدة جداً ، وتتم الحاجة أحياناً إلى جرعات عالية ولمدة تزيد عن الخمسة أيام . وإذا ما اشتبه بوجود خمج جرثومي ثانوي فيجب إعطاء الصّادات واسعة الطيف وحقن المصل المفرط التمنيع **Hyperimmune** ويمكن إعطاء الستيروئيدات داخلاً في الحالات الشديدة فقط . ومن المهم جداً مراقبة الدوران الدموي .

*موضعياً* : تطبق الوسائل المجففة مثل المطهرات سريعة التجفيف والصادات ( محلول الزنك مع الكليوكينول بنسبة ٠,٥ – ١٪ Vioform ) . وتفيد الصادات المشرّبة بالبرمنغنات أو سلفات الزنك والنحاس . ويجب عدم استعمال المراهم ذات السواغ الزيتي .

### الحلأ البسيط الجلدي البدئي Primary Herpes Simplex of the Skin :

**التعريف** : ويتصف بوجود اندفاعات حويصلية منتشرة وكثيرة مع أعراض نموذجية على الوجه والنواحي التناسلية عند الإناث ، وتعتبر هذه الاندفاعات تظاهرة سريرية للخمج البدئي . ( راجع الشكل ٢ – ١٤ ) .

## الأخماج الثانوية بحمة الحلأ البسيط Secondary HSV Infections :

### الحلأ البسيط والحلأ البسيط الناكس :

*المرادفات* : نفاطة الحرارة ، قرحة البرد .

**التعريف** : هو أكثر التظاهرات شيوعاً للإصابة الثانوية بحمة الحلأ البسيط إذا كانت الحالة المناعية مضعفة . وكثيراً ما يحدث النكس بين فترة وأخرى في نفس مكان الإصابة .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ – ٥ أيام تبدأ الإصابة بحس موضع بالحكة وتوتر الأنسجة وأحياناً بالألم ، يتلو ذلك ظهور اندفاعات وذمية محمرة يتراوح حجمها بين حبة العدس وحبة الفاصولياء مع حس وخز مُمَيَّز ، ثم تظهر الحويصلات المسررة إما بشكل إفرادي أو على شكل مجموعات حلقية الشكل . وتكون هذه الحويصلات قريبة من بعضها بحيث تتوضع على شكل حلقات متراكزة . يتراوح حجم الحويصل بين حجم رأس الدبوس وحبة الأرز ويكون محتواها رائقاً ثم يتعكر فيما بعد . وتنفجر الحويصلات تاركة وراءها تآكلات قشرية مؤلمة . وتعتبر الناحية حول الفم وخاصة الشفاه أكثر النواحي إصابة بالحلأ البسيط الناكس ( الحلأ البسيط الشفوي ) . ( راجع الشكل ٢ – ١٥ ) . تجف الحويصلات تاركة جلبات سمراء اللون ، نزفية ، تتساقط بعد عدة أيام وتتراجع الحمامى المتبقية دون تندب مؤدية إلى الشفاء الكامل بعد ٨ – ١٠ أيام . وقد يحدث ألم خفيف وتوذم في العقد اللمفاوية النّاحيّة قد يتكون الحلأ البسيط من اندفاعات كثيرة ويأخذ سيراً شديداً على الرغم من أن هذا ما يحدث عادة في الخمج البدئي . وفي هذه الحالات الشديدة يزداد عدد وحجم الحويصلات وتترافق مع ألم وضخامة في العقد اللمفاوية الناحية . وقد يؤدي الحلأ البسيط الشفوي الشديد إلى حدوث تندّبات مسطحة انكماشية . ويمكن رؤية هذه الصورة السريرية للحلأ البسيط في أي مكان من الجسم . ويشاهد بشكل خاص على فوهتي الأنف والوجنتين وصيواني الأذن والأجفان والملتحمة والقرنية Herpes Corneae . وكثيراً ما نرى اندفاعاته على الأليتين . ويجب تمييزه عن الحلأ التناسلي . وقد يصاب كامل الفرج بالحويصلات الحلقية عند الإناث . أما عند الذكور فيمكن أن تتوضع حويصلاته على الحشفة والثلم التاجي والقلفة وجسم القضيب . ( راجع الشكل ٢ – ١٦ ) . وليس من النادر حدوث الحلأ البسيط على ظهر الأصابع واليدين . وكثيراً ما تتوذم العقد اللمفاوية الناحية وتصبح مؤلمة ، وتترافق الحالات الناكسة بترفع حروري . أما في جوف الفم فيتوضع على اللسان وغشاء باطن الخد وتكون الحويصلات قصيرة العمر إذ تتمزق بسرعة تاركة خلفها تآكلات قلاعانية الشكل ذات حلقات متراكزة ، منفصلة أو متصلة ، لونها مائل للأصفر ، قطرها يصل إلى عدد ميليمترات . ( راجع الشكل ٢ – ١٧ ) ويمكن لحمة الحلأ البسيط أن تنتقل بواسطة عوامل مختلفة ، ويفترض أنها تبقى في الجلد أو الأعصاب القريبة منه بعد الإصابة بحيث يمكن للآليات المحرِّضة الداخلية أو الخارجية أن تُفعِّل هذه الحمات الهاجعة . ويمكن للحلأ البسيط الرضّي Herpes Gladiatorum أن يتلو التغيرات الفيزيائية أو وضع المواد الكيمياوية المخرشة الناجم عن المعالجات السيئة . ( راجع الشكل ٢ – ١٨ ) .

ويتطور الحلأ الحُمِّي H. Febrilis خلال سير الأمراض الحمويّة وخاصة إذا كان ارتفاع الحرارة مفاجئاً ( ذات الرئة ، الحمى القرمزية ) . ويعاني كثير من النساء من الحلأ الطمثي ( قبل أو أثناء الطمث ) . وأخيراً هناك عدد من المواد الكيمياوية المحرضة للحلأ البسيط منها أول أكسيد الكربون CO والزئبق Hg .

ويعتبر الحلأ البسيط الناكس تظاهرة خاصة عندما يحدث في فواصل زمنية منتظمة وفي نفس المكان ، كأن يظهر الاندفاع على نفس الأصبع أو في الناحية التناسلية . وقد تتطور وذمة ثابتة في الأنسجة المصابة بعد مرات من النكس وبالتالي يظهر انسداد في الطرق اللمفاوية ناجم عن الالتهاب . وفي النهاية يحدث تورم في الأنسجة الطريَّة المصابة : الفيل البلدي Elephantiasis Nostras . أما الحلأ البسيط الثابت التقرحي فيظهر عند المرضى المضعفين مناعياً بشكل ثانوي ( مثل ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن ، وعوز المناعة المكتسب ) .

وقد يؤدي الحلأ البسيط الشفوي أو الفموي أو التناسلي إلى آفات تقرحية مزمنة أو ثابتة ويكثر حدوث الخمج الثانوي في الحلأ البسيط .

*الحلأ المتقوبىء* : تصبح الجلبات أكثر سماكة وطراوة وعندها يمكن للقوباء أن تنتشر إلى مسافة أكبر من الحلأ البسيط أو تنتشر إلى نواحي أخرى من الجسم بشكل مستقل عن الحلأ البسيط .

**التشخيص** : الصورة السريرية نموذجية ، وتتألف من احمرار التهابي وحويصلات حلقية الشكل أو تآكلات مؤلمة على شكل حلقات متراكزة . ويبين اختبار تزانك Tzank المجرى على لطاخة مأخوذة من قاعدة الحويصلات وملونة بلون غمزا Giemsa وجود خلايا بشروية عملاقة عديدة النوى وخلايا بالونية منحلة الأشواك ، وهذه بدورها تشير إلى وجود خمج حُمَويّ .

**إظهار الحمة بالمجهر الألكتروني** : يتم الكشف عن الحمات الراشحة بطريقة التلوين السلبي ، وهي أبسط وأسرع طريقة

ممكنة . يوضع المصل المأخوذ من الحويصلات على صفيحة زجاجية ويمدد ليشكل لطاخة حيث يترك ليجفّ في الهواء العادي ( ويمكن إرسالها بالبريد ) . ثم يعاد تعليق هذا المصل الجاف على الصفيحة الزجاجية التي توضع بعد ذلك على الصفيحة المعدنية المثقبة في المجهر الألكتروني ، ويتم تلوينها بسرعة بواسطة حمض الفسفور التنغستيني Phosphotungstic A. ، وعندئذ يمكن رؤية الحمات الراشحة وبسرعة فائقة . ويمكن تمييز هذه الحمات بناءً على حجمها ومميزاتها السطحية . ولكن لا يمكن بهذه الطريقة التميز بين الأنواع المختلفة للحمات الداخلة ضمن زمرة الحمات الحلئية . ( راجع الشكل ٢ – ١٩ ) .

**الدراسة النسيجية لمادة الخزعة وبواسطة المجهر الألكتروني :** تطبق هذه الطريقة لغايات علمية بحتة حيث توجد بؤر من الخلايا النخرية في أعماق طبقة مالبيكي وهي الخلايا البشروية البالونية ، حيث تتميز بوجود وذمة داخل وبين الخلايا مع جزيئات من الحمة الراشحة . وتوجد كريات بيضاء هاجرة من الأدمة داخل الحويصلات . وتقدم بعض المخابر الخاصة وسائل تشخيصية باستخدام المجهر الومضاني .

**تنميط الحمة الراشحة Virus Typing :** يمكن التعرف على الأضداد المضادة للحمات الراشحة وعلى عياراتها المتبدلة من خلال اختبار تعديل الحُمات وتفاعل ارتباط المتممة والتفاعلات التصالبية بين HSV.2, HSV.1 . وقد ثبت عدم فائدة تفاعلات التحوصب .

تعتبر الدراسة بالمجهر الومضاني طريقة سريعة ونوعية ومتوفرة في الوقت الحاضر . وتعتمد هذه الطريقة على استخدام مصل مضاد للحمة ونوعي لنموذجها وموسوماً بالفلوريسين . يتفاعل مع المستضد الحَموي في اللطاخة الموضوعة على الشريحة الزجاجية . ويمكن تحديد نوع الحمة الراشحة بسرعة وبسهولة باستخدام المجهر الومضاني .

**عزل الحُمة الراشحة Virus Isolation :** تؤخذ لطاخة من الآفات المشتبه على أنها حلأ بسيط وتوضع في محلول ملحي فيزيولوجي أو في وسط خاص ناقل ( يمكن إرسالها بريدياً ) . وفي المختبر تنقل هذه المادة عن طريق تلقيحها للأرانب أو الفئران أو الأغشية المشيمية اللفائفية لأجنة الدجاج ، أو وضعها في المستنبتات الخلوية . ويمكن تلقيح هذه الحمات داخل الصفاق أو الدماغ أو المهبل عند الفئران البيضاء . وبعد إلقاح هذه الحمات للأغشية المشيمية اللفائفية فإنها تؤدي إلى تشكل بؤر خمجية تدعى باللويحات . ويمكن التمييز بين النمطين 1 و 2 لحمة الحلأ البسيط HSV بشكل تقريبي اعتماداً على اختلاف شكل هذه اللويحات ، حيث أن النمط 1 من الحمة ينمو على شكل ارتشاحات صغيرة دائرية ، بينما تكون ارتشاحات النمط 2 أكبر ومعتمة . وكذلك فإنه بعد تلقيح المستنبتات الخلوية بالحمات الراشحة ، تؤدي التأثيرات الخلوية الإمراضية لهذه الحمات إلى تشكل لويحي عن طريق تخريب الخلايا المصابة .

**التشخيص التفريقي :** ويعتمد على توضع الآفة والطور الذي تمر فيه . ويجب التفكير بالتهاب الشفتين الزاوي عند توضع الآفة على الصوارين . وفي كثير من الأحيان يصعب تمييز الحلأ النطاقي عن الحلأ البسيط وبخاصة إذا كانت الآفة كبيرة نوعاً ما ومتوضعة على الخدين أو الأليتين ، وفي هذه الحالة يتم التمييز بينهما بواسطة زرع الحمة الراشحة . وتبدي القوباء الفقاعية حويصلات قيحية دون توضع دائري متراكز ، ويؤدي القلاع الفموي إلى تقرحات دائرية كبيرة نسبياً ، قاعدتها ذات لون مائل للأصفر ، بينما يكون الحلأ البسيط الفموي على شكل مجموعات متوضعة على شكل حلقات متراكزة . ويجب التفكير بالقرح اللين لدى إصابة النواحي التناسلية . وفي تقرح الفرج الحاد تكون القرحات القلاعية ذات توضع إفرادي . يلتبس الحلأ البسيط الناكس على لب الأصابع أو في الطيات الظفرية مع الدواحس القيحية . ويؤدي شق الداحس الحلئي إلى نشر الخمج .

**المعالجة :** هناك معالجة مضادة للحمات ومعالجة عرضية .

*جهازياً :* حتى وقتنا الحاضر لا يوجد لقاح واقٍ من الحلأ البسيط . وتبدو المعالجة بالأسيكلوفير عن طريق الفم ناجحة ولكنها لا تمنع النكس بشكل مطلق . ويمكن إعطاء محرضات المناعة (Isoprinosine) أو الاستمرار في إعطاء الأسيكلوفير عن طريق الفم بمقادير صغيرة في الحلأ البسيط الراجع .

*موضعياً :* طالما أن الحويصلات لم تظهر بعد ، فيمكن استعمال المستحضرات القابضة موضعياً ( معاجين أكسيد الزنك الحاوية على الفينول بنسبة ١٪ ) . وقد تم الحصول على نتائج جيدة بالتطبيق السريع لقطن مغمس بالإيتر أو الأسيتون ( قابل للاشتعال ) عدة مرات يومياً . كما أن استعمال المستحضرات الحاوية على الستيروئيدات القشرية السكرية ، مثل الكريمات أو المعاجين أو المحاليل ، ذات فائدة خاصة في الحلأ البدئي ، حيث أنها تخفف من الالتهاب وتقصر أمد الداء بشرط أن تستخدم فقط في المرحلة البدئية للآفة .

ويجب عدم استعمال المراهم أو المراهم الدهنية في مرحلة الحويصلات لأنها تؤدي إلى اشتداد الحالة وتؤهب لحدوث الخمج الثانوي . لذا ينصح بمسح الآفة بالمحاليل الغولية ، أو المحاليل سريعة التجفيف والحاوية على الصادات أو المطهرات ( محلول ٠,٥٪ إلى ١٪ كليوكينول أو الفيوفورم ) . أما المراهم الحاوية على الصادات أو المطهرات فيجب ألا تستعمل إلا بعد

تشكل الجلبات حيث أنها تلينها .

وهناك العديد من العناصر الموقفة لنمو الحمات الراشحة تطبق موضعياً وهي تحتوي على الإيدوكسوريدين Idoxuridine أو فيدارابرين Vidarabrine أو ترومانتادين Tromantadine ،و لكن لم تثبت فعاليتها بشكل مطلق . كما أنه من الشائع حدوث تفاعل تحسسي بالتماس وخاصة لدى تطبيق الترومانتادين ويجب أن نأخذ هذا بعين الاعتبار عندما نعالج حلأ بسيطاً مضافاً إليه التهاب جلد حاد بالتماس . وينصح بالتعطيل أو الإبطال الضوئي في الحلأ البسيط الناكس والإكزيمة الحلئية وذلك بتطبيق المحاليل الصباغية ( حمرة الكونغو ، زرقة الميتلين ، Neutral Red ) أو بتطبيق الأشعة فوق البنفسجية UVA . غير أن اختلاط النتائج التي حصل عليها بتطبيق هذه المعالجة جعلها غير مثبتة بعد ؛ بالإضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار إمكانية وجود دور مسرطن لها . ويمكن تجريب الليزر في المعالجة الموضعية للحلأ البسيط الناكس ، وكذلك فإن الأسيكلوفير يساعد موضعياً على تسريع الشفاء .

**الحمامى عديدة الأشكال والحلأ البسيط الناكس :**

عند العديد من المصابين بالحلأ البسيط الراجع ، يمكن أن تتطور حمامى عديدة الأشكال بعد ٥ ــ ١٤ يوماً من الإصابة بالخمج الحلئي ( وخاصة الحلأ البسيط الشفوي ) متوضعة بشكل خاص على ظهر اليدين ، وأجزاء من الساقين والقدمين ، وبشكل نادر على الجذع . وقد تتوافق هذه الاندفاعات التي كثيراً ما تنكس في الخريف والربيع مع ما يسمى بالحمامى عديدة الأشكال السنوية . وقد ترافق هذه الحالة مع التوعك والحمّى . وقد تصاب الأغشية المخاطية للفم والناحية التناسلية وأحياناً الملتحمة . ويظن أن الحمامى عديدة الأشكال إنما تتلو الحلأ البسيط عن طريق تفاعل مناعي ( حمامى عديدة الأشكال التالية للحلأ البسيط ) .

## الأمراض الناجمة عن الحُمة الحماقية ــ النطاقية

## [Diseases Caused by Varicella – Zoster Virus]

الحمة الحماقية ــ النطاقية ( زمرة الحمات ــ $\alpha$ ) عبارة عن جزئيات بيضوية أو دائرية الشكل يتراوح قطرها بين ١٥٠ ــ ٢٠٠ نانومتر . ويمكن رؤيتها فقط باستخدام المجهر الضوئي ، لكنها تُرى بشكل أفضل بالمجهر الألكتروني . وتبدي المتعضيات المستخلصة من آفات الحماق والحلأ النطاقي شكلاً بنيوياً متطابقاً ، كما تبدي نفس التفاعلات الحيوية مما يؤكد أن المرضين كليهما ناجمين عن حمة واحدة . وهذا ما يفسر تأهب الكبار للإصابة بالحلأ النطاقي عند تماسهم مع طفل مصاب بالحماق ، أو تأهب إصابة الطفل بالحماق عند تماسّه مع كهل مصاب بالحلأ النطاقي ، أو إصابة شخص ما بالحلأ النطاقي بالعدوى من شخص آخر مصاب به . ولذا يجب عدم وضع مريض مصاب بالحلأ النطاقي في حجرة واحدة مع مريض ما مصاب بنقص المناعة البدئي أو الثانوي بسبب الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب أو تناول الأدوية المثبطة للمناعة أو المعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية لفترة طويلة . وفيما عدا ذلك يعتبر الحلأ النطاقي قليل السراية .

وعلى ضوء الأبحاث الحديثة فإن الحماق يعتبر التظاهرة البدئية للإصابة بالحمة الحماقية ــ النطاقية عند شخص ليس لديه أضداد تجاهها . وبالرغم من أنّ الداء يؤدي إلى مناعة شديدة إلا أنّ الحمة يمكن أن تبقى في العقد العصبية مدى الحياة . أما الحلأ النطاقي فينجم إما عن عدوى حديثة بالحمة المذكورة أو بسبب إعادة تفعيل الحمات الهاجعة لدى نقص المناعة الجزئي ، تماماً كما يحدث بالحلأ البسيط . وإن فرضية نقص المناعة الجزئي تعلل تحدد الإصابة موضعياً بفرع عصبي واحد ولدى البالغين في أغلب الأحيان .

وهناك داء شبيه بالحماق يتطور على شكل حلأ نطاقي معمم عندما يكون هناك مرض أولي يؤدي إلى درجة معقولة من نقص المناعة مثل لمفوم هودجكن أو ابيضاض الدم ، أو اللمفومات الخبيثة ، أو متلازمة عوز المناعة المكتسب ، أو عند المرضى الذين يتناولون الأدوية المثبطة للمناعة ، أو مثبطات الخلايا أو الأدوية الكورتيزونية لفترة طويلة . وإن الإصابة بالحلأ النطاقي يترك بعد شفائه مناعة دائمة مدى الحياة . وهناك إصابات بالحلأ النطاقي ذات سير طويل الأمد وأخرى ناكسة نشاهدها عند عدد قليل من المرضى ، نضرب مثلاً عليهم المصابون بالإيدز .

**الحماق Varicella [ أو Chickenpox ] :**

**التعريف** : هو عبارة عن خمج بدئي بالحمة الحماقية النطاقية عند الأشخاص غير الممنّعين يتظاهر على شكل حويصلات تتوضع على سطوح حمامية في الجلد والأغشية المخاطية .

**الحدوث** : هو مرض الأطفال بشكل عام ولكنه قد يصيب البالغين أيضاً ومضعفي المناعة . وهو شديد السراية .

**الإمراض** : تتم العدوى عن طريق التماس مع محتويات الحويصلات أو عن طريق الرذاذ المنقول بالهواء ( من هنا أتت التسمية الألمانية Windpocken ) . وينتج عن الإصابة بالداء مناعة دائمة بشكل عام .

**الموجودات السريرية** : فترة الحضانة ١٤ يوماً وكثيراً ما تكون أطول من ذلك . وهو يصيب الأطفال عادة ، غير أنه يمكن أن يصيب الكبار إذا لم يسبق لهم الإصابة به وهم أطفال ( حماق البالغين ) ، حيث يكون سيره عند البالغين أكثر شدة ومصحوباً بأعراض بادرة مثل الصداع والإقياء والترفع الحروري العالي نوعاً ما ، وكثيراً ما يترافق مع ذات الرئة الحماقية . أما عند الأطفال فلا يترافق مع تلك الأعراض البادرة وربما يحدث عندهم توعك خفيف وترفع حروري متوسط الشدة .

**الطفح Exanthem** : تظهر بقع حمامية على كامل الجسم وعلى الرأس والجذع بشكل خاص . تتطور هذه البقع إلى حطاطات صغيرة ثم تتحول خلال ساعات قليلة إلى حويصلات ذات جدر رقيقة جداً يتراوح قدّ الواحد منها بين ١ – ٣ ملم ، وكثيراً ما تكون أكبر من ذلك . يكون محتوى الحويصلات رائقاً ، وتحاط عادة بهالة حمراء . يستمر الاندفاع لعدة أيام مع ظهور حويصلات جديدة . يتعكر محتوى الحويصلات القديمة وتتحول إلى جلبات . يختلف عدد هذه الاندفاعات فقد تكون قليلة جداً وقد يتجاوز عددها المئات . وكثيراً ما تصاب الفروة حيث تظهر الحويصلات الأولى عادة . ولذا يجب فحص الفروة دوماً عند الاشتباه بوجود الحماق . قد تعف الاندفاعات عن الوجه لكنها تملؤه في العادة . وهي تعف بشكل مطلق تقريباً عن اليدين والقدمين . تكون الاندفاعات بأعمار مختلفة وهذا ما يعطي الحماق شكله السريري المتنوع والمميز .

وعندما ينتهي الطور الطفحي فإن هذه الحويصلات تجف تاركة وراءها جلبات بنية اللون ، وهي ما تدعى بالتريس Scutula . تلتصق الجلبات بالجلد التصاقاً شديداً وتتساقط بعد مدة تتراوح بين ٢ – ٣ أسابيع دون أن تترك أية ندبات ما لم يحدث عليها اختلاط ما أثناء سيرها . ونظراً لأن هذه الاندفاعات شديدة الحكة أحياناً فإنها كثيراً ما تترافق مع تقوبؤ ثانوي ناجم عن الخمج ، وعندها يمكن للحويصلات المتقوبئة أن تخلف ندبات انطباعية جدرية الشكل تشاهد بشكل خاص على الوجه والوجنتين . ( راجع الشكل ٢ – ٢٠ ) .

*الأغشية المخاطية* : تصاب الأغشية المخاطية دوماً . وأكثر المناطق إصابة في الفم هي الحنك الصلب وغشاء باطن الخد حيث تظهر انتكالات صغيرة متفرقة مغطاة بلون مائل للأصفر . وتحاط هذه الاندفاعات عادة بهالة حمراء ضيقة . ويفيد فحص جوف الفم لوضع التشخيص في الحالات غير الواضحة . وقد تظهر بعض الحويصلات في الملتحمة والحنجرة والأغشية المخاطية التناسلية . ( راجع الشكل ٢ – ٢١ ) .

**الأعراض** : هناك ترفع حروري خفيف خلال سير الداء . وباستثناء الحكة التي قد تكون شديدة في بعض الأحيان ، فإن الحالة العامة للمريض لا تتبدل ولا تتضخم العقد اللمفاوية . وتبدي الدراسة المخبرية نقصاً في الكريات البيض متوسط الشدة مع تبدلات لا نوعية في البول .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف المجهر الضوئي عن وجود حويصلات مغطاة بطبقة بشروية رقيقة مع بؤرة التنخر المميع في الخلايا البشروية ، وتنكّس بالوني على حساب الخلايا القاعدية والخلايا المتوضعة مباشرة فوق الخلايا القاعدية حيث تشكل بالونات كبيرة حاوية على نوى متعددة ( الخلايا البشروية العملاقة ) . وقد تبدي النوى وجود جسيمات اندخالية حمضة مستطيلة الشكل . أما الحويصلات فتكون عديدة الحجيرات في البدء ثم تصبح وحيدة الحجرة بعد تخرب الأغشية الهيولية المتبقية . الحويصلات ممتلئة بنتحة مصلية ليفية وخلايا عدلة ( مفصصة النوى ) ، كما نجد أحياناً التهاب أوعية قد يكون نخرياً يصيب الأوعية المتوضعة في الحليمات الأدمية والأدمة الشبكية .

*السير* : حسن بشكل عام وتحدث الاختلاطات بشكل استثنائي فقط إلا أن التقوبؤ الثانوي للآفات شائع جداً وقد يحدث التهاب سحايا ودماغ سليم بعد ١٠ أيام من البدء . وقد تحدث بعض العقابيل عند البالغين عادة كذات الرئة اللا نموذجية والتهاب العضلات والأذن والتهاب الكلية والتهاب النُّقي الحاد .

**التشخيص** : يمكن إظهار الحمات الراشحة بطريقة التلوين السلبي وباستخدام المجهر الألكتروني . وتبدو على شكل جزئيات تتراوح أبعادها بين ١٥٠ – ٢٠٠ نانومتر . وتساعد هذه الطريقة في وضع التشخيص السريع وخاصة في الحالات التي يكون فيها سير الداء غير نموذجي عند البالغين . وهي لا تحتاج إلا لساعة واحدة من الزمن لإجرائها . أما الكشف عن الحمات الموجودة في مصل الحويصلات في مستنبتات الخلايا الجنينية المولدة لليف فتحتاج إلى مدة تتراوح بين ٨ – ١٤ يوماً . وليس لتفاعل ارتباط المتممة قيمة تشخيصية هامة وذلك لسرعة انتشار الحمة الراشحة بين الناس ولوجودها الدائم في البيئة . أما اللطاخة المأخوذة من قاع الحويصلات على طريقة تزانك Tzank فتمكننا من رؤية الخلايا البشروية البالونية المنحلة الأشواك مع خلايا بشروية عملاقة عديدة النوى ، والتي تحتوي في نواها على جسيمات اندخالية حمضة .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الشرى الحطاطي الطفلي Strophulus Infantum الذي لا يترافق بترفع حروري ولا يصيب الأغشية المخاطية . أضف إلى ذلك أن الطفح الجلدي فيه أشبه بالاندفاعات الشروية . أما الجدري فلا يمكن الخلط بينهما أبداً بسبب شدة الداء وبالمظهر السريري النموذجي المتميز

بالبثرات المسرّرة . وبالنسبة للداء الجُدَراني Vorioloid فتمييزه صعب جداً لاندفاعاته الحويصلية اللانموذجية ، وعلى كل حال يمكن رؤية الخلايا البالونية العملاقة لدى دراسة اللطاخة ، وأهم طريقة للتفريق بينهما هي الفحص بالمجهر الألكتروني . وبالحقيقة فإن الجدري لا يشكل مشكلة تشخيصية في هذه الأيام لأنه لم يعد موجوداً . وقد يكون من الصعب التمييز عند البالغين بين الحلأ النطاقي المعمم والحماق ، غير أن وجود إصابة مرافقة تمتد على مسير عصبي معين على شكل حلأ نطاقي يضع النقاط على الحروف .

**المعالجة** : ينصح بالراحة في السرير في الحالات الشديدة ( مثل الترفع الحروري ... إلخ ) . كما ينصح بتطبيق بودرات أو دهن المحاليل سريعة التجفيف ( محلول الزنك ) . استخدام المراهم غير مستطب بسبب خطورة حدوث الإنتان الثانوي . تعطى مضادات الهستامين داخلاً ، أو خارجاً على شكل هلامة أو محلول عند وجود الحكة ، أو تدهن الاندفاعات بماء الخل . تطبق الصادات موضعياً عند حدوث التقوبؤ الثانوي . كما يستطب إعطاء الأسيكلوفير داخلاً وخاصة في الحالات الشديدة .

**الوقاية** : غير ممكنة بسبب السراية الشديدة للداء . وعند حدوث إصابات بالحماق في وحدة مغلقة ، كجناح للأطفال في أحد المستشفيات ، فيجب عندئذ عدم تخريج الأطفال الذين شفوا من الحماق في الوقت الحاضر ، كما يجب عدم تخريج الأطفال الذين لم يصابوا بعد بالحماق وإبقاؤهم لمدة ١٢ – ١٤ يوماً ثم يتم تخريجهم ، تماماً قبل حدوث الطفح الجلدي . كما يجب عدم إدخال الأطفال الذين لم يصابوا بالحماق بعد إلى هذا الجناح وذلك خلال هذين الأسبوعين .

**الحماق أثناء الحمل :**

هناك احتمال لحدوث تشوهات جنينية عندما تصاب المرأة الحامل بالحماق خلال الثلث الأول من الحمل . وتختلف التشوهات المذكورة حيث تتراوح بين مَوَهِ الرأس Hydrocephalus ( استسقاء الرأس ) ، والساد ، والتهاب الشبكة والمشيمية ، إلى متلازمة هورنر . وحتى وقتنا الحاضر لم تثبت العلاقة الجازمة بين الحماق وحدوث التشوهات الجنينية في بعض الحالات التي وصفت فيها التشوهات دون إجراء الاستقصاءات المصلية المحددة . وتعتبر نسبة إصابة الجنين بالتشوهات بعد إصابة والدته الحامل حوالي ١٪ فقط ، وبالتالي لا يستطب إجراء الإجهاض وذلك خلافاً لحالات الحصبة الألمانية . ويبدو أن إصابة الأم الحامل بالحماق بعد الثلث الأول من الحمل لا يؤدي إلى حدوث تشوهات جنينية . وإذا أصيبت الحامل في المراحل الأخيرة من الحمل بحمج الحمة الحماقية النطاقية فإن إصابة الوليد بالحماق تصل إلى ٢٥٪ . وتزداد شدة سير الداء عند حديثي الولادة كلما اقتربت إصابة الأم الحامل من زمن ولادتها . ويجب تمنيع الحوامل غير المصابات سابقاً بالحماق ضد الحماق وخاصة لدى وجود احتمال العدوى ( بالبيئة ) ، وذلك بإعطاء الغلوبولين المناعي النطاقي الحاوي على نسبة عالية من الأضداد . هذا ولا يفيد إعطاء الغلوبولينات المناعية متى بدأت الإصابة الحماقية . ويجب إعطاء الوليد الغلوبولينات المناعية لتخفيف حدة الداء وذلك إذا ما أصيبت الوالدة بالحماق قبل فترة قصيرة من الولادة أو بعدها بقليل .

## الحلأ النطاقي Zoster :

*المرادفات :* الحلأ النطاقي Herpes Zoster ، داء المنطقة Zona .

*التعريف :* وهو الإصابة الثانية أو إعادة تفعيل الحمات الحماقية – النطاقية الهاجعة مع ظهور حويصلات مؤلمة وحيدة الجانب متوضعة على شكل مجموعات على سطح حمامي وعلى مسير فرع أو عدة فروع عصبية جلدية .

*الحدوث :* يمكن أن يحدث الحلأ النطاقي في جميع الأعمار تقريباً ، وهو أكثر شيوعاً عند كبار السن وأقل حدوثاً عند اليفعان . وأكثر الأعمار إصابة هي بين الـ ٦٠ – ٧٠ من العمر . والداء النطاقي Zoster ( كلمة يونانية الأصل ) مرض معروف منذ قديم الأزمان . وقد أضاف فون بارنسبرنغ Von Barensprung معلومات قيمة عندما استطاع في عام١٨٤٨ الكشف عن وجود الحمات في العقد العصبية للنخاع الشوكي ( العقد الخلفية ) . ويكون الخزل الحركي غائباً بسبب إصابة الجذور الحسية الخلفية فقط . وقد أثبت فيرتر Feyrter إمكانية إصابة الأنسجة أو الأعضاء الأخرى التي تتوافق مع الفرع العصبي الجلدي المصاب . ( راجع الشكل ٢ – ٢٢ ) .

**فترة الحضانة** : من ٧ – ١٤ يوماً .

**الإمراض** : يبدو أن الحلأ النطاقي يمكن أن ينتج عن الإصابة الجديدة ( الثانية ) بالحمة الحماقية – النطاقية في الأشخاص مضعفي المناعة ، أو أنها تنجم عن إعادة تفعيل الحمات الحماقية – النطاقية الهاجعة . ويجب التفكير بالعديد من العوامل المؤدية إلى نقص المناعة عند المريض سواء الموضعية أو المعممة . فقد يحدث الحلأ النطاقي الرضي نتيجة للتحريض الموضعي . وقد يتحرض الداء النطاقي بالصدمات العنيفة لأجزاء من الجسم أو بسبب الأذيات العصبية أو الإشعاع ، أو بتأثير الأشعة فوق البنفسجية [ تفاعل ضيائي انسامي لاستخدام الميلادنين والأشعة الفوق بنفسجية UVA ] . وقد تحرض التأثيرات السمية بدء الداء : ومثالها الحلأ النطاقي بأول أكسيد

الكربون ، أو الحلأ النطاقي الزرنيخي أو بالسالفرسان Salvarsan Zoster . ولا يرى هذا الاختلاط في حالات الإفرنجي المعالجة بشكل صحيح . وكثيراً ما يحدث الحلأ النطاقي عند الأشخاص الذين يتمتعون بمناعة غير سويّة ، أو الذين يعانون من نقص المناعة الثانوي ، فعند ذلك يأخذ الداء سيراً شديداً ( الحلأ النطاقي المعمم ) . وإذا حدث الحلأ النطاقي عند الجنوسيين فيجب البحث عن الإصابة بحمة عوز المناعة الإنسانية H.I.V. . ويعتبر الأشخاص الذين يتناولون الأدوية الكابتة للمناعة عرضة للإصابة بهذا الداء . ويجب البحث عن وجود داء هودجكن أو الابيضاضات أو السرطانات أو متلازمة الإيدز في حالات الحلأ النطاقي المعمم ، وخاصة عن البالغين كما يجب البحث عن احتمال وجود آفة بدئية مستبطنة لدى الأشخاص المعرضين للإصابة . وتفترض النظرية العصبية وجود أورام ، أو وجود أمراض التهابية غير خبيثة في قطاع الفرع العصبي المصاب ولكن نادراً ما تتحقق هذه العلاقة الوثيقة .

**الموجودات السريرية** : الحلأ النطاقي داء قِطعي ( منطقي ) ، وكقاعدة عامة تحدث اندفاعات حلئية الشكل وحيدة الجانب وبشكل حاد . وتتألف هذه الاندفاعات من عدة مجموعات من الحويصلات التي تتوضع على مسار فرع أو عدة فروع عصبية . وفي الواقع يمكن أن يصاب أي فرع عصبي . يُسبق الداء أحياناً ببوادر تتصف بالتوعك والتعب والاضطرابات المعدية – المعوية ، وآلام عصبية المنشأ في الناحية الموافقة للعصب المصاب . ويرافق بوادر الأعراض هذه آلام سنية وبلعومية وعنقية أو تيبس في النقرة إذا كانت الإصابة في ناحية الرأس . وقد ترتفع حرارة المريض ، لكن الترفع الحروري الحلئي النطاقي أمرٌ نادر . وقد تكون الآلام العصبية شديدة لدرجة غير محتملة ، وأنها لا تتناسب مع شدة امتداد وسير الحلأ النطاقي . وقد تغيب تماماً أعراض الدور البادري . ويعتبر حدوث ألم حارق خفيف أو شديد في منطقة محددة من الجسم العلامة البدئية للمرض ، يتلو ذلك بفترة قصيرة حدوث حمامى قليلة الارتفاع ، واضحة الحدود ، بيضاوية الشكل تمتد على مسار الخطوط الجلدية ( راجع الشكل ٢ – ٢٣ ) . يتبع ذلك تشكل بؤر أخرى من الحمامى ، صغيرة أو كبيرة ، تمتد على طول الناحية الجلدية الموافقة للفرع العصبي الجلدي المصاب . ومع تطور الداء تظهر حويصلات رائقة ومتوترة ، شبيهة باللآلىء في نواحي الحمامى ، تبدأ من مركز الحمامى ثم تمتد نحو محيطها . ويكون كثير من هذه الحويصلات معزولاً وبعضها مجتمعاً . ويتوقف ظهور حويصلات جديدة خلال يومين إلى ثلاثة أيام ، ونادراً ما تنفجر هذه الحويصلات وذلك لسماكة جدرها . يتعكر محتوى الحويصلات خلال ٢ – ٧ أيام حيث تمتلىء بسائل قيحي أصفر . وخلال هذا الوقت تتراجع الحمامى المحيطة بالآفة ، وتبدأ الحويصلات بالجفاف بعد أسبوع من الزمن تاركة وراءها جلبات بنية أو صفراء اللون . ولا يبقى بعد ١٠ أيام سوى الجلبات الشديدة الالتصاق بالجلد والتي لا تسقط عادة إلا بعد ٢ – ٣ أسابيع . التندب شائع خاصة عند حدوث التهاب نخري أو خمج ثانوي حيث تشاهد تندبات جدرية الشكل متوضعة على شكل مجموعات ، وهي علامة مميزة أبدية تبقى دالة على الإصابة بالحلأ النطاقي ( راجع الشكل ٢ – ٢٤ ) . وتعتبر الآلام العصبية من الأعراض غير السارّة والمرافقة للحلأ النطاقي ، وقد تكون خفيفة أو شديدة جداً وكثيراً ما تستمر مدة طويلة من الزمن حتى بعد شفاء الاندفاعات الحلئية – النطاقية ، ومن الشائع أيضاً حدوث تضخم بالعقد اللمفاوية الناحِيَّة .

قد يصيب الحلأ النطاقي أي قطعة عصبية اعتباراً من الفرع الأول للعصب مثلث التوائم وحتى أخمص القدمين ومن أكثر النواحي إصابة الناحية الأولى للعصب مثلث التوائم والقطع العصبية القطنية أو الصدرية ومن هنا أتى مصطلح التسمية Shingles الذي يعتبر أقرب تعبير للمصطلح اللاتيني Cingulum ( النطاق أو الحزام ) . ينحصر الداء في كثير من الأحيان في قطعة عصبية واحدة ولكن من المعتاد إصابة أكثر من قطعة عصبية واحدة . وقد تكون القطع العصبية المصابة متجاورة أو متباعدة . وتكون الاندفاعات وحيدة الجانب ولا تعبر خط منتصف الجسم ، ولكن باعتبار أن هناك بعض الأعصاب الظهرية القصيرة التي تعصب الجانب المقابل في الجسم لذا يمكن أن تُرى أحياناً بعض الاندفاعات التي تعبر خط منتصف الجسم . ويندر حدوث الحلأ النطاقي ثنائي الجانب كما يندر إصابة عدة قطع عصبية في كلا جانبي الجسم ( راجع الشكل ٢ – ٢٥ ) . وعلى أية حال ، يمكن تمييز انتشار قطعي فوق عدة مناطق عصبية .

**توضعات خاصة للحلأ النطاقي :**

*الحلأ النطاقي العيني :* تتوضع الآفة هنا على مسار الفرع العصبي الأول للعصب مثلث التوائم وذلك عبر مسار العصبين فوق البكرة وفوق الحجاج . ويصبح الحلأ النطاقي في النصف العلوي من الجبهة والجزء المجاور من الفروة نزفياً ومُواتياً ويترافق مع التهاب العقد اللمفاوية في الناحية أمام الأذن . يحمَرُّ الجلد المحيط بالحجاج ويعاني المريض من آلام عصبية شديدة . وعندما تظهر الحويصلات على الأنف ( إصابة العصب الأنفي الهدبي ) ، يمكن أن تمتد الاندفاعات إلى الملتحمة والقرنية عند بعض المرضى وقد يتلو ذلك التهاب قرنية خلالي مع تشكل قرحات قرنية ، وقد تصاب بصلة العين أو تحدث شلول عصبية مرافقة .

*الحلأ النطاقي على مسار الفرعين الثاني والثالث للعصب مثلث*

*التوائم* : إنّ إصابة الأغشية المخاطية للجوف الفموي شائعة ، حيث ترى تآكلات أو تقرحات مسطحة قلاعانية الشكل تتوضع على شكل حلئي فوق سطح حمامي على الغشاء المخاطي المبطن للوجنتين والجانب المجاور من اللسان والحنك والبلعوم ، ونادراً ما يحدث التهاب اللثة النطاقي ، وفي حال حدوثه قد يفقد المريض بعض أسنانه في الفكين العلوي والسفلي في قطاع العصب المصاب .

*الحلأ النطاقي في ناحية الرأس* : قد تحدث أعراض سحائية مثل تيبس النقرة والصداع ، وتكون علامة كيرنغ **Kernig** إيجابية ، يتلو ذلك زيادة عدد الخلايا في السائل الدماغي الشوكي . وقد وصف حدوث التهاب أوعية حبيبومي في أوعية الدماغ مع علامات السكتة الدماغية لدى الخمج بالحمة الحماقية النطاقية .

*الحلأ النطاقي الأذني* : قد تتحدد الإصابة في ناحية الأذن الخارجية حيث تتوضع على الصيوان وما يجاوره ، وقد تحدث شلولٌ عصبية تطال الأعصاب الوجهية والسمعية لدى إصابة الأذن الداخلية مما يؤدي لحدوث متلازمة **Ramsy Hunt** . إنذار هذا الاختلاط فيما يتعلق بحاسة السمع سيّء جداً عند حوالي $\frac{١}{٣}$ المرضى وسيء نسبياً في ثلث آخر .

*النواحي الأخرى* : قد يحدث التهاب مثانة نزفي مع سلس في البول عند بعض المرضى .

**التشريح المرضي النسجي** : تشبه الحويصلات النطاقية من الناحية الخلوية ، الحويصلات الحماقية وحويصلات الحلأ البسيط تماماً وإلى درجة كبيرة ، حيث تشاهد بؤر من الوذمة بين الخلايا مع تنكس بالوني في البشرة ، يتلو ذلك غزوٌ بالخلايا الالتهابية المحببة العَدِلَة . وتعتمد شدة التنكس في قاعدة الحويصل على شدة الداء سريرياً . كما يشاهد أحياناً حدوث التهاب أوعية نخري . وتشاهد دوماً تبدلات التهابية وتنكسية في عقيدات الحبل الشوكي مع تبدلات نزفية أحياناً .

**السير** : يأخذ الداء عادة سيراً لطيفاً ولكنه يزداد شدة مع تقدم العمر . ويتم التعرف على الأشكال الشديدة من خلال الحويصلات النزفية ( الحلأ النطاقي النزفي ) . وعندما تزداد نسبة تخرب الأنسجة تظهر جلبات حمراء في ناحية الاندفاعات الحويصلية ، يليها بعد فاصل زمني قصير ظهور تقرحات نخرية ضمن الجلد الملتهب المحمرّ ( الحلأ النطاقي المواتي ) . تشفى التنخرات العميقة ببطء شديد تاركة وراءها ندبات جدرية الشكل . وقد تظهر حويصلات إفرادية لدى الإصابة بالحلأ النطاقي تتوضع على جلد احمراري وبشكل إفرادي ومستقل عن القطاع الجلدي للعصب المصاب ( الحويصلات الضالّة ) . تكتشف هذه الحويصلات عن طريق الصدفة عندما يكون عددها قليلاً . وهناك حالات تتطور فيها المئات من الحويصلات بشكل تتابعي خلال أيام قليلة مما يعطي منظراً يشبه الطفح الحماقي ، وتكون بذلك مختلفة الشدة لذا تبدو بشكل مشابه للحماق وكأنها النجوم في السماء . وهذه الحالة تدعى ( الحلأ النطاقي المعمم ) ، حيث ثمة تشابه كبير بينها وبين الحماق . ولا بد من إجراء الاستقصاءات المناسبة لمعرفة الأمراض المستبطنة المسببة لنقص المناعة .

**التشخيص** : يستعان بالصورة السريرية والنسيجية النموذجية وبالكشف عن الحمات الراشحة بطريقة التلوين السلبي .

**التشخيص التفريقي** : قد توجد صعوبة بالتمييز بين الحلأ النطاقي والحلأ البسيط في المراحل البدئية للحلأ النطاقي ، وكثيراً ما لا يستطاع التفريق بينهما وخاصة عندما يأخذ الحلأ النطاقي سيراً مجهضاً في ناحية الرأس . ويجب أن نولي سير الداء عناية خاصة . فسير الداء في الحلأ النطاقي متقطع ، لذلك نجد بؤراً من ١ لاندفاعات في نفس القطاع الجلدي للعصب المصاب تحوي على اندفاعات إفرادية ذات أعمار مختلفة ، حيث نجد الحويصلات والحلبات والاندفاعات الشافية بعضها إلى جانب البعض الآخر ( التطور المتتالي ) . وتعتبر النزوف والتنخرات النزفية وصفية ونوعية للداء النطاقي .

**المعالجة** : معالجة الحلأ النطاقي عرضية وتتألف من مضادات الالتهاب ومسكنات وصادّات .

*جهازياً* : تعطى مضادات الحُمات الراشحة في الحالات الشديدة . وتعطى المعالجة بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لبضعة أيام فقط . أما المعالجة المسكنة للألم فتعتمد على شدة الألم الذي يعاني منه المريض ، فإذا كان الألم محتملاً فلا داعي لاستخدام المسكنات ، علماً بأن للأدوية المسكنة أيضاً تأثيراً مضاداً للالتهاب . وكثيراً ما ينصح بإعطاء الفيتامينات وخاصة مستحضرات الفيتامين ب مع المسكنات بجرعة دوائية كافية . وهكذا تعطى الفيتامينات ب ١ وب ٢ وب ١٢ ، ولكن لم يتم التأكد من نفعها بعد . وينصح دوماً بإعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية أو الحاثات القشرية **A.C.T.H.** في الحالات الوخيمة من الحلأ النطاقي . ويجب استخدام هذين العلاجين بحذر شديد خاصة وأنه من المعروف أن تناول مثل هذه العلاجات يحرض حدوث الحلأ النطاقي في حالات أخرى . ويعتبر إعطاء البريدنيزولون بمقدار من ٢٠ – ٦٠ ملغ يومياً كافياً جداً للسيطرة على الألم والالتهاب ، وذلك بعد انتهاء الطور الحويصلي وطور انتشار الحمة في الدم . أما الآلام عقب الداء النطاقي ، والتي قد تستمر أسابيع بعد انتهاء الطور الخمجي ، فهي لا تستجيب مطلقاً للمعالجة بالستيروئيدات القشرية ، كما أنها قد لا تنفع في الوقاية من هذه الالام . وقد

يستطب إعطاء الأدوية المضادة للصرع ( Tegretol, Carbamazepine ) والأدوية النفسية إلى جانب مسكنات الألم . ويمكن تجريب المعالجة بوخز الإبر ، أو التحريض الكهربي عبر البشرة ، أو المعالجة النفسية في بعض حالات الألم المستمر والثابت . وتعتبر الصادّات ضرورية فقط في الحالات ذات السير الوخيم من الحلأ النطاقي ، وعند الكهول الذين يعتبرون أنهم عرضة لحدوث الخمج الثانوي . لا تؤثر الصادات ( هيدروكلوريد التتراسيكلين ، دوكسي سيكلين ، ارترومايسين ) على الحمات الراشحة ، ولكنها تقي من حدوث الخمج الثانوي الجرثومي ، وقد تفيد في حالات الالتهاب النخري المترقي . وفي المراحل البدئية للآفة يفيد إعطاء المصل مفرط التمنيع حقناً . ولكن الوقاية التي تقدمها هذه المستحضرات غير كافية لانخفاض عيارات الأضداد النوعية فيها وبسبب العمر النصفي القصير لجزيئاتها . ويجب إعطاء الأضداد المناعية النطاقية وبجرعة كافية للأشخاص الذين هم في موضع الخطر من الإصابة كالحوامل أو مضعفي المناعة . ويمكن الحصول على الأضداد المناعية النطاقية من المراكز الصحية المراكزية . وقد تمّ استخدام العامل الناقل بنجاح في الداء النطاقي المعمم . لا يوجد حتى الآن تقيم جديد يمكن الاعتماد عليه فيما يخص إعطاء ( إيزوبرينوزين وأمانتادين ) معاً وبوقت واحد عن طريق التسريب الوريدي ( ٢٠٠ – ٤٠٠ ملغ ) والفموي ( ٢٠٠ – ٤٠٠ ملغ ) يومياً ولمدة ١٢ يوماً .

ينصح بإعطاء الأسيكلوفير كعامل موقف للحمات الراشحة . يعطى إما وريدياً ( ٥ ملغ/كغ من وزن الجسم كل ٨ ساعات ولمدة خمسة أيام ) ، أو عن طريق الفم ( ٨٠٠ ملغ خمس مرات يومياً ولمدة ٥ أيام ) . وهو يستخدم بنجاح في الحلأ النطاقي الواسع وفي الوقاية من الاختلاطات مثل الآلام العصبية والإصابة العينية . ويجب التقصّي عن العوامل المحرّضة لحدوث الحلأ النطاقي في القطاع الجلدي للعصب المصاب وعن الأمراض المستبطنة ( اللمفوما الخبيثة ، داء هودجكن ، والابيضاضات ، والسرطانات ، والإيدز ) وذلك في الحلأ النطاقي المعمم بعد أن تأخذ الأعراض الحادة مجراها .

*موضعياً* : تطبق العلاجات الموضعية المجففة تبعاً لمرحلة الداء ، حيث تستخدم المحاليل في مرحلة الحويصلات ، مثل محلول الزنك الحاوي على Clioquinol كليوكينول بنسبة ٥٪ ( الفيوفورم ) وتتمتع هذه المحاليل بفعالية مضادة للخمج في نفس الوقت . يتم دهن الجلد المصاب يومياً بهذا المحلول ، ويجب عدم إزالته إلا بعد جفاف الحويصلات . أما فائدة مضادات الحُمات مثل الأسيكلوفير والإيدوكسيريدين Idoxuridine مع دي ميتيل سولفوكسيد عند تطبيقها موضعياً فما يزال موضع نقاش كما يمكن تطبيق الضمادات الرطبة والمشربة بحمض الخل أو سلفات الزنك أو سلفات النحاس أو البرمنغنات التي تفيد لتجفيف الاندفاعات والسيطرة على الخمج الجرثومي الثانوي . ويستطب دهن المراهم الحاوية على المطهرات أو الصادّات بعد جفاف الحويصلات فقط .

## أخماج الحُمات الجُدَرية السويّة Orthopoxvirus Infections :

### الجدري (Smallpox) :

*المرادفات* : Variola .

**التعريف** : الجدري مرض مسبب بالحمات الراشحة ويأخذ سيراً وخيماً ، وغالباً ما ينتهي بالوفاة عند الأشخاص غير الممنّعين ( غير الملقحين ) . الاندفاعات المميزة للداء هي الحويصلات المسرّرة التي تترك عند شفائها ندباً نفاطية . ولقد تم القضاء على الجدري في العالم كله وذلك من خلال برنامج التمنيع العالمي .

**العامل الممرض** : هو حمة الجدري ، وهي حمة مكعّبة الشكل يتراوح حجمها بين ١٥٠ و ٢٠٠ نانومتر ، وقد تم اكتشافها من قبل باشن Paschen عام ١٩٠٧ .

**معلومات عامة** : تختلف الصورة السريرية للخمج الناجم عن حمة الجدري بأنواعها المختلفة وذلك حسب فوعة الحمة المسببة . ويجب أن تكون هذه الصور السريرية جميعها مألوفة لدى كلّ طبيب في العالم بالرغم من أن خطر الإصابة بالجدري عبر السياحة العالمية قد زال بسبب القضاء على هذا الداء في الوقت الحاضر . ويجب على كل إنسان أن يعي ويعمل على اتخاذ التدابير اللازمة لدى الاشتباه بوجود حالة جدري أو لدى وجودها فعلاً . وقد سجلت آخر حالة في آسيا عام ١٩٧٥ في بنغلادش ، وآخر حالة في أفريقيا كانت عام ١٩٧٧ في الصومال . وفي ألمانيا الاتحادية سجلت آخر حالة للإصابة بالجدري عام ١٩٧٢ عند مواطن يوغسلافي قاطن في مدينة هانوفر ، التقطها من العراق حيث تفشى الداء وذلك قبل أن يسافر إلى ألمانيا . وقد سجلت آخر حالة للداء في أوربا عام ١٩٧٨ في المملكة المتحدة في أحد مخابر البحث العلمي . وقد أكدت منظمة الصحة العالمية القضاء على الجدري في الوقت الحاضر .

**المناعة** : تتأمن المناعة الكافية باستخدام اللقاح الواقي . وإذا حدثت الإصابة بالرغم من أخذ اللقاح فإنها تأخذ سيراً لطيفاً . ويأخذ الجدري سيراً لا نموذجياً في الحالات التي تكون فيها المناعة غير كافية ( المناعة الجزئية ) ، مثال : بسبب أخذ اللقاح منذ فترة طويلة جداً أو إذا كانت الوقاية الناجمة عن اللقاح غير كافية ( جدراني Varioloid ) أو لدى الإصابة بالحمات المضعفة ( نُبْخ Alastrim ) .

**الموجودات السريرية** : يتم انتقال الجدري من شخص إلى آخر بواسطة الرذاذ ، أو التماس مع مفرزات الاندفاعات الجلدية ، كما يستطيع الذباب نقل الحمات من الشخص المصاب إلى الطعام ومياه الشرب وكثيراً ما لا يستطاع معرفة جميع الأشخاص الذين كانوا على تماسٍ مع المرضى .

تبدأ بوادر الداء بعد فترة حضانة تتراوح بين ١٣ – ١٤ ( ٨ – ١٨ ) يوماً ، يكون البدء شديداً ويستمر ثلاثة أيام يعاني فيها المريض من ترفع حروري شديد يصل إلى ٤٠ – ٤١° مئوية . ومن تسرع القلب يرافقهما إقياءات وآلام في الأطراف وأسفل الظهر وصداع . ويظهر طفح أولي في هذا الدور يبدأ على الوجه والذراعين ويتميز باندفاعات بقعية صغيرة قليلة الارتفاع من سطح الجلد . ثم يمتد هذا الاندفاع إلى كامل سطح البدن مع وذمة في الأجفان ، وبعد ثلاثة أيام من بدء البوادر المرضية تلك ، تنخفض درجة الحرارة ويشعر المريض بتحسن حالته العامة . هذا الهجوع الذي يستمر يومين ، أشبه بالهدوء الذي يسبق العاصفة . إذ أن الطفح يبدأ بالتبدّل في حوالي اليوم الخامس ، حيث تأخذ الاندفاعات البقعية شكلاً حطاطياً ، ثم تتحول إلى حويصلات لمّاعة ذات محتوى رائق بالبداية ، ثم يصبح محتوى الحويصلات عكراً قيحياً في اليوم الثامن تقريباً . كما نرى انطباعات صغيرة ( تسرُّر ) في قمة البثرات المتعددة الحجرات ، التي يتراوح قطرها بين ٣ – ٥ ملم والتي تحيط بها هالة حمراء . هذه الصورة السريرية وصفية تماماً في الجدري .

وتظهر أيضاً حطاطات قاسية على الراحتين والأخمصين لكنها لا تتحول إلى بثرات . وتتوضع الآفات بشكل أكثف على الوجه والرأس والأطراف والأصابع ولا تظهر الحويصلات في النواحي الأخرى من البدن إلا بعد مضي وقت طويل نسبياً . لذلك ترى الحويصلات الحديثة على الساقين ، أما القديمة فترى على الجزء العلوي من الجسم . وتكون الاندفاعات المتوضعة في جزء ما من الجسم بأعمار واحدة . أما الحويصلات المتوضعة في جوف الفم فإنها تتحول بشكل سريع إلى تقرحات يعلوها غطاء غشائي كاذب . وتترافق هذه التقرحات مع ترفع حروري مفاجيء ، ويعاني المريض من الهذيان . ويموت الكثيرون من المرضى في هذه المرحلة البدئية بسبب الانسمام والقصور القلبي حيث تبلغ نسبة الوفيات من ١٠ – ٣٠٪ أو أكثر تبعاً لفوعة الحمة المسببة . وإذا نجا المريض من الموت فإن الحويصلات تجف لتترك وراءها جلبات سميكة . تتساقط تاركة وراءها تندبات نموذجية انطباعية شبيهة بالصحن ، ناقصة الصباغ عادة عند الأشخاص ذوي البشرة السمراء ومفرطة الصباغ عند الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة اللون . ( راجع الشكل ٢ – ٢٦ ) .

**الانحرافات عن السير السويّ للداء** : **الإنذار سيء إذا كانت البثرات نزفية ( الجدري الأسود ) . حيث يأخذ الداء سيراً حادّاً جداً بحيث تتشكل بقع كدمية عوضاً عن الحويصلات الجديدة . ففي هذه الحالات الوخيمة تتشكل حمامى مع حويصلات كبيرة عوضاً عن الحويصلات الإفرادية والبثرات .** ولا يعتبر الجدري المقرن **Variola Confluens** **أقل شدة وهو** نوع من الجدري تتحد فيه الاندفاعات الإفرادية . تجف البثرات اعتباراً من اليوم ١٤ من بدء الداء إذا تجاوز المريض المرحلةالتقيحية ، وتتشكل بعد ذلك جلبات بنية مائلة للصفرة ، تتساقط خلال فترة تتراوح بين ٨ – ١٠ أيام ، وتترك مكانها تصبغات وتندبات انطباعية دائرية الشكل بحجم البثرات التي شكلتها . هذه التندبات تستمر مدى الحياة تبقى شاهداً على الإصابة الجدرية في يوم ما . وقد يترافق الجدري مع الحلأ النطاقي في بعض الأحيان وهذا ما يدعى بالداء الجدري النطاقي .

*الداء الجدراني* ***Varioloid*** : **يصاب بعض الأشخاص بأشكال** مخففة من الجدري وذلك إذا كان اللقاح ضد الجدري عندهم لم يكسبهم المناعة الواقية الكافية . وتكون الأعراض العامة فيه أخف ، والاندفاعات في كل أطوارها أقل حدّة ولا تتقيح بشكل دائم . كما أنها لا تشكل الندبات عادة ، وإن تشكلت فهي خفيفة ، وهذا يشبه ما يحدث في الجدري الأبيض **Whitepox** أو **Kaffirpox** ( النَّبْخ **alastrim** أو الجدري الأصغري **Variola minor** ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تحوي حويصلات الجدري على تنكس شبكي حيث أن ما يتبقى من الخلايا هو عبارة عن شبكة تنكسية ناجمة عن الوذمة الشديدة داخل الخلايا . تحتوي الهيولى على جسيات غوارنيير **Guarnier** وهي عبارة عن نواتج ارتكاسية تغلف الحمات الراشحة الجدرية . ويمكن الكشف عن الحمات الجدرية في قرنية الأرنب خلال ٢٤ – ٤٨ ساعة باستخدام اختبار بول **Paul Test** .

**التشخيص** : يمكن الكشف عن الحمات الجدرية في محتوى الحويصلات أو البثرات أو في الجلبات وذلك باستخدام المجهر الضوئي بعد التلوين المناسب . ويمكن الحصول على نتائج أكثر دقة وسرعة باستخدام المجهر الألكتروني وتطبيق طريقة التلوين السلبي ( دون تلوين ) . والطريقة الأفضل هي زرع الحمات الراشحة التي تتواجد بوفرة في الدم واللعاب والنتحات المصلية .

*طريقة الزرع* : وتتم إما بزرع الحمة الراشحة على الغشاء المشيمي اللفائفي لأجنة الدجاج أو على المستنبتات النسيجية . ويمكن الحصول على النتيجة بعد ٢ – ٣ أيام . كما يمكن القيام

بنقل الحمة الراشحة إلى قرنية الأرنب Paul's Test .

*تفاعل ارتباط المتممة :* يمكن الكشف عن مستضدات الحمة اعتماداً على طريقة ارتباط المتممة في مصل المرضى المصابين قبل بدء الاندفاع ، وكذلك في محتوى الحويصلات والبثرات وفي الجلبات . ولا يتوقع الحصول على نتائج إيجابية إلا بعد عشرة أيام عند إجراء الاختبارات التالية : الكشف عن أضداد الحمة الراشحة من خلال تفاعل تثبيط التراص الدموي (HALR) ، وتفاعل ارتباط المتممة (CBR) واختبار تحديد الأضداد المعدِّلة Neutralizing Antibody .

**التشخيص التفريقي** : قد يكون التشخيص صعباً جداً في مراحل بدئية وذلك في حدوث فردية خارج المنطقة موبوءة . ويتضمن التشخيص التفريقي في المراحل البدئية عدداً من الأخماج الطفحية مثل : الإفرنجي الثانوي ، والحماق والطفحات الدوائية المنشأ . أما الجدري في دوره البثري فلا يلتبس بشيء آخر . وتدخل الحصبة في التشخيص التفريقي للجدري في طوره البادري ، لكن الطفح الجلدي في الحصبة يغطي مساحات جلدية أوسع ويترافق مع أعراض نزلية شديدة ، غير أن الأعراض العامة فيه أخف من الأعراض العامة في الجدري . وتعتبر بقع كوبليك مميزة للحصبة . أما الالتباس بين الجدري والأشكال البثرية للإفرنجي الثانوي فغير وارد . قد يؤدي الإفرنجي إلى ترفع حروري خفيف ، ولكن تبقى الحالة العامة للمريض حسنة . والإفرنجي ليس بمرض وحيد العرض . أما الحماق فداء حويصلي خفيف السير ويتميز بظهور الاندفاعات بشكل متقطع لذا يمكن مشاهدة اندفاعات ذات أعمار مختلفة في الناحية الجلدية الواحدة بينما تكون الاندفاعات في الجدري بعمر واحد في الناحية الجلدية الواحدة .

**الوقاية** : يجب إعطاء اللقاح الواقي بشكل مباشر لجميع الأشخاص الذين هم على تماس مع المريض بالإضافة إلى اتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة . ويعطى الأشخاص المسنون المصل المفرط التمنيع المأخوذ من الأشخاص الملقحين حديثاً . وينصح بإعطاء الوقاية الكيميائية بواسطة الميثيسازون (Methisazone) أيضاً .

**المعالجة** : المعالجة عرضية وأهم أركانها الراحة في السرير ومراقبة الدوران . قد يضطر الأمر لإعطاء الأدوية المخفضة للحرارة أو المدجنلة . تعالج الأخماج الثانوية بالصّادّات وينصح بالمعالجة الكيمياوية مثل الميثيسازون Methisazone .

**تبليغ السلطات الصحية المسؤولة** : يجب أن تبلغ السلطات الصحية حتى ولو كان الأمر لمجرد الاشتباه بوجود الجدري .

**التدابير الواجب اتخاذها لدى الشك بالجدري** : يجب اتخاذ التدابير الضرورية بهدوء ونظام . حيث يجب عزل المريض في المكان الذي يتواجد فيه بحيث تغلق الأبواب بشكل جيد ، ويجب الاحتفاظ بالأشخاص الذين هم على تماسٍ مع المريض قدر الإمكان مع تسجيل أسمائهم . ويجب عدم نقل المريض إلى المستشفى بسيارة الإسعاف . وتؤمن الأقسام الجلدية والمراكز الصحية ومراكز التلقيح خدمات في حالات الطوارىء الخاصة بهذا الوباء . ويجب الاتصال هاتفياً بهذه المراكز حيث تناقش معها الأمور التالية : زيارة المنطقة الموبوءة ، والخبيرين الذين لهم خبرة بهذا الداء ، والأشخاص الذين هم على تماس مع المريض ، وإعطاء اللقاح الممنع للجدري ، متى أخذ اللقاح ؟ هل توجد ندبة تدل على أخذ اللقاح في سوابق المخالطين ؟ وإن وجود الندبة المميزة للقاح ترجح وجود المناعة الكافية ولكن لا تؤكدها .

وإذا اشتبه بوجود الجدري عند شخص ما ، فيجب فحصه من قبل خبير بالجدري وذلك في مكان تواجد المريض ، على أن يرتدي الطبيب الملابس الواقية المناسبة . وإذا أكد هذا الخبير وجود الاشتباه بالجدري ، فيجب أخذ عينة من الآفة ومن ثم فحصها بطريقة التلوين السلبي وباستخدام المجهر الألكتروني حيث يتم الحصول على النتيجة خلال ساعات . كما يجب القيام بزرع الحمة الراشحة إذا ثبت وجود الجدري لدى المريض . وينبغي تسجيل أسماء كل من كان على تماس معه ووضعهم في الحجر الصحي .

**لقاحات الجدري** : في الماضي كان اللقاح الواقي من الإصابة بالجدري ، يعطى حسب التعليمات القانونية على جرعتين . في البداية كانت تعطى جرعة واحدة فقط قبل إتمام السنة الأولى من العمر ولكن تبين أن المناعة الناتجة عن هذا اللقاح استمرت لمدة عشر سنوات فقط ، ولأن الأدب الطبي ذكر وجود ( ١٨٠,٠٠٠ ) إصابة بين عامي ١٨٧٠ و ١٨٧٤ . وقد تم إصدار قانون جديد يلزم السلطات الصحية بإعطاء جرعة ثانية في السنة الثانية عشرة من العمر ، وهذه الجرعة الثانية هي التي أدت إلى تخلص العالم من الجدري . ولكن ستكون نسبة الأشخاص الممنعين ضد الجدري قليلة جداً في الوقت الحاضر فيما لو عاد الجدري للظهور مرة أخرى . لقد أوقفت جميع البلدان إعطاء اللقاح المضاد للجدري في الوقت الحاضر ، حتى أنها لم تعد تطلبه من السيّاح الزائرين وذلك بعد أن أكّدت منظمة الصحة العالمية تخلص العالم بأسره من هذا الداء . وإن السبب الذي دعا المنظمة المذكورة لإصدار مثل هذا القرار هو أن الاختلاطات الناجمة عن اللقاح أخطر بكثير من الجدري نفسه .

لقد كان جينر Jenner أول من اقترح إعطاء اللقاح المضاد للجدري عام ١٧٩٨ وذلك باستخدام المادة المستخصلة من

اندفاعات الجدري لدى الأبقار . أما الحمة المستخدمة في برامج التلقيح فيما بعد ذلك فكانت الحمة الوقسية Vaccinia Virus أو Poxvirus officinalis والتي هي عبارة عن حمة راشحة مكعبة الشكل ، ذات سطح شئز ، يتراوح حجمها بين ١٥٠ ـ ٢٦٠ نانومتر . تؤدي هذه الحمات إلى تكون جسيمات اندخالية ضمن هيولى الخلايا (Guarnieres' Bodies) ولكنها لا تؤدي إلى تشكل جسيمات اندخالية ضمن النوى . أصل هذه الحمات غير واضح . ويعتقد البعض أنها شكل طفري لحمة جدري البقر ويعتقد آخرون أنها تشتق من حمة الجدري ، لكنها خضعت لطفرة معينة ، ويبدو أنه لا يمكن لحمة الوقس .Vaccinia V أن تنقلب مرة أخرى لتصبح حمة الجدري .

ويجب التمييز بين حمة جدري البقر وحمة الوقس ، فجدري البقر يحدث بسبب حمته الخاصة به . وتنقص فوعة حمة الوقس Vaccinia عندما تنتقل من شخص لآخر حتى تفقد في النهاية قدرتها التمنيعية ( اللقاح الإنساني ) . ويمكن زيادة القدرة التمنيعية بطريقة التلقيح الراجع من الإنسان إلى الحيوان ( لقاح حيواني ) . ويمكن الحصول على حمة ذات فوعة مناسبة بطريقة التلقيح الراجع حيث يتم تلقيح الحمة للإنسان ثم للحيوان ثم للإنسان مرة أخرى وهكذا . ويمكن حقن الأرانب كذلك حيث تتطور حمة راشحة شديدة الفوعة . وبهذه الطريقة يمكن الحصول على لقاح يؤدي إلى مناعة كافية من جهة . وليس شديد السمّية من جهة أخرى .

*مستضد الوقس Vaccinia Antigen* : وهو عبارة عن لقاح عاطل لا يؤدي حقنه المتكرر إلى درجة المناعة التي نصل إليها باللقاح العادي . ويؤدي إعطاؤه بشكل تمهيدي إلى تخفيف التفاعل تجاه اللقاح العادي الذي يعطى فيما بعد ، كما ويخفف من نسبة الاختلاطات . يفضل إتباع هذه الطريقة في حالات خاصة : مثل المرضى الذين يعانون من حالات جلدية ( إكزيمة تأتبية ) وللمرضى المسنين ، كما تتبع فيما إذا تم أخذ اللقاح الأول منذ فترة بعيدة .

*التلقيح Vaccination* : يحقن اللقاح الأول أعلى الذراع الأيمن أما اللقاح الثاني فيحقن أعلى الذراع الأيسر وذلك باستخدام مبضع التلقيح المغطس بمادة التلقيح ( تلقيح جلدي ) . ويجب أن ينجم عنها تندبين صغيرين على الأقل . ويأخذ تفاعل التلقيح في العادة سيراً نظامياً معروفاً .

هناك فرقاً في التفاعل الناجم عن اللقاح الأول والتفاعل الناجم عن اللقاح الثاني فهما يختلفان عن بعضها بالسير ، وقد تحدث الإكزيمة الجدرية عبر العدوى الذاتية أو الغيرية . ومن الاختلاطات الأخرى إكزيمة بعد اللقاح Postvaccination eczema ، اللقاح المعمم Vaccinia – generalisata والتهاب الدماغ التالي للقاح والتلقيح الوقسي . ( راجع الشكلين ٢ ـ ٢٧ و ٢ ـ ٢٨ ) .

**معالجة الاختلاطات :**

*جهازياً* : يستطب إعطاء الأضداد المناعية الجدرية في الحالات التالية : للوقاية من حدوث الاختلاطات الدماغية لدى إعطاء اللقاح الأول للأشخاص الكبار ، ولتخفيف شدة التفاعل نحو اللقاح الثاني ، ولجميع الأشخاص الذين هم في موضع الخطر ، ولمعالجة التفاعلات الموضعة للقاح الجدري ، ولجميع الأشخاص الذين يتوقع تطور الجدري عندهم بشكل تالٍ لأخذ اللقاح ، وهو يعطى بجرعة قدرها ٢٠ وحدة دولية ( ٠,٠٤ مل/كغ ) ، حيث يعطى مع اللقاح في وقت واحد . أما إذا أعطي كعلاج ، فيعطى تبعاً للموجودات السريرية من ٢٠٠ ـ ١٠٠٠ وحدة دولية لكل كغ من وزن الجسم . وكل أمبول من سعة ١ مل يحتوي على ٥٠٠ وحدة دولية من الأضداد المضادة للجدري .

ويستطب إعطاء مستضد الوقس كممنع أولي يسبق إعطاء لقاح الجدري وللوقاية من الاختلاطات الناجمة عن لقاح الجدري الأول للأشخاص المسنين ، وكذلك للتخفيف من التفاعلات الشديدة التالية للقاح الثاني المضاد للجدري . الجرعة هي ( ١ مل ) قبل أسبوع واحد على الأقل من أخذ اللقاح .

*موضعياً* : المعالجة عرضية وتكون باستخدام المحاليل سريعة التجفيف .

**جدري البقر Cowpox :**

**التعريف** : هو خمج نادرٌ بالحمات الراشحة ينتقل للإنسان عن طريق الحيوانات الآهلة .

**العامل الممرض** : هو حمة جدري البقر الحقيقية . ويبدو أن المخزن الرئيسي لهذه الحمة هو القطط والقوارض وليست الماشية .

**الموجودات السريرية** : تظهر على مكان التلقيح ( الأصابع عادة ) حطاطة واضحة الحدود ، تكبر ويتسرر مركزها بتنخر نزفي ، وتتشكل الحلبات ( النفطة المسرَّرة ) . تشفى هذه الاندفاعات تاركة ندبة خفيفة . وقد قلت نسبة التلقيح ضد الحمات الجدرية السويّة ذات التأثير الممرض عند الإنسان وذات العلاقة القريبة بالحمة الراشحة المسببة للجدري ، وذلك منذ أن امتنع العالم عن إعطاء اللقاح المضاد للجدري ، ويبقى خطر الإصابة موجوداً عند الأشخاص غير الملقحين .

**التشخيص** : ويتم ذلك بتمييز الحمة الراشحة بواسطة

المجهر الألكتروني ، والكشف عنها في المستنبتات الخلوية البقرية والطيرية وكلى القردة ( تأثيرٌ حالٌّ ممرض للخلايا ، الغشاء المشيمي اللفائفي في بيوض الدجاج المحضونة ) ، واختبارات التراص الدموي في الكريات الحمر عند الدجاج .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن أخماج الحمات الراشحة الجدرية السوية ، والإكثيمة المعدية ( Orf, أو Ecthyma Contagiosum ) وحمة الوقس ، وحمة جدري القردة ، وحمة جدري الفيلة .

### ملحق عن الأخماج بالحمات الجدَرية السويّة Addendum: Orthopoxvirus Infections :

لقد اجتمع مجلس منظمة الصحة العالمية في آذار عام ١٩٨٦ في جنيف ( سويسرة ) . وناقش هذا المجلس أخماج الحمات الجدرية السويّة وما يلي هو عبارة عن ملخص لأهم المواضيع التي تم مناقشتها في ذلك الاجتماع :

**سياسة التلقيح ضد الجدري** : أقرت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إيقاف إعطاء اللقاح المضاد للجدري ، وعدم إلزام الأشخاص بحمل وثيقة تثبت أخذ اللقاح ضد الجدري للسفر إلى أية دولة في العالم أجمع . إلا أن بعض الدول ما تزال تعطي اللقاح المذكور للعسكريين ، لكن منظمة الصحة العالمية توصي بإيقاف ذلك الإجراء . وقد أشارت منظمة الصحة العالمية بإيقاف التلقيح ضد الجدري قبل أن تتطور التقنيات الحديثة التي يتم فيها استخدام أشكال معدّلة لحمة الوقس Vaccinia كناقل يعبر عن المستضدات التي تمنّع ضد الإصابة بأمراض أخرى غير الجدري . لا ينطبق قرار المنظمة الدولية على استخدام حمة الوقس للتمنيع ضد أمراض أخرى غير الجدري .

**الاحتفاظ بعينات من اللقاح المضاد للجدري** : رأت منظمة الصحة العالمية عدم ضرورة الاحتفاظ بعينات من اللقاح المضاد للجدري في كل بلدان العالم باعتبار أنه قد مضى ما يقارب ١٠ سنوات على آخر إصابة للجدري في المناطق الموبوءة .

**التحقيق في الحالات التي يشتبه فيها بوجود إصابة بالجدري** : ذكر الأدب الطبي وجود ١٠ حالات اشتبه بكونها جدري خلال عام ١٩٨٥ . ويجب أن يتم التحري والاستقصاء بواسطة المؤسسات الطبية للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية .

**الاحتفاظ بعينات من الحمة الراشحة الجدرية** : هناك مخبران في العالم لا يزالان يحتفظان بعيّنات من الحمة الراشحة الجدرية ( مركز السيطرة على الأمراض في ولاية أتلانتا في الولايات المتحدة الأمريكية ، ومعهد الأبحاث العلمية الخاص بالمستحضرات الحُموية في موسكو – روسيا ) . ولا يخطط أيٌّ من المركزين لمتابعة البحث والاختبارات المتعلقة بزرع الحمة الراشحة الجدرية .

**جدري القردة** : لقد سجل الأدب الطبي حدوث ٥٥ حالة من جدري القردة عند الإنسان خلال عام ١٩٨٥ كلها كانت من زائير . وقد أوجدت منظمة الصحة العالمية فعاليات مراقبة شديدة لحوالي خمسة ملايين مواطن زائيري . وتبين أن نسبة إصابة الإنسان بجدري القردة نادرة جداً ، وتزداد الثقة بعدم إمكانية الحمة الراشحة المسؤولة من المحافظة على البقاء من خلال العدوى من إنسان لآخر . ولذا فقد أنهت المنظمة العالمية تدخلها المباشر في مراقبة جدري القردة عام ١٩٨٦ .

## أمراض جلدية أخرى مسببة عن الحمات الراشحة :

### عقيدات الحلابين Milker's Nodules :

*المرادفات :* جدري الحلابين ، عقيدة نظيرة الوقس .

**العامل الممرض** : هو حمة راشحة ذات شكل لولبي يتراوح حجمها ما بين ١٢٠ – ٢٨٠ نانومتر . تنتمي لزمرة الحمات الجدرية ولا يوجد أية تفاعلات مستضدية متصالبة بينها وبين حمة الوقس Vaccinia .

**الوبئيات** : التماس مع ضرع الأبقار الفتية المصابة بداء نظير الوقس Paravaccinia ( من مرادفاتها : جدري الضرع والجدري الكاذب ) .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٥ – ٧ أيام تظهر عقيدات نصف كروية ، وحيدة أو متعددة على أيدي الحلّابين بحجم حبة البازلاء عادة ، لونها بنّي مائل للأصفر ، وغالباً ما تكون زرقاء ضاربة للحمرة مع غطاء أسود مائل للزرقة ، سطحها قاسٍ لّماع ، يحيط بها جلدٌ سويٌّ عادة . وقد يظهر التنخر كحادثة ثانوية .

**التشخيص** : يتم الكشف عن الحمة الراشحة بواسطة التلوين السلبي وباستخدام المجهر الألكتروني أو بالتشريح المرضي النسجي .

**التشريح المرضي النسجي** : البشرة متوذمة وحاوية على خلايا بالونية كما يشاهد تنكس شبكي . يغطي هذه البشرة نسيجاً حبيبياً غنياً بالأوعية الدموية ، ثم تتشكل حويصلات متعددة الحُجَر ، تماماً مثل بثرات الجدري لكن هجرة الكريات البيض قليلة ، وترتشح البشرة والأدمة بأعداد كبيرة من الخلايا الحمضة .

**التشخيص التفريقي** : العقيدات بحمة الوقس Vaccinia Nodules تظهر من خلال انتقال الحمة من الماشية إلى

الحلّابين . وتؤدي الدواحس والدواحس النزفية والتلقيح بحمة الوقس إلى ألم شديد مع أعراض عامة واضحة . كما يجب أن تفرق عن الأكثيمة المعدية . ويتم التشخيص بالكشف عن الحمة الراشحة بالدراسات الحيوية المجهرية والدراسات المصلية . وينتقل سل الجلد الثؤلولي للإنسان عن طريق حَلْبِ الحيوانات المصابة . يتقرح الاندفاع الإفرنجي البدئي على الأصابع ويؤدي إلى ضخامة غير مؤلمة في العقد اللمفاوية الناحية .

*أثفان الحلّابين* ***Milkers callosities*** : تتوضع هذه الآفات على السلامية القاصية للإبهام ، وتتألف من أثفان بحجم حبة البازلّاء . تتطور هذه الآفات لدى تطبيق الطريقة السويسرية في حلب الحيوانات وذلك بضغط الإبهام بين السبابة وراحة اليد . ( راجع الشكل ٢ — ٢٩ ) .

*عقيدات الحلابين الحبيبية* ***Milker's granulation Nodules*** : تتوضع هذه الآفات في ناحية أثلام السرير الظفري أو في الأفوات . وهي تنجم عن مرور أشعار البقر عبر التشققات الحادثة في هذه النواحي إلى الأدمة مما يؤدي بالنتيجة إلى تطور حبيبوم الجسم الأجنبي . لا تشفى هذه الآفات إلا بعد إزالة الأشعار المسببة ، وتحدث حالة مشابهة عند الحلّاقين حيث تظهر حبيبوم الحلاقين بين الأصابع . ( راجع الشكل ٢ — ٣٠ ) .

**المعالجة** : عرضية حيث تطبق معالجات مجففة .

## الإكثيمة المعدية Ecthyma Contagiosum :

*المرادفات* : الأورف Orf ، جدري الأغنام ، الإكثيمة الخمجية ، جلبة الشفة عند الأغنام .

**التعريف** : داء ينجم عن حمات راشحة ، يتواجد بشكل مستوطن عند الأغنام وينتقل للإنسان عن طريق التماس مع الآفات الحيوانية . أكثر المناطق إصابة هي ظهر الأصابع والأيدي . يتظاهر على شكل عقيدات حمراء نازة تشفى عفوياً خلال ٣٥ يوماً . ( قرف : من التسمية القديمة الإيسلانية hrufa = جلبة الجرح . وعند الألمان rufe = جلبة أو اندفاع ) .

**الحمة الراشحة** : حمة القرف ، عبارة عن حمة مكعبة الشكل ، متطاولة ، أبعادها ٢٥٠ × ١٥٨ نانومتر . تتميز ببنية خيطية لولبية ، وتنتمي لزمرة الحمات الجدرية . وهي ليست شديدة الحساسية وتستمر بالتواجد طيلة فصل الشتاء في الإسطبلات والأسوار الخشبية والشجيرات الصغيرة والأواني الخاصة بإطعام المواشي . تصاب الأغنام بهذه الحمة عن طريق التماس المباشر حيث تظهر لديها ارتشاحات عقيدية حمامية نازة على الأنف وحول الفم . تعتبر الخراف الصغيرة أكثر عرضة للإصابة ، ولذا تكثر إصابة الإنسان بالقرف في فصل الربيع من جراء تماسه مع هذه الخراف الصغيرة . وتنتقل العدوى للإنسان بالتماس المباشر مع الحيوانات المصابة وذلك لدى إرضاع الخراف الصغيرة بالزجاجات أو خلال موسم الأعياد عندما يضحّي الناس بالخراف كما هو مشاهد عند الأتراك . لا تنتقل العدوى إلى المواشي الأخرى .

**الوبئيات** : الآفة شائعة نسبياً بين الأشخاص الذين يتعاملون مع الأغنام . ويغلب أن لا يراجع هؤلاء المرضى عيادات الأطباء بسبب الشفاء العفوي .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٣ — ١١ يوماً تظهر عقيدات وحيدة أو متعددة على ظهر الأصابع بشكل خاص . تبدأ هذه العقيدات بحطاطات حمراء أول الأمر ثم تتحول بعد أسبوع إلى عقيدة ذات شكل قزحي ذات مركز أحمر وهالة بيضاء في الوسط يحيط بها جلدٌ محمرٌ التهابي . ويتراوح حجم هذه العقيدات بين ١ — ٢ سم ، وهي نازة وذات سطح حليمومي تغطيه جلبات . تشفى هذه العقيدات عفوياً خلال خمسة أسابيع دون أن تترك أية ندبة . يشيع في هذه الآفة حدوث الخمج الجرثومي الثانوي الذي يؤدي بدوره إلى حدوث تندبات . وكثيراً ما تترافق الآفة مع ضخامة العقد اللمفاوية الناحيّة ، وقد يعاني المرضى من ترفع حروري ثابت يدوم عدة أيام . ( راجع الشكل ٢ — ٣١ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : فرط تصنع بشروي كاذب وشديد . جسيمات اندخالية حُموية عديدة ضمن النوى والهيولى ، مع تنكس فجوي لخلايا الطبقة المالبيكية . وتأخذ الخلايا المتنكسة شكلاً نجمياً أو شوكياً . في الأدمة توجد رشاحة التهابية كثيفة مؤلفة من خلايا مصورية وناسجة ولمفاويات . قد تتنخر البشرة الموافقة لمركز الآفة مع تشكل تقرح سطحي .

**الإنذار** : جيد ولا تخلف الإصابة أية مناعة .

**الكشف عن الحمة الراشحة** : يتم التشخيص السريع باستخدام المجهر الألكتروني وبطريقة التلوين السلبي . أو عن طريق زرق الحمة الراشحة في المستنبتات الخلوية .

**التشخيص** : التماس مع الأغنام في سوابق المريض ، وجود عقيدات نازة على الأصابع ، الكشف عن الحمات الراشحة والشفاء العفوي .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن عقيدات الحلّابين ، حبيبومات الحلابين ، الحبيبوم التقيحي ، الجمرة الخبيثة ، جدري البقر ، التولاريميا .

**المعـالجة** : عرضيـة باستخدام الضمادات الرطبـة والمطهرات الموضعية ، تلافي حدوث الخمج الثانوي وعدم تحريك الأصابع المصابة ( الراحة ) .

## داء القدم والفم Foot and Mouth disease [ Löffler و Frosch ١٨٩٧ ] :

*المرادفات : الحمّى القلاعية .*

**التعريف** : يجب عدم الخلط بين داء القدم والفم ( داء القدم والفم الحقيقي ) الناجم عن حمة داء القدم والفم ، وبين داء اليد ـ القدم ـ الفم ( طفح اليد ـ القدم ـ الفم ، داء القدم والفم الكاذب ) الناجم عن حمة كوكساكي Coxsachie Virus .

**الحمة الراشحة** : حمة داء القدم والفم (F.M.D Virus) تنتمي لزمرة حمات البيكورنة Picorna التي يتراوح قطرها بين ٢٣ ـ ٢٥ نانومتر .

**الوبئيات** : داء القدم والفم ، داء حيواني ، يصيب الحيوانات ذات الحوافر الكبيرة والصغيرة منها ( الماشية ، الخنازير ، الأغنام ، إلخ ... ) تسببه حمة راشحة ذات انتشار وتوزع عالمي ، لكنه نادراً ما ينتقل إلى الإنسان . العدوى تنتقل إلى الإنســان عن طريق التماس المباشر والكثيف مع الحيوانات المصابة ، وبشكل أندر بواسطة الأدوات الملوّثة أو عن طريق الحليب الطازج وغير المغلي ، أو مشتقات الحليب غير المعقم .

**الإمراض** : تتكاثر حمة داء القدم والفم في الناحية التي دخلت عبرها إلى الجلد ، حيث تظهر فيها حويصلات بدئية . وأكثر النواحي التي تدخل عبرها تلك الحمات هي الجلد والأغشية المخاطية للطرق التنفسية العليا والجهاز الهضمي .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين٢ ـ ٦ أيام تظهر أعراض عامة لا نوعية ، تتألف من ترفع حروري وصداع ووهن وآلام أسفل الظهر ، ثم تظهر حويصلات بدئية في ناحية دخول الحمات الراشحة خلال الأيام الثلاثة التالية . بعد ذلك يبدأ طور تكاثر الحمة الراشحة في الدم . يستمر هذا الطور لمدة ٢ ـ ٣ أيام يظهر فيه قرحات قلاعية ثانوية بحجم حبة العدس على الأغشية المخاطية للفم والبلعوم واللسان والشفاه ، وكذلك على الراحتين والأخمصين ورؤوس الأصابع ، وغالباً ما تعف عن الجذع والأطراف ، وقد تكون الاندفاعات الجلدية شديدة الحكة . تبدأ الآفة باحمرار التهابي منتشر في الأغشية المخاطية للفم ، تتطور عليها حطاطات صغيرة ، تتحول إلى حويصلات يتراوح حجمها من ٢ ـ ١٠ ملم وتحتوي على مفرزات عكرة ، وتحاط هذه الحويصلات بهالة التهابية ، تنفجر هذه الحويصلات تاركة مكانها تآكلات أو تقرحات ، وتؤدي هذه الآفات المؤلمة إلى حدوث إلعاب ووذمة في اللسان والشفاه . تتضخم العقد اللمفاوية الناحيّة إذا ترافقت الآفة بخمج جرثومي ثانوي . أما في الجلد فتتوضع الحويصلات على الأصابع والراحتين والأخمصين . تشفى هذه الاندفاعات خلال أسبوعين دون أن تترك ندبات إذا لم تختلط بالخمج الثانوي الجرثومي .

**التشريح المرضي النسجي** : حويصلات داخل البشرة ، مع تغلّظ Pyknosis خلوي محب للحامض وحدوث تنكس شبكي .

**الإنذار** : جيد على العموم .

**الاختلاطات** : ذكرت حادثات من التهاب المعدة والأمعاء ، والتهاب خصية ، والتهاب كلية ، رهابة العضلة القلبية في حالات نادرة ، ولكن أكثر الاختلاطات شيوعاً هو حدوث الخمج الجرثومي الثانوي الذي يمكن أن يتبع سيراً مميتاً في بعض الأحيان ، وخاصّة عند الرضع والأطفال الصّغار .

**التشخيص** : القصة السريرية ( التماس مع الحيوانات المصابة ) ، وحويصلات ضبابيّة ، التكالات في الفم والراحتين والأخمصين ، عزل الحمة الراشحة بالاستعانة بالمستنبتات الخلوية ولكن ما يؤكد التشخيص هو ازدياد عيار الأضداد المضادة للحمة بطريقة تفاعل ارتباط المتممة .

**التشخيص التفريقي** : في حالة الأوبئة والجائحات كثيراً ما تختلط مع الحمامى النضحية عديدة الأشكال . كما يجب تفريقها عن الداء القلاعي الشكل لبوستيشل ـ فيرتر Feyrter – Postischill والخناق ( الذباح ) الحلئي ، طفح اليد والقدم والفم ( المسبب بحمة كوكساكي A16 وأقل من ذلك بالحمات A4 ، A5 ، A9 ، A1 ) .

**المعالجة** : عرضية باستخدام التدابير المجففة ، تعالج الحويصلات بمحلول الزنك والكليوكينول Clioquinol بتركيز ٥٪ ( فيوفورم ) .

التبليغ عن حدوث إصابة : يجب تبليغ الطبيب البيطري لمعالجة الحيوانات المصابة . وليس من الضروري التبليغ عن حدوث الإصابات البشرية .

## طفح اليد ـ القدم ـ الفم Hand – Foot – Mouth Exanthem [ Dalldorf و Sickles ١٩٤٧ ] :

*المرادفات : داء اليد والقدم والفم ، داء القدم والفم الكاذب .*

**التعريف** : هو عبارة عن التهاب فم حويصلي قيحي حاد يترافق مع تشكل حويصلات على الراحتين والأخمصين .

**الحمة الراشحة** : هي حمة كوكساكي من نموذج آ–١٦ ،

آ–٥ ، آ–١٠ ، آ–٩ ، ب ٢ وب ٥ ( وسميت كذلك نسبة إلى مدينة كوكساكي في ولاية نيويورك ) .

**الوبئيات** : تحدث الجائحات في كل أنحاء العالم وخاصة في فصل الصيف .

**الإمراض** : تنتقل الحمة عن طريق مفرزات البلعوم الأنفي والطرق التنفسية .

**الموجودات السريرية** : بعد دور حضانة يتراوح بين ٣ – ٥ أيام ، مع التهاب حلق بدئي ، تظهر حويصلات في البلعوم والحنك واللسان والشفتين سرعان ما تتحول إلى تآكلات . وتظهر في الوقت نفسه أو بعد قليل حويصلات بيضاء على جلد أحمر وذلك على الراحتين والأخمصين والأصابع والأباخس ، وأقل شيوعاً على الجذع . تبقى حالة المريض العامة جيدة بشكل عام . وقد يحدث ترفع حروري خفيف عند صغار الأطفال . ( راجع الشكل ٢ – ٣٢ ) .

**السير** : لا تحدث اختلاطات ، وتشفى آفات الجلد والأغشية المخاطية خلال فترة من ٨ – ١٠ أيام .

**الإنذار** : جيد .

**التشخيص** : ويوضع على أساس الصورة السريرية والشكل الوبائي أو الجائحي وحتى القصة العائلية أيضاً . كما يمكن الكشف عن الحمة الراشحة في مفرزات البلعوم وزيادة الأضداد المعدِّلة في مصل المريض . وتكون الأضداد المرتبطة بالمتممة نوعية الزمرة وليست نوعية النموذج .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن الخناق ( الذباح ) الحلئي ، والحمامى عديدة الأشكال ، وداء القدم – الفم النادر جداً عند البشر .

**المعالجة** : عرضية وتكون باستخدام المحاليل المطهرة اللطيفة للفم « غسولات الفم » . وتعطى الصادات ( التتراسيكلين ، السلفوناميدات ، الإريترومايسين ) في حالات الخمج الجرثومي الثانوي المتوسط الشدة .

**الخنّاق ( الذّباح ) الحلئي Herpangina** [ Zahorsky : ١٩٢٠ ] :

*المرادفات :* التهاب البلعوم الحلئي ، التهاب البلعوم الحويصلي ، التهاب البلعوم القرحي .

**الحمة الراشحة** : حمة كوكساكي من نموذج آ وعادة النماذج آ–٢ ، آ–٤ ، آ–٥ ، آ–٦ ، آ–٨ ، آ–١٠ وبشكل أندر آ–٣ .

**الوبئيات** : هو التهاب بلعوم قد يأتي على شكل متفرق أو قرئي ( وبائي ) أو جائحي ، يصيب الأطفال الصغار واليفعان بشكل خاص ، وتكثر إصاباته في فصلي الصيف والخريف .

**الموجودات السريرية** : يحدث ترفع حروري مفاجيء قد يصل إلى ٤٠° مئوية وذلك بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ – ٩ أيام . يأخذ الترفع الحروري عادة سيراً ثنائي الطور . يترافق عادة مع أعراض عامة واضحة مثل الاختلاجات عند الأطفال ، والدعث والغثيان والقُياء والإسهال والآلام العضلية . وبعد هذه البوادر العرضية تظهر حويصلات يتراوح قدّها من ٣ – ٥ ملم على عماد الحلْق واللهاة واللوزتين ، وتحاط هذه الحويصلات بهالة حمراء . تتسحج هذه الحويصلات بعد عدة أيام تاركة مكانها تقرحات مسطحة صفراء اللون .

**السير** : تشفى الحويصلات والتقرحات بدون أية اختلاطات خلال ١٠ – ١٤ يوماً .

**الإنذار** : جيد .

**التشخيص** : ويوضع استناداً إلى الصورة السريرية وبالمقارنة مع حالات مشابهة في بيئة المريض . عزل الحمة الراشحة من مفرزات البلعوم والدم والبراز أو السائل الدماغي الشوكي ، كما يمكن نقل الحمات للفئران الفتية . تصل الأضداد المعدلة إلى عيارات عالية في المصل خلال أيام من بدء الداء ولا تهبط هذه العيارات إلا ببطء وخلال أشهر . لا يمكن الكشف عن الأضداد المرتبطة بالمتممة إلا بعد أسبوعين من بدء الداء وهي نوعية الزمرة وليست نوعية النموذج .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن التهاب اللثة والفم الحلئي ، ذُباح ( خناق ) فنست **Angina Vincent** ، الحصبة ، الدفتريا والسلاق .

**المعالجة** : عرضية .

### أنماج أخرى بحمة كوكساكي :

توجد صعوبات في التشخيص التفريقي بسبب عدم القدرة على التمييز الدقيق بين الطفحات المختلفة الناجمة عن حمة كوكساكي ، تذكر هذه الطفحات الطبيب بالحصبة الألمانية والحماق ، والطفح الفجائي **Exanthema Subitum** والخمج البدئي الحاد بحمة عوز المناعة الإنسانية **HIV** ، ومتلازمة جيانوتي – كروستي ، والطفحات الدوائية المنشأ ، وحمة كوكساكي من نموذج ب ، والتهاب السحايا العقيم أو ما يدعى بانفلونزا الصيف . وتسبب حمة كوكساكي من النموذج آ داء **Bornholm** أو ما يسمى بالتهاب العضلات الجائحي والتهاب العضلة القلبية والتهاب التامور والتهاب السحايا والدماغ .

## الأمراض الخمجية الستة Six Infectious diseases :

هذه الأمراض هي : ١ – الحصبة . ٢ – الحمى القرمزية .

٣ ـ الحصبة الألمانية . ٤ ـ الحصبة الألمانية القرمزية . ٥ ـ الحمامى الخمجية Erythema Infectiosum . ٦ ـ الطفح الفجائي Exanthema Subitum .

**الحصبة Measeles** [ أو Morbilli ] :

**التعريف** : هي عبارة عن داء حموي شديد السراية يصيب الأطفال بشكل خاص . تظهر فيه طفحات حصبية الشكل تالية للدور النزلي . وتعتبر بقع كوبليك ( ١٨٩٨ ) ذات أهمية تشخيصية ، وقد يرافقه اختلاطات .

**الحمة الراشحة** : هي حمة الحصبة وحجمها يبلغ ١٤٠ نانومتر تقريباً ، تنمو في أجنة الدجاج ويمكن نقلها إلى القردة ، ويؤدي نقلها من المستنبتات إلى الإنسان إلى إصابته بالحصبة .

**الوبئيات** : هي حمة واسعة الانتشار ، وهي حسّاسة جداً لكنها شديدة السراية . تنتقل العدوى عن طريق الرذاذ . والحصبة مرض مُتوطن في المدن ، وتنتقل الإصابة إلى المناطق المجاورة من وقت لآخر ولقد أصبحت الإصابة بالحصبة نادرة في الوقت الحاضر ، وهذا يعود لإعطاء اللقاح المضاد في سنّ الرضاعة . ولقد ذكر الأدب الطبي حدوث ٣٦٥٥ إصابة فقط خلال عام ١٩٨٧ في الولايات المتحدة .

**الموجودات السريرية** : الحصبة مرض معدٍ خلال الدور النزلي والأيام الأولى من الدور الطفحي . مدة الحضانة تبلغ ١١ يوماً قبل بدء الدور النزلي و ١٤ يوماً قبل بدء الدور الطفحي . ( راجع الشكل ٢ ـ٣٣ ) .

*الدور البادريّ النزلي Catarrhal Prodromal Stage* : يتميز هذا الدور بالترفع الحروري الذي يصل إلى ٤٠° مئوية ، والتهاب الأنف ، والملتحمة والبلعوم ، ورهاب الضياء ، والتهاب الرغامى المترافق بسعال جاف . تظهر بقع كوبليك بعد ٢ ـ ٣ أيام من بدء المرض والتي تتوضع على الغشاء المخاطي لباطن الفم مقابل الأسنان الرحوية ، وهي ذات شكل نقطي بلون أبيض صافٍ وتحيط بها هالة حمراء . لا يمكن إزالة هذه البقع بمسحها كما هو الحال في بقايا الحليب أو في السلاق ، تبقى هذه البقع في الفم لمدة يوم واحد أو يومين فقط .

*الدور الطفحي Exanthematous Stage* : يظهر في اليوم الثالث طفح باطن الفم على شكل بقع حمراء تتوضع على الحنك واللوزتين واللهاة . في هذه الأثناء يكون الدور النزلي قد انتهى وانخفضت درجة الحرارة ولكن سرعان ما تعود للارتفاع مرة ثانية . وهنا يبدأ الدور الطفحي ، حيث تتطور اندفاعات جلدية هي عبارة عن بقع حمراء حصبية الشكل ، مدوّرة أو بيضوية . تكون شاحبة في البداية ثم تصبح حمراء داكنة . وكثيراً ما تكون هذه الاندفاعات نزفية . تبدأ هذه الاندفاعات بالظهور على الوجه وخلف الأذنين ثم تنتشر إلى العنق والجذع وأخيراً إلى الأطراف . يزداد قدّ هذه البقع وتتحد بعضها ببعض . وتنخفض درجة الحرارة بعد ٣ ـ ٤ أيام ويبدأ الطفح بالزوال حسب الترتيب الذي ظهر فيه . ويتلو هذا الدور دور توسف نخالي الشكل . تكون الحالة العامة للمريض سيئة خلال هذه الأيام الثمانية . وقد تأخذ الحصبة سيراً خاطفاً في حالات استثنائية حيث نشاهد أعراضاً سميّة مثل الوسن والترفع الحروري والبراز المدمّى يتلوها اضطرابات دورانية واختلاجات ثم الموت السريع .

*الاختلاطات الشائعة* : وهي ذات الرئة والقصبات والتهاب الأذن الوسطى . ومن الاختلاطات النادرة الخانوق الحصبي ، والتهاب الدماغ الحصبي ( واحد من مائة ألف ) ، التهاب الدماغ الشامل المصلّب تحت الحاد . وكذلك نقص المقاومة تجاه السل . ومن الأمور الهامة من الناحية الجلدية هو احتمال انتشار العصيات السلّية مما يؤدي لحدوث الذأب السلّي المنتشر .

**التشخيص** : سهلٌ بناء على الصورة السريرية ، وقد يسبب غياب بقع كوبليك صعوبة في التشخيص . وإن إيجابية اختبار التراص الدموي بعيار Titer ١ : ٨ يفترض وجود خمج . ولا يستدلّ بشكل دقيق على وجود خمج حصبوي إلا بزيادة عيار الأضداد بطريقة التمديد ثنائي الخطى على المصل المأخوذ بعد ١٠ ـ ١٤ يوماً . أما فيما يخص التشخيص المصلي لالتهاب الدماغ الشامل ، فإن الكشف عن الأضداد المضادة للنوى ( ANA ) بطريقة اختبار الومضان المناعي اللا مباشر يعتبر مميزاً وذلك إلى جانب العيارات المرتفعة للأضداد في المصل والسائل الدماغي الشوكي ( تفاعل التراص الدموي . تفاعل ارتباط المتممة ) . وتتواجد الخلايا العملاقة الخاصة بالحصبة في الخزع المأخوذة من الجلد والأنسجة الأخرى .

**التشخيص التفريقي** : إن الطفح الدوائي يبدأ في الأطراف أولاً ثم تتجه نحو الجذع ، أما في الحصبة الألمانية فهناك ضخامة مميزة في العقد اللمفية الرقبية وحول النواتىء الخشائية ، كما تزداد أعداد الخلايا المصورية في الدم . أما طفح الحمّى القرمزية فيتألف من بقع صغيرة تعف عن مركز الوجه وتترافق مع ذُباح Angina ولسان الفريز Strawberry . يترافق التيفوس بالتهاب ملتحمة لكنه لا يتميز بوجود دور نزلي . تشبه الوردية الإفرنجية في الإفرنجي الثانوي الحصبة ومن هنا كان اسمها الشائع « Kiel measles » وذلك نسبة للمرفأ البحري Kiel الألماني .

**المعالجة** : عرضية فقط ، ويمكن الوقاية من الاختلاطات مثل التهاب الأذن الوسطى بإعطاء الصادات . ويمكن إعطاء المصل المفرط التمنيع للأطفال المعرضين للإصابة ( كأن تنتشر الحصبة

في جناح للأطفال ) وذلك بجرعة قدرها ( ٠,٢ مل/كغ من وزن الجسم ) وذلك حتى اليوم السادس من فترة الحضانة .

**اللقاح :**

١ – لقاح حمة الحصبة الحية ( سلالة Enders Edmonton وحيدة التكافؤ ، مضعفة ) مع إضافة النيومايسين إليها (Attenurax) . استطبابات هذا اللقاح هو التمنيع الفعّال ضد الحصبة اعتباراً من الشهر الخامس عشر من العمر .

٢ – لقاح الحصبة – النكاف ( حمة الحصبة/النكاف الحيّة المضعّفة ثنائية التكافؤ ) . يتألف هذا اللقاح من : حمة الحصبة المضعفة ( سلالة Edmonton ) مع حمة النكاف المضعفة ( سلالة Jeryl – Lynn ) وألبومين إنساني ونيومايسين .استطبابات هذا اللقاح هو التمنيع الفعال ضد الحصبة والنكاف بدءاً من الشهر الخامس عشر من العمر .

٣ – لقاح الحصبة – النكاف – الحصبة الألمانية ( ثلاثي التكافؤ M/M/R ) ويتألف من حمة الحصبة المضعفة ( سلالة Edmonton ) ، وحمة النكاف المضعّفة ( سلالة Jeryl – Lynn ) ، وحمة الحصبة الألمانية المضعفة ( سلالة $\frac{٢٧}{٣}$ RA ) مع النيومايسين والألبومين الإنساني . واستطباباته هو التمنيع الفعال ضد الأمراض الثلاثة اعتباراً من الشهر الخامس عشر من العمر .

*تفاعلات اللقاح : الحصبة الناجمة عن اللقاح :* يؤدي اللقاح الحي المضاد للحصبة إلى داء طفحي غير معندٍ مع ترفع حروري بسيط عند الطفل الملقح ، ويحدث في ٢٠٪ من الأطفال الملقحين ( الحصبة الناجمة عن اللقاح ) . قد تظهر بقع كوبليك على الغشاء المخاطي لباطن الخد . تقل نسبة حدوث التهاب الدماغ بنسبة قدرها واحد إلى مليون بعد إعطاء اللقاح المضاد للحصبة . ويجب التبليغ عن الحصبة ( في ألمانيا ) .

**الحمى القرمزية Scarlet Fever** [ Sydenham ١٦٦١ ] :

*من مرادفاتها :* Scarlatina .

**التعريف :** الحمى القرمزية مرض جرثومي تسببه المكورات العقدية زمرة آ الحاوية على عاثية الجراثيم المستذبية Lysogenic Bacteriophages . ولقد تمت مناقشة الحمة القرمزية في هذا الفصل لأنها إحدى الأمراض الخمجية الستة . تبدأ الحمى القرمزية بالتهاب بلعوم يتبعه صورة سريرية تتضمن الترفع الحروري مع طفح خارجي قرمزي الشكل وطفح باطن الفم . ويلحق بهذه الأعراض أحياناً أدواء ثانوية اختلاطية وعلى كل لم تعد الآفة تهدد بالخطر بسبب المعالجة بالبنسلين .

**العامل الممرض :** المكورات العقدية الزمرة آ .

**الوبئيات :** هو داء ذو انتشار عالمي واسع رغم أنه قد نقصت نسبة الإصابة بالحمّى القرمزية في الوقت الحاضر وذلك باستعمال الصّادّات ، ومكافحة المفرزات الأنفية البلعومية المزمنة مما يخفف من نسبة العدوى .

**الإمراض :** إذا حدث خمج بسلالات المكورات العقدية المصنّعة للذيفان المحمّر تحدث الإصابة بالحمّى القرمزية ، لأن الذيفان المحمّر هو المسؤول الوحيد عن إحداث الحمى القرمزية . يصنع الذيفان المحمّر بواسطة المكورات العقدية المستذبية . ولا تصنع المكورات العقدية الذيفان إذا كانت لا

**الإمراض :** يحدث الداء نتيجة للعدوى من شخص مصاب بواسطة الرذاذ أو الأطعمة الملوثة ، ويبدأ بخمج بلعومي يظهر على شكل التهاب بلعوم ولوزتين . وإذا حدثت هذه المكورات العقدية آ على العاثيات الجرثومية المستذبية يتم تصنيع ذيفان محمّر Erythrogenic ، كما يمكن للمكورات العقدية من زمرة C و D أن تصنع ذيفاناً مشابهاً . ويمكن مقارنة هذه الظاهرة مع ظاهرة تصنيع الذيفان المعتمد على العاثية Phage في الوتديات الخناقية Corynebacterium . ومن الناحية المصلية يمكن تمييز ٣ مجموعات من الذيفان . ويمكن تعديل فعالية الذيفان بواسطة الأضداد المضادة للذيفان . فالمريض المصاب يشكل أضداداً ممنعة مضادة للذيفان ولذلك لا يصاب الإنسان بالحمى القرمزية إلا مرّة واحدة في العمر بالرغم من احتمال تكرر الإصابة بخمج بالمكورات العقدية من الزمرة آ ، علاوة على تشكل أضداد مضادة للجراثيم . يعتمد تفاعل الإنسان تجاه الخمج المسبب عن المكورات العقدية من الزمرة آ المولدة للذيفان والمنشئة على الحالة المناعية لديه : مناعة مضادة للجراثيم ونوعية للنموذج ، ومناعة مضادة نوعية للذيفان . وتوجد ثلاث مجموعات احتمالية :

١ – مناعة مضادة للجراثيم نوعية للنموذج مع أو دون مناعة مضادة للذيفان + مكورات عقدية زمرة آ : لا يحدث داء سريري .

٢ – غياب المناعة المضادة للجراثيم النوعية للنموذج مع وجود مناعة مضادة للذيفان + مكورات عقدية من الزمرة آ : يحدث خمج جرثومي ، مثال : التهاب بلعوم ولوزتين .

٣ – غياب كل من المناعة المضادة للجراثيم النوعية للنموذج والمناعة المضادة للذيفان + مكورات عقدية من الزمرة آ : يحدث التهاب بلعوم بالعقديات وحمى قرمزية ، ويمكن الوقاية من الحمى القرمزية إذا أعطيت الصّادّات باكراً . والبلعوم هو مكان دخول الجراثيم ( حمى قرمزية – التهاب بلعوم ) ، وفي حالات استثنائية نادرة تدخل الجراثيم عن طريق الجروح أو الحروق والحمى القرمزية النفاسية .

تمتلك مَجِيْن genome العاثيات المستذيبة . ولكن بالمقابل تستطيع سلالات العقديات المصنِّعة للذيفان تصنيع ذيفان محمّر إذا ما تعرضت للتحويل أو الانقلاب المستذيبي . ويعمل الذيفان المحمّر كمستضد يؤدي إلى تشكل مضادات الذيفان النوعية والتي تقوم بدورها بتعديل فعالية الذيفان . قد يعاني المرضى من خمج بالمكورات العقدية مراراً بالرغم من أنهم يحملون في مصولهم مضادات الذيفان النوعية إلا أنهم لن يعانوا من الطفح مرة ثانية أبداً .

**الموجودات السريرية** : بعد دور حضانة يتراوح بين ٢ ـ ٥ أيام تظهر أعراض بدئية تشمل الحمى والصداع ، والقياءات المفاجئة والتهاب الحلق . هناك احمرار في الحلقة اللوزية لـ Waldeyer وطفح باطن مبقّع على الحنك اللين وتتضخم العقد اللمفاوية الرقبية وتصبح مؤلمة بالضغط .

قد يظهر الطفح الخارجي ( Exanthem ) بشكل مبكر في هذا الدور ، ولكنه يظهر عادة بعد فاصل زمني يقدر بعدة أيام . يعتمد وجود الطفح الخارجي الخفيف أو غيابه في هذا الدور على المناعة المضادة للذيفان في كل مريض على حدة . يظهر الطفح الخارجي البدئي والأكثر شدة في المغبن والمثلث الفخذي والسطوح العاطفة للذراعين . وقد ينحصر الطفح في هذه المناطق لكنه ينتشر عادة إلى الصدر والبطن والظهر ويتعمم في النهاية . لا تظهر الاندفاعات البقعية على الوجه إلا في الحالات الشديدة جداً لكنها تعفُّ عن منطقة ما حول الفم والذقن وهذا مميز للاندفاع ( سحنة الحمى القرمزية ) . الاندفاعات ذات توزع جريبي وتتألف من حطاطات صغيرة بحجم رأس الدبوس . وتكون شاحبة في البداية ثم تصبح حمراء وقليلة الارتفاع عن سطح الجلد ، ويصبح ملمس الجلد مخملياً لدى التدليك بسبب غزارة هذه الاندفاعات . تتوضع هذه الحطاطات النقطية على ظهر الأصابع واليدين والقدمين ، كذلك تتشكل حويصلات دقيقة ( دخنيات الحمّى القرمزية ) مميزة لهذا الداء إذا كان التفاعل الالتهابي الجريبي شديداً . وقد تنفجر الشعريات الدموية الموجودة في الحطاطات مما يؤدي إلى نزوف . وتشير ظاهرة رمبل ـ ليد Rumple – Leede أو هيس Hess إلى ميل الشعريات الدموية غير السويّ إلى التمزق . تؤدي كتوبية الجلد إلى تشكل شريط فقرمي ـ يرقاني Anemic – icteric ( الكتوبية الجلدية البيضاء ) . وينجم اللون تحت اليرقاني عن ازدياد محتوى البيليروبين في المصل بسبب الذيفان الجرثومي ، كما يزول الغطاء المغلّف للسان بعد اليوم الثاني تاركاً وراءه لساناً أحمر مع حليمات متوذّمة ( لسان الفريز ، لسان الحمى القرمزية ) .

يستمر ذُباح الحمى القرمزية مع الاحمرار الشديد في البلعوم خلال دور الطفح الجلدي ، يمتد هذا الاحمرار إلى جدار البلعوم الخلفي وإلى الحنك اللين مع حدود شديدة الوضوح عند قاعدة اللهاة . تتراجع تبدلات الأغشية المخاطية والجلد بسرعة مع هبوط درجة الحرارة ثم ينتقل المريض إلى دور النقاهة الذي يتميز بحدوث توسف جلدي متميز . يبدأ التوسف في الأذن الخارجية والوجه والجذع والأطراف حيث تتساقط لويحات كبيرة من الجلد في منطقة الراحتين والأخمصين . ينقلع الجلد في ناحية لب الأصابع ورؤوس الأباخس وكأن المريض يخلع قفازاته . ويمكن للتوسف أن يحدث حتى في غياب الطفح الجلدي الخارجي .

**السير** : قد يكون سير الداء خفيفاً أو وخيماً وقد يحدث الترفع الحروري والوسن والهذيان والاختلاجات والفرفريات والوهط الدوراني المحيطي والموت السريع في الأشكال السميّة والخبيثة ( الحمى القرمزية الخاطفة ، الحمى القرمزية السميّة ) . وتؤدي الأشكال الإنتانية ( الحمى القرمزية الإنتانية ) إلى ذُباح نخري ( Ludwig's Angina ) مع إصابة العقد اللمفاوية والتهاب الجيوب وخثار جيب الأم الجافية والتهاب السحايا .

وكثيراً ما تُتبع الحمى القرمزية بداء ثانٍ قد يكون أشد من الداء الأولي . ويتألف الداء الثاني هذا من الاختلاطات التي يمكن أن تتطور بعد وصول المريض إلى دور النقاهة ، كما هو عليه الحال في الأخماج الأخرى بالمكورات العقدية . هذه الاختلاطات هي التهاب العقد اللمفاوية ، والتهاب الأذن ، والتهاب الجيوب ، والتهاب العضلة القلبية ، والتهاب كبيبات الكلى ، والتهاب المفاصل المتعددة .

**الإنذار** : جيد إذا ما بوشر بإعطاء الصادات بشكل مبكر .

**التشخيص** : الصورة السريرية مهمة فهناك الترفع الحروري والغثيان والتهاب البلعوم النتحي والطفح الجلدي الجريبي القرمزي الشكل ، واللسان القرمزي ، وعدم إصابة الطفح للناحية حول الفم بالإضافة إلى الكشف عن وجود المكورات العقدية من الزمرة آ . يرتفع عدد الكريات البيض إلى ١٥٠٠٠ ـ ٤٠٠٠٠ في الدم في المراحل الباكرة من المرض . بعد ذلك تزداد نسبة الحمضات في الدم إلى ٥ ـ ١٠٪ . وخلال سير الداء تزداد نسبة الخلايا العدلة وبعدها تزداد نسبة اللمفاويات . ويمكن الكشف عن جسيمات Döhle الاندخالية في هيولى الخلايا المحبّبة . ويمكن الكشف عن وجود اليوروبيلينوجين والأسيتون في البول في المراحل البدئية ، كما تحدث بيلة الألبومين التي لا تشير بالضرورة إلى حدوث التهاب الكلى القرمزي .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الحصبة والحصبة الألمانية والطفح الدوائي المنشأ ذي الشكل القرمزي . ويجب على الطبيب التفكير بالطفحات الناجمة عن المكورات العقدية

بسبب وجود سلالات مصنّعة للذيفان المحمّر حيث لا يبدأ الخمج في البلعوم وإنما من الأخماج العميقة مثل : ( ذات العظم والنقي ، والخراجات ، وذوات الرئة ) . كما يجب أن تفرق عن متلازمة الصدمة السميّة ( TSS ) وداء وحيدات النوى الإنتاني ( اختبار تراص الكريات البيض المغايرة ، اعتلال العقد اللمفاوية ، التبدلات الدموية ) وأخماج الطرق التنفسية العليا الحُموية المنشأ ( الحمات الغدية وحمة كوكساكي ) .

**المعالجة** : كانت نسبة الوفيات تتراوح بين ١ : ٦ و ١ : ٥ قبل عهد الصادات . ولقد انخفضت نسبة الوفيات في الوقت الحاضر إلى ٠,٥٪ . يعطى البنسلين لمدة ١٠ أيام ( ١ - ٢ × ١٠^٦ وحدة دولية يومياً أو بحسب وزن الجسم ) . والمكورات العقدية حساسة جداً للبنسلين حيث يبدل إعطاء الصادات المبكر سير الداء بشكل واضح جداً . فتنخفض درجة الحرارة ويتم تثبيط الطفح القرمزي وتتم الوقاية من الاختلاطات مثل التهاب الأذن ، والسحايا ، والتهاب الكلية والحويضة ، والتهاب المفاصل المتعددة ، والتهاب كبيبات الكلى والحمامى العقدة . ويستخدم التتراسيكلين في حالات التحسس من البنسلين ، كما يعطى الارترومايسين عند الأطفال .

**الحاجة للتبليغ** : يجب التبليغ عن حدوث الإصابة . كما يجب إبعاد المصابين عن المدارس وعن الأعمال التي تتعلق بتحضير الأطعمة وعن مصادر مياه الشرب .

**الحصبة الألمانية ( الحُمَيْراء ) Rubella** :

**التعريف** : داء حموي غير معدٍ بشدة . يؤدي إلى طفح جلدي مميّز . وتؤدي الإصابة به باكراً أثناء الحمل إلى اعتلال مضغي وتشوهات جنينية .

**العامل الممرض** : هي حمة الحميراء التي يتراوح قطرها بين ٥٠ - ١٠٠ نانومتر ، ويمكن زرعها في أجنة الدجاج أو في المستنبتات الخلوية ، كما يمكن نقلها إلى القرود .

**الوبئيات** : الحميراء أقل سراية من الحصبة وتتم العدوى عن طريق الرذاذ وكثيراً ما يصاب البالغون بالحميراء للمرة الأولى .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ - ٣ أسابيع خالية من أية بوادر كالنزلة أو الترفع الحروري ، أو حاوية على أعراض خفيفة ، يظهر طفح جلدي ينتشر ثم يختفي بعد ٣ أيام . يبدأ الطفح على الوجه آخذاً شكل الفراشة ثم ينتشر إلى الناحية خلف الأذن ثم يظهر على الجذع والأطراف . ومن الناحية الشكلية فإن هذا الطفح حميرائي الشكل . مثال : طفح بقعي ، حطاطي ، تكون البقع بحجم ١ - ٢ ملم ، حمراء اللون ، ومرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، تحيط بها هالة فقرمية ( شاحبة ) . وفي الوقت نفسه الذي يظهر فيه الطفح الجلدي ، تتضخم العقد اللمفاوية وبشكل خاص الرقبية منها والقذالية ، وتحدث ضخامة طحالية أيضاً . وتكون الغدد المجاورة للنواتىء الخشائية ( غدد تيودور ) مرئية ومحسوسة بسهولة . وقد تحدث آلام مفصلية مؤقتة عند البالغين ( الأصابع - الرسغ - الركبة ) ، كما قد تحدث أخماج خفيّة أو غير واضحة سريرياً عند البالغين . ( راجع الشكل ٢ - ٣٤ ) .

**التشخيص** : طفح بقعي حطاطي يبدأ على الوجه ثم ينتشر إلى الجذع والأطراف ، واعتلال العقد اللمفاوية تحت القذالية وخلف الأذن ، وزيادة عدد الخلايا المصورية في الدم . يمكن إثبات التشخيص بعزل الحمة الراشحة وغالباً ما يتم تأكيد التشخيص بإجراء الاختبارات المصلية . وإن وصول عيار الأضداد إلى ٤ أضعاف بالاعتماد على تفاعل تثبيط التراص الدموي ( HAIR ) أو الكشف عن الأضداد IgM النوعية للحميْراء يعتبران دليلان على وجود إصابة حديثة العهد بالحصبة الألمانية .

**التشخيص التفريقي** : يصعب تفريق الحميراء عن الحصبة عندما تكون الاندفاعات البقعية متصلة ببعضها البعض ، وعن الحمّى القرمزية عندما يحدث احمرار منتشر تتوضع عليه بقع أكثر حمرة . وعلى عكس الحالة التي هي عليها في الحمّى القرمزية فإن الاندفاع في الحصبة الألمانية يصيب مركز الوجه ولا يعفّ عنه ، كما وتنقص الكريات البيضاء في المراحل الأولى للداء مع زيادة نسبة الحمضات واللمفاويات وبعد ذلك يزداد عدد الكريات البيض . ويحدث التهاب وتصلب الغدد المتعددة في الإفرنجي الثانوي ولذلك يجب إجراء الاختبارات المصلية الخاصة بالإفرنجي في الحالات المشتبه على أنها حميراء . كما يجب الأخذ بعين الاعتبار داء وحيدات النوى الإنتاني .

**الاختلاطات** : تؤدي الإصابة بالحميراء في الأشهر الأولى من الحمل إلى تشوهات جنينية وخيمة في حوالي $\frac{١}{٣}$ الحالات . وكلما كانت الإصابة مبكرة أثناء الحمل كلما ازدادت نسبة خطورة الاعتلال الجنيني ولذا يجب التحري عن وجود المناعة تجاه الحميراء عند الحوامل لدى متابعتهن من قبل عيادات الحوامل . فإذا كانت العيارات Titer تساوي ١ : ١٦ أو أقل من ذلك فهذا يعني أن الحامل عرضة للإصابة بالحميراء البدئية ولذا يجب إعطاء اللقاح بعد الولادة وخلال فترة النفاس وإجراء الاختبارات المصلية لمعايرة الأضداد بعد أسبوعين من اللقاح .

ينصح بإعطاء الغلوبولينات المناعية الحيوانية للحوامل اللواتي هنّ على تماس مع المرضى المصابين بالحميراء . أما إذا كان عيار الأضداد يساوي أو أكبر من ١ : ١٦ وحتى ١ : ٥١٢ فهذا يعني أن الشخص ممنع ضد الحميراء . أما إذا أريد إثبات وجود

خمج حاد بالحصبة الألمانية فيجب أن يكون عيار الأضداد ٤ أمثال العيار السويّ على الأقل . وإذا تبين وجود أضداد من الـ IgM النوعية للحميراء فهذا يشير إلى وجود خمج حديث بها .

**المعالجة** : لا تعطى أية علاجات إلا للحوامل اللواتي هُنَّ عُرضة للإصابة . أما إذا حدثت إصابة بالحصبة الألمانية باكراً أثناء الحمل فيجب إجراء استشارة من قبل أخصائي الوراثة ( Genetic Counseling ) .

**التلقيح** : لقاحات الحميراء الحية ، توجد في الولايات المتحدة ٣ لقاحات مشروعة قانونياً وهي : Cendehill ، HPV – 77 ، RA – 27/3 . ويتم التلقيح باللقاحات الحية ( حمة الحميراء المضعفة ) . ويستحصل على الحمة الراشحة من المستنبتات النسجية في أجنة البط بعد إضافة النيومايسين إليها . يستطب هذا اللقاح للتمنيع الفعّال ضد الحميراء ، ويجب إعطاؤه للفتيات تحت سن البلوغ ، وذلك لقدرته على الوقاية من حدوث التشوهات الجنينية أثناء الحمل . وإذا لم يتم استغلال هذه الفرصة فيجب عدم إعطاء اللقاح لاحقاً إلا في الحالات التي تكون فيها الأضداد ناقصة . وباعتبار أن اللقاح يؤدي إلى تكاثر انتشار الحمات في الدم في الأشهر الثلاثة التالية للقاح لذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار اللجوء إلى وسائل منع الحمل في هذه الفترة . ويجب تحري عيار الأضداد عند كل امرأة في سن الإنجاب وذلك بطريقة HAI . فإذا كان عيار الأضداد يساوي أو أقل من ١ : ١٦ فيجب إعطاؤها اللقاح المضاد للحميراء . كما تعطى الغلوبولينات المناعية الخاصة بالحميراء بعيار قدره ١ : ٦٠٠٠ ( يحتوي ١ مل من اللقاح على الغلوبولينات المناعية المأخوذة من أشخاص لديهم أضداد مضادة لحمة الحميراء بعيار قدره ١ إلى ٦٠٠٠ على الأقل ) . يستطب إعطاء هذه الغلوبولينات المناعية للحوامل المعرضات للإصابة بالحميراء ، وللنساء اللواتي كنَّ على تماس مع مصابين خلال أشهرها الأولى من الحمل . كما يستطب إعطاء هذه الغلوبولينات المناعية للوقاية من الحميراء في جميع الأعمار وللوقاية من اختلاطاتها مثل التهاب السحايا والدماغ والآلام المفصلية .

### الحصبة الألمانية القرمزية Rubella Scarlatinosa :

*المرادفات :* الداء الرابع ، الحميراء القرمزية .

**التعريف** : لم يثبت بعد أن هذا الداء وحدة قائمة بذاتها ، فالبعض يعتقد أن الحميراء القرمزية عبارة عن شكل خاص من الحصبة الألمانية ( الحميراء ) ، أو أنه شكل مُجهَض من الحمى القرمزية . لا تترك الإصابة بهذا الداء أية مناعة .

**فترة الحضانة** : من ٩ – ٢٠ يوماً .

**العامل الممرض** : حتى اليوم لم يتم عزل أي حمة راشحة نوعية .

**الموجودات السريرية** : يُتبع الدور البادري غير المميز بطفح جلدي قرمزي الشكل أو حميرائي الشكل ، يتألف من بقع صغيرة جداً . سير الداء سليم ولا تعرف له أية اختلاطات .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الحصبة ، الحمى القرمزية ، Enterocytopathogenic Human orphan virus exanthem ( ECHO ) والتي كان يتم الخلط بينها وبين الحميراء القرمزية سابقاً .

**المعالجة** : عرضية .

### الحمامى الخمجية Erythema Infectiosum [ Sticker ١٨٩٩ ] :

*المرادفات :* الداء الخامس . و Infectious Erythema .

**التعريف** : داء نادر يظهر بشكل متوطن ويأخذ سيراً غير مختلط ويتميز بظهور حمامى تلفيفية الشكل مميزة .

**العامل الممرض** : في الدراسات التي أجريت على ثلاث جائحات أمكن الكشف عن أضداد من نوع IgM و IgG مضادة للحمات الصغيرة $B_{19}$ ( $B_{19}$ Parvovirus ) . كما أمكن الكشف عن الحمات الراشحة نفسها عند المرضى .

**الوبئيات** : هو داء نادر يختفي لسنوات ويظهر فجأة في حالات متعددة لدى الأطفال الصغار وتلاميذ المدارس . يبقى الداء محدداً في مجموعة صغيرة من المرضى .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تقدر من ٦ – ١٤ يوماً يظهر طفح جلدي مع ترفع حروري لكن دون أعراض بادرة أو أعراض عامة ، كما لا يترافق مع طفح باطن أو تورم في الغدد . يبدأ الطفح على شكل احمرار مزرق مرتفع قليلاً على سطح الجلد ، أما على الوجه فيقتصر الطفح على جانبي جسر الأنف والوجنتين ويعفّ عن الناحية الفموية . وقد يكون الاندفاع عابراً ويزول خلال ساعات أو أيام . ثم يمتد الطفح إلى الوجوه الداخلية للأقسام السفلية والعلوية للذراعين على شكل حمامى حلقية بقطر ١ – ٢ سم مضفورة على شكل أكاليل الزهور . وتكون الحلقات الخارجية غير كاملة بل هلالية الشكل . يزول الطفح الجلدي بعد أسبوع واحد دون أن يترك أي توسف أو أية عقابيل . ومن الشائع ترافق الآفة بآلام مفصلية وعضلية عند النساء . كما تنخفض عدد الكريات البيض واللمفاويات والصفيحات والخلايا الشبكية . ( راجع الشكلين ٢ – ٣٥ و ٢ – ٣٦ ) .

**الإنذار** : إنذار الداء حسن بشكل عام ، ولكن قد تؤدي الإصابة أثناء الحمل إلى الإجهاض أو التشوهات الجنينية . وإذا ما اشتبه بوجود هذا المرض لدى امرأة حامل فيجب إجراء

معايرة الأضداد المضادة للـ $B_{19}$ ، كما يجري الاختبار بالأمواج فوق الصوتية للبحث عن وجود حبن أو استسقاء جنيني ، وتحديد الألفافيتوبروتين ( $\alpha$–Fetoprotein ) . لا تحدث العدوى عادة بين الأطفال إلا في دور الحضانة ، ويجب معايرة الأضداد لدى الحوامل اللواتي هنَّ على تماس مع الأطفال في دور الحضانة كما ويجب البحث عن مستضدات الحمة $B_{19}$ إذا كان الأمر مناسباً ( تهجين الدنا أو ELISA ) .

**التشخيص** : يعتمد على الصورة السريرية ، حمامى بقعية مضفورة على شكل أكاليل الزهور عند الأطفال واليفعان ، وبشكل جائحي أحياناً ، وبشكل انتقائي على بعض أجزاء البدن « الخد المصفوع » . لا توجد علامات فعالة متعلقة بالمرض ، هناك زيادة طفيفة بنسبة الحمضات في الدم المحيطي .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الطفحات الدوائية المنشأ ، وأخماج الحمات المعوية ، والحصبة والحصبة الألمانية .

**المعالجة** : لا يوجد .

## الداء السادس ( الطفح الفجائي ) Exanthema Subitum :

*المرادفات* : وردية الرضع ، طفح حمى الثلاثة أيام ، الحميراء الكاذبة .

**التعريف** : مرض نادر قد يكون ناجماً عن حمة راشحة ، يصيب الأطفال الصغار ويتظاهر بطفح جلدي يستمر لمدة يوم أو يومين .

**الحمة الراشحة** : هي حمة راشحة مطابقة أو شديدة الشبه بحمة الحلأ الإنسانية ــ ٦ .

**الوبئيات** : داء ذو توزع وانتشار عالميين وأمكن نقل الداء من المرضى إلى الأطفال الصغار . وعند نقل الداء إلى القردة ، باستخدام سائل غسل البلعوم أو مصل الأطفال المصابين ، عانت تلك الحيوانات من حمّى ونقص في عدد الكريات البيض . وإن سراية الداء خفيفة جداً .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٣ ــ ٧ أيام يعاني المريض من ترفع حروري مفاجىء يصل حتى ٤٠° مئوية ، يستمر مدة قدرها ثلاثة أيام ويترافق مع دعث . ثم تنخفض درجة الحرارة ، يصاحب انخفاضها طفح شبيه بطفح الحميراء ، حيث تشاهد بقع حمراء شاحبة بقد ٣ ــ ٥ ملم مع اختلاف في تسلسل التطورات الحاصلة في الحميراء : يصاب الجذع أولاً ثم تصاب الأطراف وغالباً ما يعف الاندفاع عن الوجه . كما أنه لا يوجد مطلقاً طفح باطن Enanthem ، ويزول الطفح خلال يوم أو يومين .

**الإنذار** : جيد جداً بشكل دائم ، ويترك الداء مناعة دائمة .

**التشخيص** : أطفال صغار وترفع حروي يدوم ٣ أيام يتلوه طفح حميرائي الشكل يستمر لمدة يوم أو يومين .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الحميراء ، والحصبة ، والحمى القرمزية ، والحمامى الخمجية ، والطفحات الحموية الناجمة عن حمات راشحة من نوع ( ECHO نموذج ٩ و ٤ و ٨ و ١٦ و ١٨ ) أو حمات الكوكساكي ( آ ٩ وآ ١٦ ، ب ١ وب ٣ ) .

**المعالجة** : عرضية باستخدام التدابير المخفضة للحرارة .

## متلازمة عوز المناعة المكتسب ( الإيدز ) Acquired Immunodeficiency Syndrome :

**التعريف** : هو معقَّدٌ أو خليط من الأخماج المكتسبة والأورام التي تصيب المرضى الذين لديهم مؤشرات دالّة على وجود عوز بالخلايا التائية ( T – Cells ) يتوافق مع حمة عوز المناعة الإنسانية ( HIV, HTLV – III, LAV ) .

وتعرّف متلازمة اعتلال العقد اللمفاوية ( LAS ) والمعقّد المرتبط بالإيدز ( ARC ) على أنهما مجموعة ثابتة خاصة من الأعراض التي تتظاهر لدى الأشخاص المنتمين إلى مجموعات تتميز بزيادة نسبة حدوث المتلازمة لديهم . قد تتضمن هذه العلامات اعتلال العقد اللمفاوية المعمم ، والدعث ، ونقص الكريات البيض ، ونقص الوزن ، والحمّى ، والإسهال المزمن ، وقلة اللمفاويات ، وفقر الدم ، وقلة الصفيحات الدموية ، واضطرابات مناعية ، وسلاق فموي . لا يبدي هؤلاء الأشخاص الإصابة بالأخماج الانتهازية النموذجية وغرن كابوزي .

**ملاحظة تاريخية** : لاحظ فريدمان ــ كين Friedman – Kien الاختصاصي بالأمراض الجلدية وبالحمات الراشحة وزملاؤه من نيويورك عام ١٩٨٢ انتشار غرن كابوزي عند الجنوسيين ( Homosexual men ) . لقد حددت مراكز السيطرة على الأمراض ( CDC ) في الولايات المتحدة تعريف متلازمة اعتلال العقد اللمفية في نفس السنة . كما اكتشفت مجموعتي بحث علمي بشكل مستقل خلال عام ١٩٨٣ الحمة الراشحة ( الحمة المرتبطة باعتلال العقد اللفماوية LAV ، والحمى المحبة للمفاويات التائية ، والنموذج الثالث HTLV – III ، وحمة عوز المناعة الإنسانية HIV ) . إحدى هذه المجموعات ترأسها اختصاصي الحمات الراشحة الفرنسي مونتاغنير Montagnier ، وترأس المجموعة الأخرى اختصاصي الحمات الأمريكي Gallo . لقد تم تحديد نسائل ومميزات الحمات الراشحة في عام ١٩٨٤ من قبل Hahn ومساعديه .

**تصنيف الداء** : يوجد في الوقت الحاضر عدة تصانيف للداء ولكن أهمها هو التصنيف الذي أصدره معهد والتر – ريد ( واشنطن – الولايات المتحدة ) وكذلك تصنيف مراكز السيطرة على الأمراض ( CDC ، أتلانتا – الولايات المتحدة الأمريكية ) . وفي عام ١٩٨٧ عدّل الـ CDC تعريفهم لمتلازمة عوز المناعة المكتسب .

لقد تمّ تعديل التعريف الخاص بمراقبة الإيدز من قبل مراكز السيطرة على الأمراض بالإضافة إلى اختصاصيين بالصحة العامة . لقد كان هدف التعديل :

١ – المكافحة الأكثر فعالية ضد القدرة المرضية المرافقة للخمج بحمة الـ HIV ( ويتضمن HIV – 1 و HIV – 2 ) .

٢ – لتبسيط عملية التبليغ عن الإصابة بالإيدز .

٣ – لزيادة نسبة خصوصية التعريف وحساسيته من خلال إضافة وسائل تشخيصية ذات مؤشرات ودلالات مخبرية على الخمج بالـ HIV .

٤ – لكي يتناسب مع الواقع التشخيصي الجاري والذي يتضمن في بعض الحالات تشخيصياً افتراضياً للأدواء الدّالة على الإيدز دون إثبات المؤشرات المخبرية ( مثال : ذات الرئة بالمتكيّسات الكاردينية ، غرن كابوزي ) .

ويختلف التعريف الخاص بالأطفال عن ذلك الخاص بالبالغين من ناحيتين :

١ – تقبل الأخماج الجرثومية المتكررة أو المتعددة الشديدة وذات الرئة الخلالي اللمفاني / فرط التصنع اللمفاني الرئوي / على أنها أمراض دالة على الإصابة بالإيدز عند الأطفال فقط .

٢ – تكون مستلزمات التشخيص المخبري للإصابة بخمج الـ HIV أكثر صرامة عند الأطفال تحت سن الـ ١٥ شهراً وذوو الأمهات إيجابيات الـ HIV . حيث أن وجود الأضداد المضادة للـ HIV لوحدها عند الرضيع ليست دليلاً كافياً للتشخيص ، لأن الأضداد الوالدية المكتسبة بشكل منفعل تستمر لفترة تقدر بـ ١٥ شهراً بعد الولادة .

**أولاً : نقص الدلائل المخبرية على الخمج بالـ HIV** : ( إذا لم تطبق الفحوص المخبرية الخاصة بالـ HIV أو إذا أعطت نتائج غير حاسمة :

*آ – أسباب عوز المناعة التي تجعل الأمراض غير المؤهلة كمؤشرات على الإيدز هي حالة غياب الدلائل المخبرية على الإصابة بالـ HIV :*

١ – استخدام الستيروئيدات القشرية بجرعات عالية أو لمدة طويلة أو استخدام مثبطات المناعة الأخرى ( الأدوية السامّة للخلايا ) لفترة تساوي أو أقل من ٣ شهور قبل بدء الداء الدّال على الإيدز .

٢ – تشخيص أيٍّ من الأمراض التالية خلال فترة تساوي أو تقل عن ٣ أشهر بعد تشخيص الداء الدّال على الإيدز : داء هودجكن ، ولمفوم هودجكن ( غير لمفوم الدماغ البدئية ) ، وابيضاض الدم اللمفاوي ، والورم النقوي المتعدد ، وأي من السرطانات الأخرى على حساب الأنسجة اللمفاوية الشبكية أو الخلايا الناسجة .

٣ – متلازمة عوز المناعة وراثية المنشأ ( ولادية ) أو متلازمة عوز المناعة المكتسب غير النموذجية للخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية ( HIV ) ، مثل الحالات التي يتداخل فيها نقص الغاما غلوبولين في الدم .

*ب – الأمراض الدّالة على الإيدز والتي تم تشخيصها بشكل قاطع وأكيد :*

١ – داء المبيضات البيض المتوضع في المريء أو الرغامى أو القصبات أو الرئة .

٢ – داء المستخفيات ، خارج الرئوية .

٣ – داء المبوغات المستخفية مع الإسهال لفترة تتجاوز الشهر الواحد .

٤ – داء الحمة المضخمة للخلايا في عضو غير الكبد والطحال ، والعقد اللمفاوية في مريض يتجاوز عمره الشهر الواحد .

٥ – خمج بحمة الحلأ البسيط مسبباً لقرحة مخاطية – جلدية تستمر لفترة تزيد عن شهر واحد ، أو التهاب قصبات أو التهاب رئة أو التهاب مريء لأي فترة من الزمن عند مريض عمره أكثر من شهر واحد .

٦ – إصابة مريض عمره أكثر من ستين سنة بغرن كابوزي .

٧ – لمفوم في الدماغ ( بدئية ) عند مريض عمره أكثر من ستين سنة .

٨ – ذات رئة لمفانية خلالية و/أو فرط تنسج لمفاني رئوي ( LIP/PLH ) عند طفل عمره أقل من ١٣ سنة .

٩ – انتشار أو امتداد المتفطرات العصوية الطيرية avium أو المتفطرات العصوية Kansasii ( في ناحية غير الرئتين أو بالإضافة إليهما ، الجلد ، العقد اللمفاوية الرقبية أو السُرية ) .

١٠ – ذات الرئة بالمتكيسات الكاريينية .

١١ – اعتلال الدماغ الابيضاضي عديد البؤر المترقي .

١٢ – داء المقوسات في الدماغ عند مريض عمره أكثر من شهر واحد .

**ثانياً : مع المؤشرات المخبرية الدّالة على الخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية HIV :**

*آ – الأدواء الدّالة على الإيدز والمشخّصة بشكل حاسم :*

١ – أخماج جرثومية متعددة أو ناكسة ( اجتماع اثنين على

الأقل خلال فترة قدرها سنتين ) من النماذج التالية عند طفل عمره أقل من ١٣ سنة : إنتان الدم ، ذات الرئة ، التهاب السحايا ، خمج العظام أو المفاصل ، خرّاج في عضو داخلي أو في أحد أجواف الجسم ( باستثناء التهاب الأذن الوسطى أو الخراجات السطحية في الجلد والأغشية المخاطية ) مسبباً عن المكورات العقدية ( بما فيها المكورات الرئوية ) ، أو محبات الدم أو الجراثيم المقيحة الأخرى .

٢ ـ انتشار الفطار الكرواني ( في ناحية ما غير الرئتين أو بالإضافة إليهما ، العقد اللمفاوية الرقبية أو السريّة الرئوية ) .

٣ ـ اعتلال الدماغ بحمة عوز المناعة الإنسانية ( وتدعى كذلك خرف الـ HLV ، خرف الإيدز ، التهاب الدماغ تحت الحاد الناجم عن الـ HIV ) .

٤ ـ انتشار داء النَّوْسَجات Histoplasmosis ( في ناحية ما غير ، أو بالإضافة إلى الرئتين أو العقد اللمفاوية الرقبية أو السريّة الرئوية ) .

١٠ ـ داء الأبواغ المتشابهة Isosporiasis مع الإسهال لفترة تزيد عن الشهر الواحد .

٦ ـ غرن كابوزي في أي عمر .

٧ ـ لمفوما دماغية ( بدئية ) في أي عمر .

٨ ـ لمفومات أخرى لاهودجكينية من نموذج الخلايا البائية أو ذات النمط الظاهري المناعي المجهول مع النماذج النسجية التالية :

أ ـ لمفوما صغيرة الخلايا غير مشطرة ( إما نماذج بوركيت أو لابوركيت ) .

ب ـ غرن الأرومة المناعية ( وهي تعادل أيٍّ من الآفات التالية ، وإن كان ليس بالضرورة اجتماعها : لمفوما الأرومة المناعية ، لمفوما كبيرة الخلايا ، لمفوما منتشرة ناسجة الخلايا ، لمفوما منتشرة غير متمايزة ، لمفوما ذات درجة عالية ) .

**ملاحظة** : اللمفومات من النموذج الظاهري المناعي ذو الخلايا التائية غير متضمّنة هنا ، وكذلك إذا كان النموذج التشريحي المرضي لها غير موصوف ، أو موصوف على أنه لمفاوي الخلايا ، لمفاوي أرومي ، صغير مشطور ، لمفاوي الخلايا كثير المصوريات .

٩ ـ انتشار أي داء مُسَبَّبٍ بالمتفطرات العصوية ، غير المتفطرات العصوية السليّة ( في ناحية ما غير ، أو بالإضافة إلى الرئتين أو العقد الرقبية أو السريّة الرئوية ) .

١٠ ـ داء مسبب عن المتفطرات العصوية السليّة ولكن خارج الرئتين ( إصابة ناحية واحدة على الأقل خارج الرئة ، بغض النظر عن وجود الإصابة الرئوية أو عدم وجودها .

١١ ـ إنتان الدم المتكرر بالسلمونيلّا ( اللاتيفية ) .

١٢ ـ المتلازمة الضمور بالـ HIV ( هُزال : « داء النحول » ) .

ب ـ *الأدواء الدّالة على الإيدز والمشخّصة بشكل ظنّي :*

١ ـ داء المبيضات البيض في المري .

٢ ـ التهاب الشبكية بالحمة المضخّمة للخلايا مع فقدان الرؤية .

٣ ـ غرن كابوزي .

٤ ـ ذات رئة لمفانية خلالية أو فرط تنسّج لمفاني رئوي ( معقد LIP/PLH ) أو كليهما معاً عند طفل عمره أقل من ١٣ سنة .

٥ ـ انتشار الداء المسبب بالمتفطرات ( عصيات مقاومة للحمض من أنواع غير محدّدة بالزرع ، تصيب ناحية واحدة على الأقل ، غير ، أو بالإضافة إلى الرئتين والجلد والعقد اللمفاوية الرقبية أو السريّة الرئوية ) .

٦ ـ ذات الرئة بالمتكيّسات الكارينية .

٧ ـ داء المقوسات في الدماغ عند مريض عمره أكثر من شهر واحد .

**ثالثاً : مع مؤشرات مخبرية ضد الخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية (HIV) :**

آ ـ *نفي جميع الأسباب الأخرى لعوز المناعة المذكورة في الفقرة ( أولاً آ ) و :*

ب ـ *أن يكون عند المريض :*

١ ـ ذات رئة بالمتكيسات الكارينية مشخصاً بوسيلة حاسمة ؛ أو .

٢ ـ أ ـ أي داء آخر دالّ على الإيدز ورد ذكره في الفقرة ( أولاً ـ ب ) وتمّ تشخيصه بوسيلة حاسمة ؛ و

ب ـ تعداد اللمفاويات التائية المساعدة/المحرضة ( $CD_4$ ) أقل من ٤٠٠/ملم$^3$ .

تتضمن متلازمة اعتلال العُقد اللمفاوية المزمن (LAS) ( عند الجنوسيين عادة ) وجود اعتلال عقد لمفاوية معمم ، وتفاعل مفرط التنسج من الناحية التشريحية المرضية ، وعدم وجود مرضٍ حالي أو تعاطي أي مادة دوائية .

لقد تمّ استعمال المصطلح « ما قبل متلازمة عوز المناعة المكتسب (Pre – AIDS) لتعريف الأشخاص الإيجابيين للـ HLV دون أن تكون لديهم متلازمة الإيدز لكنهم سيعانون من المتلازمة على الأغلب ويتوقع في الوقت الحاضر أن

٣٥ ـ ٧٥٪ من المرضى الحاملين للأضداد سيعانون من حدوث المتلازمة خلال سبع سنوات . وستحسّن الدراسات المستقبلية قدرتنا السريرية والمخبرية على تشخيص الإيدز ويبدو أنه يوجد توافق إيجابي بين الإيدز وبين الـ HLA – DR 5 .

**الإمراض :** حمة عوز المناعة الإنسانية هي حمة راشحة خلفية Retrovirus تنتمي إلى زمرة الـ HTLV . مادتها الوراثية عبارة عن الرنا RNA خلافاً للدنا DNA الموجود في معظم الحمات الراشحة .

تدخل الحمة الراشحة إلى الخلية المضيفة التي كثيراً ما تكون خلية لمفاوية تائية مساعدة . ثم يتم انتساخ الرنا إلى الدنا بواسطة إنظيم حموي اسمه إنظيم الانتساخ العكسي Reverse Transcriptase . ثمّ يتم إدخال الدنا إلى مجين Genome المضيف حيث تستطيع الحمة البدء بالتكاثر . تستهدف حمّة عوز المناعة الإنسانية الخلايا $CD_4$ بشكل مفضل ، مثل لمفاويات $CD_4$ ، لكنها تحب أيضاً وحيدات النوى ، البالعات الكبيرة ، خلايا لانغرهانس ، خلايا الدبق العصبي ، الخلايا المتقرنة ، وعملياً ، أي خلية أخرى في جسم الإنسان . وإن الجدول ( ٢ : ٦ ) يوضح أهم النواتج المورثية للـ HIV . لقد تم عزل الحمة الراشحة من الخلايا وحيدة النوى في الدم المحيطي ، كذلك من خلايا نُقي العظام والعقد اللمفاوية ، كما تمّ عزلها من اللعاب والدمع والسائل المنوي ومفرزات عنق الرحم وأنسجة الدماغ لدى الأشخاص المصابين بالإيدز والـ ARC ( المعقد أو المركب المرتبط بالإيدز ) حيث تكون حوالي ١ من عشرة آلاف من اللمفاويات المحيطية إيجابية الحمة الراشحة . تشاهد الحمات كذلك في كثير من اللمفاويات التائية عند المرضى المصابين بالإيدز أو من كان عندهم المركب المرتبط بالإيدز . أما الأضداد المضادة للحمات فتوجد بنسبة ١٠٠٪ تقريباً عند المرضى الذين عندهم متلازمة الإيدز الكاملة التطور وفي حوالي ٩٠٪ من المرضى الذين عندهم المركب المرتبط بالإيدز ، وتسبب الحمة الراشحة مشاكل علاجية كبيرة لأنها تبدل خصائص الغشاء بسهولة ولأنها تبدي نزعات مستضدية قوية . لقد تم عزل نوعين آخرين من الحمات الراشحة التابعة لزمرة الـ HTLV هي الـ HTLV – I المسببة لابيضاض الدم ذو الخلايا التائية والـ HTLV – II المسببة لابيضاض الدم ذو الخلايا المشعّرة واللمفوما ، ( راجع الشكل ٢ ـ ٣٧ ) .

**الجدول ٢ ـ ٥ : الطفحات الباطنة والظاهرة المسببة بحمات كوكساكي ( تبعاً لسابين )**

| طفح باطن أو ظاهر | نمط الحمة الكوكساكية |
|---|---|
| الخناق ( الذباح ) الحلقي لـ Zahorsky | آ ٢ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٨ ، ١٠ ، ٣ |
| ( الذباح ) الخناق العقيدي | ب ٤ |
| التهاب البلعوم اللمفاوي العقيدي | آ ـ ١٠ |
| التهاب اللثة والفم الحلئي | آ ـ ٣ ، ٥ |
| التهاب جلد النهايات الحطاطي | آ ـ ١٦ |

**الجدول ٢ ـ ٦ : النتائج المورثية الرئيسية لحمة عوز المناعة الإنسانية HIV**

| الناتج المورثي | التصنيف |
|---|---|
| P 17 | بروتين اللب ( gage = core ) |
| P 24 | بروتين اللب |
| P 31 | محتوى الأندونيوكلياز من البوليميراز ( Pol ) |
| gp 41 | البروتين السكري للغلاف العابر للغشاء |
| P 51 | محتوى الإنظيم الناسخ المعاكس من البوليميراز |
| P 55 | طليعة البروتينات اللبية |
| P 66 | محتوى الإنظيم الناسخ المعاكس من البوليميراز |
| gp 120 | البروتين السكري في الغلاف الخارجي |
| gp 160 | طليعة البروتين السكري في الغلاف الخارجي |

*فترة الكمون :* Latency ( SLS = طور الكمون إيجابي المصل ) وهي قد تمتد لعدة أشهر أو سنوات . وأكثر الطرق شيوعاً التي ينتقل الداء بواسطتها هو طريق التماس الجنسي ، وبشكل خاص تماس السائل المنوي مع الأغشية المخاطية ، وبشكل أخص عندما يكون هناك عيوباً في الأغشية المخاطية ( جروح ، تهتك ، إلخ ... ) . أما الطرق الأخرى التي ينتقل عبرها الخمج هي المشاركة بالإبر والمحاقن الملوثة بالدم وخاصة عند مدمني المخدرات ، والأذيات الناجمة عن استخدام الأدوات الملوّثة أثناء الممارسة الطبية من قبل الأطباء أو الممرضات . كما يمكن أن تنتقل العدوى عن طريق نقل الدم أو المستحضرات الدموية . وبشكل خاص العامل الثامن والتاسع اللذان كانا يصنّعان حتى وقت قريب جداً عن طريق تجميع الدم ( من ١٠٠٠ ـ ١٠٠٠٠ متبرع ) . لقد تمّ أخذ التدابير والاحتياطات اللازمة لتلافي نقل حمة عوز المناعة الإنسانية في كثير من البلدان . في الوقت الحاضر تصنّع المستحضرات الدموية التجارية وجميع العيّنات الدموية المعدّة للنقل اعتباراً من متبرعين سلبيين مصليّاً بالنسبة للـ HIV .

ولقد تمت العدوى كذلك عن طريق نقل الأعضاء ( نقي العظام ، الكليتين ، القلب ، إلخ ... ) ، واحتمال آخر للعدوى هو انتقال ما قبل الولادة أو قرب الولادة لحديثي الولادة من

أمّهات إيجابيات المصل لـ HIV .

**الوبئيات** : لقد تم التبليغ عن وجود ١٢٤٢٨٢ مريضاً بالإيدز حتى تاريخ ٣١ آذار ١٩٩٠ في الولايات المتحدة الأمريكية . ويتم التبليغ عن وجود ٣٥٠ ـ ٥٠٠ حالة جديدة أسبوعياً . أما في جمهورية ألمانيا الفدرالية فقد ذكر وجود ٤٦٥٣ حالة إيدز ( ٣٤١ نساء و ٤٣١٢ ذكور ) حتى تاريخ ٣١ آذار ١٩٩٠ توفي من هؤلاء ١٩٩٧ مريضاً ( ٤٣٪ ) . وفي ٣١ تموز ١٩٨٩ صرّح أكثر من ١٥٠ بلداً ومقاطعة في العالم كله عن وجود ١٧٢١٤٣ حالة إيدز للبرنامج العالمي المتعلق بالإيدز ( GPA ) التابع لمنظمة الصحة العالمية ( WHO ) : في أفريقيا ٣٠٢٤٤ ، وفي أمريكا ١١٦٥٧٤ ( ٨٤٪ منها في الولايات المتحدة الأمريكية ) ، وفي آسيا ٤٠٦ ، وفي أوربا ٢٣٢٤٩ وفي أستراليا ١٥١٠ . ويشكل الجنوسيين والرجال ذوي العلاقة مع الجنسين ، والذين لهم شركاء متعدّدون ، النسبة الأكبر من المرضى . أمّا الزّمر الأخرى التي هي في موضع الخطر للإصابة بالإيدز هي زمرة مدمني المخدّرات والشركاء مخالفي الجنس Heterosexual للرجال الجنوسيين أو ثنائيي الجنس ( Homo – or Bisexual ) ، والمرضى الذين ينقل إليهم الدم وبشكل خاص مرضى الناعور الذين يحتاجون للعامل الثامن وزمرة من مرضى هايتي . تزداد نسبة إصابة الأشخاص المغايري الجنس Heterosexuals حيث يبدي أكثر من ٥٠٪ من المومسات أضداداً مضادة للحمة الراشحة . أكثر الأشخاص المصابين في أفريقيا هم من الأشخاص المغايري الجنس ، ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث هي ١ : ١ .

**السير** : يكون السير حاداً أو مزمناً ، ويكون تطور الداء إما تدريجياً أو مفاجئاً . ويمكن أن يشخص منذ البداية اعتماداً على الطفح الجلدي ( طفح عوز المناعة الحاد ) ، أو لوجود الأخماج الانتهازية أو الأورام . وكثيراً ما يتظاهر على شكل نقص وزن أو تعرق ليلي ، وأخماج جلدية أو طفحات جلدية غير واضحة الحدود ، وإسهال ، وتعب ، وتضخم عقد لمفاوية خاصة في العنق ، ونقص المقاومة تجاه الأخماج . ويؤكد التشخيص بالاختبارات المصلية . وتهاجم الحمات بشكل رئيسي ومفضل الخلايا اللمفاوية التائية المساعدة وتضعف المناعة أو المقاومة التي تتوسطها الخلايا باتجاه العوامل الممرضة ، ويكون عدد الخلايا اللمفاوية التائية المساعدة $CD_4$Cells ناقصاً في الدم والأنسجة . وقد تلعب هذه الحمة دوراً فعالاً في بعض الأمراض مثل لمفوما الجهاز العصبي المركزي ، وقد تصيب الدماغ نفسه .

**الإنذار** : مُميت . وتدل التقديرات بأن أكثر من ٢ مليون شخص في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم إيجابية المصل تجاه حمة عوز المناعة الإنسانية وأن ٣٥٪ ـ ٧٥٪ من هؤلاء سيتطور لديهم داء الإيدز ، وأن متوسط ما يعيشه من كان لديه منهم غرن كابوزي حوالي ١٢٠ أسبوعاً . أما إذا كان المريض يعاني من غرن كابوزي وذات الرئة بالمتكيسات الكارينية فإن متوسط ما يعيشه المريض هو حوالي ٣٥ أسبوعاً . وإنَّ أي خمج إضافي يعمل على تقصير متوسط ما يعيشه المريض بشكل ملموس . ويموت ٥٠٪ من المصابين بالإيدز خلال سنتين .

**الموجودات السريرية** : عادة يكون المرضى المصابون بالإيدز يفعاناً لا يعرف لديهم سببٌ لنقص المناعة مثل الأدواء الخبيثة أو المعالجات المديدة بالستيروئيدات أو القصور الكلوي .

يبدي المرضى نقصاً مترقياً في الوزن ، ودعثاً ، وضخامة عقد لمفاوية متعمم . أما الأعراض الأخرى فتتعلق بالأخماج الخاصة أو الأورام التي قد تحدث أثناء سير الداء . وأكثر الأخماج شيوعاً هو ذات الرئة بالمتكيسات الرئوية ، ولكن يجب أن يبقى في الذهن دوماً العوامل الممرضة الأخرى والرمّامات ( Saprophytes ) . ومن الشائع أيضاً تفعيل السلّ أو انتشاره حيث يشخص السل الفعال عند ١٠ ـ ٢٠٪ من مرضى الإيدز . كما توجد أخماج تنتج عن المتفطرات العصوية اللا نموذجية . وكثيراً ما لا يبدي هنا المصابون بالمتفطرات العصوية والمخموجون بالإفرنجي العلامات التشريحية النموذجية المتمثلة بالأورام الحبيبومية بشبرانية الخلايا . وللإفرنجي سيراً أكثر وخامة عند المصابين بالإيدز . وقد ترتشح العقد اللمفاوية والطحال بالعوامل الممرضة أو بالخلايا اللمفانية الورمية أو خلايا ورم كابوزي . وكثيراً ما يصاب الدماغ في الإيدز . وقد يحدث اعتلال دماغ بطيء الترقي يتصف بنقص الوظيفة الإدراكية للدماغ واللامبالاة والعزلة الاجتماعية ( خرف الإيدز ) . وقد يحدث ضمور في قشر الدماغ وتوسع في البطينات . ويحدث داء المقوسات Toxoplasmosis عند ٣٪ من مرضى الإيدز . ويمكن أن تشاهد خراجات بالمقوسات القندية أو بالمستخفيات . وقد تكون إصابة الدماغ البدئية باللمفوما وبالخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية اختلاطين إضافيين ، وقد وصف حدوث التهاب الأجربة الشعرية البثري الحمضة في عدد قليل من مرضى الإيدز . ومن الشائع حدوث اندفاعات عدّية الشكل . وقد يتحرض حدوث أدواء جلدية أخرى مثل الصداف والإكزيمة المثية أو حدوث التوسعات الوعائية الشعرية في الناحية العليا من الصدر . ويوضح الجدول ٢ : ٧ الأخماج بشكل مفصل .

*الأورام الانتهازية* ***Opportunistic Tumors*** : غرن كابوزي المنتشر موجود عند حوالي ثلث المرضى الجنوسيين في الوقت الذي يتم فيه تشخيص الإيدز عندهم . إلا أنّ الدراسات الحالية تبدي وجود حالات أقل خلال السنوات الخمس الماضية . ولقد افترض أن الحمة الراشحة المضخمة للخلايا عند

الجنوسيين من الذكور قد تلعب دوراً في إحداث غرن كابوزي . ويمكن ترتيب الأعضاء التي يصيبها غرن كابوزي تبعاً لنسبة إصابتها حسب الترتيب التالي : الجلد ، العقد اللمفاوية ، الجهاز المعدي المعوي ، ومن الناحية التشريحية المرضية فإن الآفات الجلدية هنا تشابه الشكل المدرسي لغرن كابوزي . ويشاهد لدى معظم المرضى المتوفين من جراء غرن كابوزي الآفات الوعاؤومية مغزلية الخلايا والمميزة لهذا الداء الوخيم . ( راجع الشكلين ٢ - ٣٨ و ٢ - ٣٩ ) .

ويمكن **للمفومات الخبيثة** في الإيدز أن تكون من أشكال مختلفة : لمفوما بوركيت ، غرن الأرومات المناعية ، داء هودجكن . ويتميز الإيدز باللمفوما البدئية في الدماغ مع وجود حمة عوز المناعة الإنسانية في الأنسجة . وتترافق للمفومات مع نسبة وفيات عالية وسريعة . كما ذكر حدوث سرطانات وسفية الخلايا وسرطانات غدية في الفم والبلعوم والمستقيم عند مرضى الإيدز .

**الجدول ٢ - ٧ : الأخماج في الإيدز**

| العامل الممرض | الداء |
|---|---|
| المتكيسات الرئوية الكارينية | ذات الرئة |
| المبيضات البيض | داء المبيضات البيض : الفم ، المريء ، الأمعاء |
| الفطور الجلدية | سعفة الجسد ، فطارات الأظافر المتعددة ( الأظافر البيضاء ) |
| الملاسيزيا الدقيقة | النخالية المبرقشة واسعة الامتداد |
| حمة الحلأ البسيط | الحلأ البسيط : وجهي مزمن ، تقرحات شرجية |
| الحمة المضخمة للخلايا | التهاب كبد ، التهاب شبكية ذات رئة . |
| المتفطرات العصوية السلية | السل : رئوي ، منتشر . |
| المتفطرات العصوية | أخماج بالمتفطرات العصوية |
| اللاغموذجية | اللاغموذجية : رئوي ، جلدي منتشر |
| المقوسة القندية | داء المقوسات : في الدماغ والمنتشر |
| Cryptosporidum isospora belli | التهاب الأمعاء والكولون |
| المستخفية المتنشئة | داء المستخفيات : ذات رئة ، التهاب سحايا منتشر |
| النوسجة المغمّدة | داء النوسجات : منتشر |
| جراثيم داء ويبل | داء ويبل ( المعوي ) |
| الحمة الراشحة الحليمومية الإنسانية | اللقمومات المؤنفة ، الثآليل الشائعة : واسعة الامتداد |
| حمة المليساء المعدية | المليساء المعدية |
| هامة الجرب | الجرب النرويجي |
| داء خمشة القطة | |

كثيراً ما تتراوح آفات غرن كابوزي المنتشر بين بقع حمراء اصطباغية ولويحات أو عقيدات كبيرة حمراء أو زرقاء ، أو زرقاء مائلة للبنفسجي . ويمكن أن تُرى الآفات على اللسان أو الحنك أو اللوزتين أو الأعضاء التناسلية أو في أية أجزاء أخرى من الجلد . ويمكن أن تصاب أعضاء أخرى وبشكل خاص الجهاز الهضمي حيث أن ٥٠٪ من المرضى الذين لديهم غرن كابوزي جلدي يوجد لديهم هذا الغرن في الجهاز الهضمي أيضاً .

*الموجودات الجلدية الأخرى :* إن عناد الإكزيمة المثية على المعالجة يمكن أن تفترض وجود السعفة الوجهية والإيدز . ويمكن أن يحدث انتشار وامتداد للسعفة الجسدية والفخذية أو فطارات الأظافر المتعددة . وقد نجد انتشارات للنخالية المبرقشة وداء المبيضات البيض . ويشكل السلاق والتهاب المريء بالمبيضات البيض جزءاً من متلازمة الإيدز . وقد يحدث جفاف جلد معمم ( جفاف شبيه بالسُّماك ) يترافق مع عقيدات أكالية وحكة شديدة .

وقد يؤدي الحلأ البسيط إلى آفات تقرحية مزمنة في الفم وعلى ا لوجه والناحية التناسلية أو في أي جزء من البدن ( الحلأ البسيط التقرحي الثابت ) ، وتكون قرحات الشرج مؤلمة عادة . وترى حالات من القرحة الآكلة الحلئية Herpes Phagedana مع المركب الخمجي الحُموي - الجرثومي ، والتقرح المواتي حول الفم المترقي . وقد يحدث التهاب المريء الحلئي أيضاً ، وتشاهد حالات من الحلأ البسيط المنتثر الثابت .

وقد يكون الحلأ النطاقي علامة مبكرة على الإصابة بالإيدز عند المرضى الذين هم في موضع الخطر من الإصابة . وغالباً ما يكون نزفياً وشديد الامتداد وذو سير مديد . كما ذكرت حوادث من ثآليل حموية واسعة الانتشار أو من المليساء المعدية . وقد يبدي الغشاء المخاطي الفموي وجود اللسان الأبيض المشعر المشابه للطلوان ( الطلاوة البيضاء الفموية المشعرة ) . وقد لوحظت هذه الظاهرة عند حوالي ١٠٪ من مرضى الإيدز . فقد تطور الإيدز عند جميع المرضى الشّاكين من هذه الظاهرة وحوت مصولهم الأضداد المضادة لحمة عوز المناعة الإنسانية . يتظاهر الطلوان المشعر على شكل اندفاعات بيضاء مرتفعة على سطح اللسان وتتوضع على حافته أو حافتيه الوحشيتين . ولقد أمكن التعرف على وجود عدد من الحمات الراشحة في الخزع المأخوذة من هذه الآفات بواسطة الفحص الشكلي المباشر أو باستخدام تقنية البيروكسيداز المناعية

Immunoperoxidase ، وتضمنت الحمات الحليمومية الإنسانية HPV وحمة الحلأ البسيط وحمة أنشتاين – بار EBV . وقد وجدت مشاركة للمبيضات البيض في هذه الآفات أيضاً . ويبدو أن حمة أنشتاين – بار هي العامل الممرض على الأغلب . ( راجع الأشكال ٢ – ٤٠ ، ٢ – ٤١ ، ٢ – ٤٢ و ٢ – ٤٣ ) .

*الموجودات المخبرية المصلية :* قلة في عدد الكريات البيض ، قلة في اللمفاويات ، قلة في عدد الخلايا التائية والخلايا التائية المساعدة . وتكون نسبة الخلايا التائية المساعدة / التائية المثبطة أقل من الواحد في الدم المحيطي ( النسبة السّوية هي ١,٥ إلى ٢ ) ويجب تحديد التعداد المطابق للخلايا $CD_4$ . وكثيراً ما تكون اختبارات فرط التحسس الجلدي الآجل سلبية ، وتبدي اختبارات نقل اللمفاويات استجابة ضعيفة تجاه مولدات الانقسام ، وقد تزداد الغلوبولينات المناعية ( عديدة النسائل ) وقد يرتفع البرولاكتين . ونجد عند معظم المرضى اختبارات مصلية إيجابية لأخماج متعددة ( الحمة المضخمة للخلايا ، أنشتاين – بار ، داء المقوسات ) . وهناك نسبة عالية من الأمراض المنقولة بالجنس والتهاب الكبد عند الجنوسيين بشكل خاص .

عزل الحمة الراشحة عبارة عن تقنية خاصة بالبحث العلمي . ويتوفر الاستقصاء الروتيني عن الأضداد بطريقة ELISA أو بطريقة أكثر نوعية هي الـ Western blot . ويجب أن يجري تبعاً للاستطبابات المخبرية والسريرية ، وسيتوفر قريباً اختبار مستضدّي أيضاً .

*اختبارات التقصي ( Screening Tests ) :* وتتم باستخدام طريقة المقايسة المناعية الخمائرية ELISA ، حيث يتم ربط خلية لمفاوية تائية إنسانية مصابة بالحمة الراشحة مع وسط صلب ( مفرزات ، صفيحات المعايرة الدقيقة ) ثم تحضن مع مصل المريض . يتم الكشف عن ارتباط الأضداد المصلية مع المستضدات الحموية بواسطة الضد IgG الإنساني المرتبط بالبيروكسيداز ، ويصبح مرئياً بواسطة تفاعل لوني خمائري يتم تقييمه ضوئياً بطول موجة قدرها ٤٩٠ نانومتر . ويتم التعبير عن نتيجة الاختبار بنسبة العينة إلى نسبة مقطوعة ( ELISA quotient ) . ولم يتم حتى الوقت الحاضر جعل هذه الطريقة قياسية ، فإذا كانت النتيجة تحت الثلاثة فإنها تكون سلبية ، أما النتائج التي تقع بين ٣ و ٥ فتكون موضع نقاش ، وتعتبر النتائج فوق الخمسة إيجابية . ويتوفر في الوقت الحاضر عددٌ من أدوات الإليزا التجارية . ويحتمل أن تكون نتائج اختبار الإليزا إيجابية كاذبة بسبب الخطوط الحموية الملوثة ، كما تشاهد مثل هذه النتائج عند المرضى الذين تمّ نقل الدم إليهم بشكل متعدد ، وعند كثيرات الولادة ، وعند المصابين بالأمراض المناعية الذاتية مثل الذأب الحمامي الجهازي والمرضى الذين لديهم البروتين C تفاعلي CRP ومعقدات مناعية جوّالة . وإن نتائج الإليزا السلبية الكاذبة تسبب مشكلة لأنها لا تكشف عادة بطريقة اختبار البقعة Western blot المؤكدة .

*الاختبارات المؤكدة :* يمكن اختبار البقعة ( Western blot, Immunoblot ) من الكشف عن وجود أضداد مضادة للبروتينات الأساسية المجزأة بالرحلان الكهربي لحمة عوز المناعة الإنسانية ويتطلب الأمر معايير دقيقة جداً وصارمة . ويجب ألا تستخدم إلا اختبارات اللطاخة المناعية المشروعة قانونياً . وتبين التقنيات المشروعة للطاخة المناعية وجود شرائط نوعية للحمة في المواضع $P_{17}$ و $P_{24}$ و $P_{31}$ و $gp_{41}$ و $P_{53}$ و $P_{55}$ و $P_{66}$ .

ويتم استخدام الخلايا الحموية المنتجة $H_9$ كركيزة مستضدية في اختبار الومضان المناعي اللامباشر ( IIFT ) . أما المقايسة بالترسيب المناعي الشعاعي ( RIPA ) فتستخدم عديدات الببتيد الحموي الموسوم شعاعياً والتي يتم تحليلها بالتصوير الشعاعي الذاتي . ومن اختبارات التقصي الأخرى هناك مقايسة أو معايرة تراص اللاتكس التي تستخدم خرزات اللاتكس المغلفة بمحفظة مستضدية عديدة الببتيد . أما الاختبار الجديد ONCOR والذي هو عبارة عن مقايسة حموية مباشرة فيستخدم أضداداً وحيدة النسيلة لتحديد الحمة الراشحة بشكل مباشر . وإذا ما وافقت مؤسسات التشريع القانوني على صلاحية هذا الاختبار فإنه بدوره سيحسن من سرعة ودقة تشخيص الخمج بالإيدز . لقد أصبح من المتوفر حالياً تفاعل سلسلة البوليميراز ( RCR ) وهو يقدم بُعْداً تشخيصياً جديداً .

*المناعة الخلوية :*

١ – المستضدات المذكّرة ( اختبارات عديدة ) Recall Antigens .
٢ – التعداد المطلق للخلايا اللمفاوية .
٣ – نسبة الخلايا التائية المساعدة / الخلايا التائية المثبطة $CD_4/CD_8$ والتعداد المطلق للمفاويات $CD_4$ .
٤ – مقايسات نقل اللمفاويات المخبري .

*المناعة الخلطية :*

١ – زيادة الغاماغلوبولين الدموي IgG و IgA في ٥٠ – ٦٠٪ من مرضى الإيدز ، وفي ٣٠ – ٤٠٪ من المصابين بالمركب المرتبط بالإيدز ARC .
٢ – تشاهد معقدات مناعية جوّالة في ٧٠ – ٨٠٪ من مرضى الإيدز أو المركب المرتبط بالإيدز .

*اختبارات تشخيصية إضافية :*

١ – CRP إيجابي في ٧٠ – ٨٠٪ من مرضى الإيدز وفي

٢٠ – ٣٠٪ عند المصابين بالمركب المرتبط بالإيدز ARC .

٢ – يرتفع عيار الغلوبولين الدقيق $\beta 2$ في مصل معظم المرضى المصابين بالإيدز أو بالمركب المرتبط بالإيدز .

*الخطوط المخبرية الموجهة للتشخيص :*

١ – التشخيص الروتيني : أخذ عينة مصلية مقدارها ٢ – ٥ مل ( دون أية معالجة مسبقة ) ، ثم توضع في حاوية بلاستيكية وترسل إلى المختبر لإجراء اختبار النخل ELISA أو أي من الاختبارات المؤكدة ( اللطاخة المناعية ، الومضان المناعي اللامباشر RIPA .

٢ – إذا كانت النتيجة سلبية فيجب إعادة الاختبار بفواصل زمنية تتراوح بين ٢ – ٣ أشهر حالة وجود قصة سريرية مناسبة ، وذلك لأن أضداد حمة عوز المناعة الإنسانية قد لا تظهر إلا بعد أسابيع أو أشهر من بدء الخمج بها .

٣ – أما في مرضى الإيدز أو الـ ARC السلبي المصل فيجب إعادة الاختبارات المصلية خلال بضعة أسابيع ومحاولة عزل الحمة الراشحة من المصادر المناسبة ( الدم عادة ) .

٤ – لا بد من تفقد المناعة الخلوية والمناعة الخلطية وطلب اختبارات إضافية كما هو مبين أعلاه .

**المعالجة** : لا تعرف معالجة وافية حتى يومنا هذا ، ولا يتوفر أيضاً وجود أيّ لقاح . لقد ثبتت صعوبة تطوير لقاح بسبب الاختلاف الوراثي الشديد للحمة الراشحة . ومن المناسب معالجة الأخماج المتكررة وأغران كابوزي ، لكن النتائج قد لا تكون مشابهة لتلك التي نحصل عليها في معالجة المرضى ذوي المناعة الكافية . ولا تزال الأدوية التالية موضع نقاش : الفينبلاستين ، الأنتروفيرون $\alpha$ ، $\beta$ ، لا ، السورامين ، السيكلوسبورين ، الغلوبولينات المناعية وأدوية أخرى عديدة . لقد ثبتت فقط فعالية الأزيدوتيميدين ( مستحضر Zidovudine ) في منع ترقي الداء ( ٤ X ٢٥٠ ملغ/يومياً ) . وتستخدم أشعة X كوسيلة ملطّفة في غرن كابوزي . وفي الوقت الحاضر كثيراً ما لا نستطيع سوى تقديم العناية الطبية الداعمة والعناية الشخصية .

*اللقاحات عند الأطفال المخموجين بحمة عوز المناعة الإنسانية :* لقد نصحت اللجنة الاستشارية لمزاولة اللقاحات في الولايات المتحدة بإعطاء لقاح MMR لكل الأطفال المخموجين بحمة عوز المناعة الإنسانية بصرف النظر عن الأعراض الموجودة ، وذلك اعتماداً على التقارير التي ذكرت حدوث حصبة شديدة في الأطفال المخموجين بحمة عوز المناعة الإنسانية والذين يعانون من تظاهراتها السريرية ، وعلى الدراسات المحدودة التي أثبتت أنه لا توجد أي تأثيرات سلبية من إعطاء لقاح الحصبة ، النكاف الحصبة الألمانية ( MMR ) للمرضى العرضيين ( دون أعراض ) . وينسجم هذا القرار مع مقررات منظمة الصحة العالمية الخاصة بلقاح الحصبة . ويوضح الجدول ٢ : ٨ مقررات اللجنة الاستشارية لمزاولة اللقاحات ACIP الخاصة بالمرضى المخموجين بالـ HIV سواء عند اليفعان أو البالغين أو الأطفال . ويجب عدم تطبيق الإرضاع الوالدي عند حديثي الولادة لأمهات إيجابيات الـ HIV وذلك لاحتمال انتقال العدوى إليهم عن طريق حليب الأم في حالة ولادتهم سالمين وعدم إصابتهم أساساً . ويجب عدم إعطائهم لقاح الـ BCG بسبب إمكانية حدوث خمج شديد ومفاجيء بالمتفطرات العصوية .

**الجدول ٢ – ٨ : التوصيات الخاصة بالتلقيح الروتيني للأطفال المصابين بالإيدز في الولايات المتحدة الأمريكية ١٩٨٨**

| اللقاح | الخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية: لا عرضي | عرضي |
|---|---|---|
| DTP | نعم | لا |
| OPV | لا | لا |
| IPV | نعم | نعم |
| MMR | نعم | نعم |
| HbCV | نعم | نعم |
| المكورات الرئوية | لا | نعم |
| النزلة الوافدة | لا | نعم |

الـ DTP : الخناق ، الكزاز ، السعال الديكي .
الـ OPV : لقاح الحمات السنجابية المضعفة ، ويحوي الحمات السنجابية من النماذج ١ و ٢ و ٣ .
الـ IPV : لقاح الحمات السنجابية المثبطة الفعالية ويحوي الحمات السنجابية من النماذج ١ و ٢ و ٣ .
الـ MMR : حمات الحصبة والنكاف والحميراء الحية في لقاح مشترك .
الـ HbCV : لقاح النزلة الوافدة المحبة للدم نموذج b المقترن .

# الفصل الثالث

# الأمراض المتسببة بالريكتسيات

## Diseases Caused by Rickettsia

د . صالح داود

تضم زمرة الريكتسيات عائلة الريكتسيات وعائلة البرتونيلات .

**التيفوس الوبائي Epidemic Typhus** [ Brill 1910, Ricketts 1910, Prowazek 1913 ] :

*المرادفات :* التيفوس الطفحي ، مرض بريل ( التيفوس الوبائي الكامن الناكس ) .

**العامل الممرض :** Rickettsia Prowazeki .

**التعريف :** مرض ذو سير شديد . وكان شائعاً في السابق ، وهو نادر في الوقت الحاضر تسببه الريكتسيات ، وينتقل من المريض إلى السليم بواسطة قمل الجسد . وتكون نسبة الوفيات عالية بالأعمار المتقدمة .

**لمحة تاريخية :** أصاب داء الريكتسيات ( التيفوس الطفحي وغيره ) كل المجتمعات . وباءت بالفشل عدة حملات عسكرية بسبب وفيات الكثير من الجنود من جراء إصابتها بداء الريكتسيات . وأصيب حوالي ٣٠ مليوناً من البشر في أوروبا وروسيا بالمرض ، مات منهم ٣ ملايين شخص .

**الإمراض :** كشف Ricketts ، الريكتسيا عام ١٩١٠ في الخلايا الظهارية لأمعاء القمل المصاب . وكشف ذلك أيضاً بروازك Prowazek عام ١٩١٣ لدى المرضى المصابين بالمرض وبين أن واسطة النقل هي القمل . وهكذا تبين سهولة انتقال المرض من شخص لآخر . والتهاب الأوعية الخمجي هي العلاقة المسيطرة التي تعلل وجود العلامات السريرية والأعراض . اعتبرت الريكتسيات بالسابق على أنها تشبه الحمات الراشحة ، وحيث أنها أصغر من الجراثيم وهي كالحمات الراشحة فإنها تستطيع التكاثر داخل الخلايا الحية فقط . ولكن تعتبر الريكتسيا حالياً من صنف الجراثيم الصغيرة ذات حياة طفيلية مجبرة . وقد أبدى فحص مقاطع الريكتسيا بالمجهر الألكتروني العديد من الخصائص والمميزات الجرثومية وتملك إضافة لذلك إنظيات جرثومية وجداراً خلوياً مميزاً للجراثيم . تستخدم الريكتسيا عدداً من مفصليات الأرجل كمستودع حيث تتكاثر فيها دون أن تسبب مرضاً ملحوظاً فيها . ولكن عند انتقالها لمضيف أجنبي ( الإنسان ) فهي تحدث مرض الريكتسيات . وباستثناء حمى (Q) فإن كل الأدواء الناجمة عن الريكتسيا تترافق بعلامات جلدية مميزة وبعد الإصابة بالخمج تظهر أضداد ترتبط بالمتممة وهذا يتيح وضع التشخيص بشكل أكثر دقة ووضوحاً . وتوجد مناعة دائمة للمرض .

**الموجودات السريرية :** بعد مرور فترة حضانة ٧ – ١٤ يوماً تتطور مرحلة عرضية غير مشخصة للداء تتظاهر بالدعث ، وارتفاع درجة الحرارة حتى ٣٨° وصداع . ثم تهبط درجة الحرارة حتى الحد الطبيعي ، يلي ذلك وبشكل مفاجيء ترفع حروري لمدة أسبوع ( ٣٩° – ٤٠,٥° ) مع صداع شديد ، وألم عضلي ، وضعف عام ، ووسن . وتطغى الأعراض العصبية ويوجد أيضاً حساسية للضغط على الأعصاب المحيطية ، وتشنج محيطي ، وخفة نوم وعدم ارتياح عام ، ورعاش اللسان ، وجفاف فم مزرق ، والتهاب ملتحمة ، والتهاب قصبات وتسارع في التنفس .

يزداد النبض باستمرار ويتسارع ، ثم يميل الضغط للانخفاض باستمرار . ويتضخم الطحال في البدء ثم تغيب الضخامة فيما بعد .

يظهر طفح وردي بعد ٢ – ٣ أيام من بدء ارتفاع الحرارة المستمر ، ويتظاهر ببقع وردية ( بعد ٣ – ٦ أيام من بدء المرض عادة ) شاحبة قليلاً ، تتراوح أقطارها ما بين ٣ إلى ٥ ملم ويصبح بعضها مزرق اللون .وعادة ما تبدأ على أعلى الصدر والمنكبين ثم تنتشر للجذع والأطراف . وتصاب الراحتان والأخمصان ، وإصابتها للبطن يصل متأخراً ، بعكس الطفح التيفي ، حيث لا يصاب البطن . وعلى الأغلب يعف الطفح الوردي عن الوجه . والطفوح مختلفة : بعضها كبير أو صغير ، أحمر أو مزرق ، بعضها محتشد وبعضها منفرد ، وهذه اللوحة السريرية هي وصفية للتيفوس الوبائي . ويحدث بعد بضعة أيام نزف نقطي في مركز البقع في بعض الحالات .

**التشخيص :** يعتمد التشخيص على وجود إصابات بالمنطقة ، وتشكل الأضداد خلال فترة النقاهة . وبالإضافة إلى اختبار التراص لمعلق الريكتسيا ذي العيار العالي ، واختبار تفاعل ارتباط المتممة مع مستضدات ريكتسية وتعديل الذيفان ، يعتبر تفاعل تراص المتقلبة الاعتيادية Protus Vulgaris ، الذي يعتمد على تراص هذه الجرثومة ، الاختبار الأفضل والمعروف . ويعتمد هذا الاختبار على أن هذه الجراثيم تحوي مستضدات متشابهة مع مستضدات الريكتسيات ، وهذا يعني أن مصول المرضى ترص بعض سلالات المتقلبة الاعتيادية . وعلى سبيل المثال ، يرص مصل التيفوس المتوطن السلالة P. Vulgaris OX19 .

**الإنذار :** جيد إذا ما طبقت المعالجة بالتتراسكلين باكراً وإلا

تحدث نسبة عالية من المضاعفات وكذلك الوفيات .

**التشخيص التفريقي** : أدواء الركتسيات الأخرى ( راجع الجدول ٣ ــ ١ ) .

**المعالجة** : تعتبر المعالجة بالتتراسكلين أو الكلورامفينكول وبمقدار ٢ ــ ٣ غ يومياً فعالة جداً إذا أعطيت بالمرحلة الباكرة للداء . وتستمر المعالجة حتى تنخفض درجة الحرارة . وإذا بدأنا بالمعالجة بعد اليوم السادس من بدء الداء فإن المناعة تتشكل ، كما في الحالات غير المعالجة ولا يحدث نكس . ومن جهة أخرى ، إذا أعطيت الصادات قبل هذا الوقت أو إذا استخدمت لفترة قصيرة ، فإن تحريض المناعة غير كافٍ وبالتالي يمكن أن يحدث النكس . ويمكن تفادي هذا النكس بدورة علاجية ثانية تبدأ بعد ٦ أيام من الدورة العلاجية الأولى . ويحدث الأذى النسجي إذا تأخرنا بالعلاج كثيراً والتخريب النسجي غير عكوس وتبقى الصادات غير فعالة كثيراً .

تقوم الوقاية من التيفوس والأدواء الأخرى المتسببة عن الريكتسيا بقطع سلسلة الأخماج هذه ، وذلك بالوقاية من انتقالها . وينبغي أن يتم ذلك بالقضاء على الأماكن التي تتوالد فيها الجرذان والحشرات ، وتطبق المنفرات ضد اللدغات في حمى الجبال الصخرية ، وبسترة الحليب في حمى Q وغير ذلك . ويمكن إحداث التمنيع الفعال عن طريق اللقاح ( مستضدات مفرملة Formalinized Antigens ) . وتتأمن الوقاية باللقاح ضد التيفوس الوبائي وحمى الجبال الصخرية .

ومن الجدير بالذكر وجوب إعلام الدوائر الصحية عن كل إصابة بالريكتسيات .

**التيفوس المتوطن Endemic Typhus** :

*المرادفات* : التيفوس الفأرية ( المتوطنة ) .

الصورة السريرية للتيفوس المتوطن مشابهة للصورة السريرية للتيفوس الوبائي ، وينتقل عن طريق البراغيث ، وسيره أخف من التيفوس الوبائي . ( راجع الشكل ٣ ــ ١ للاطلاع على التفاعلات المصلية والجرثومية التي تفرق بين النوعين ) .

**داء البارتونيلا Bartonellosis** [ Carrion 1885 ] :

*المرادفات* : مرض كاريون ، حمى أوزويا Oroya ، ثؤلول بيروانا .

**التعريف** : خمج حاد أو مزمن تسببه جراثيم عصوية الشكل Bartonella Bacilliformis . يحدث في الطور الحاد منه فقر دم انحلالي ، يتبعه آفات جلدية تسمى ثآليل بيروانا ( Verruca Peruana ) .

**العامل الممرض** : تسببه البارتونيلا العصوية الشكل ، والجرثوم عديد الأشكال سلبي الغرام ، وعديد الأسواط . وتنسب إلى ممرضات الحيوانات Heamobartonella and Grahamella وهو عضيات تقيس ١ ــ ٣ ميكرون داخل خلوية .

**الوبئيات** : يوجد هذا الداء في أمريكا الجنوبية فقط وخاصة في كولومبيا ، والإكوادور والبيرو . ينتقل عن طريق الناقل ذبابة الرمل Sandfly من نوع Phlebotomus Terrucarum ، ولا يوجد حيوان خازن معروف حتى الآن . ويحتوي دم الإنسان على العصيات ويحتمل أن يكون الإنسان هو الخازن .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض بفقر دم حمي Febrile ، أو بعقيدات جلدية أو بالعرضين معاً . ويكون البدء حاداً وسريعاً حيث يبدأ بعد ٣ أسابيع من العضة Bite . والحرارة والعرواءات والألم العظمي أعراض مسيطرة ، ويحدث فقر دم انحلالي شديد ، واعتلال عقد لمفية ، وضخامة كبد وطحال ، وتحتوي ٩٠ ــ ١٠٠٪ من الكريات الحمر على الجرثوم . ومن الضرورة بمكان إجراء زرع للدم ، لأن إنتان الدم شائع عادة .

**والآفات الجلدية** شائعة وتتشكل بعد ٣ ــ ٦ أشهر ، وتتراءى بخطاطات دقيقة حمراء ، وتتطور بعد ذلك آفات عقيدية كبيرة تتراوح أقطارها بين ١ ــ ٢ سم ( المرحلة الثؤلولية ) . ونادراً ما تتقرح الآفات الكبيرة المتوضعة قرب المفاصل . ويتراجع الدور الطفحي بشكل عفوي .

**التشريح المرضي النسجي** : تحتوي الخلايا البطانية الشبكية للعقد اللمفية ، والكبدية ، والطحالية ونقي العظام على الجراثيم ، والكريات الحمر و/أو الهيموسيدرين . وإن الخثار والاحتشاء شائعان وتشبه الآفات البيروفية Peruvian الثؤلولية الحبيبوم الالتهابي وتحتوي جزر الخلايا المرافقة العصيات . ويحدث التليف بعد تراجع الآفات .

**السير** : قد يتراجع المرض في دوريه الحاد والمزمن عفوياً .

**الإنذار** : تصل نسبة الوفيات في المرحلة الحادة حتى ٤٠٪ من الحالات إذا لم تعالج و ٥٪ في المرحلة الجلدية المزمنة .

**التشخيص** : يمكن كشف الجراثيم المسببة في اللطاخات الدموية وكذلك بالخزعة وبالزرع .

**المعالجة** : يعالج بالبنسلين ، الستروبتومايسين ، التتراسكلين ، أو بالكلورامفينيكول .

الجدول ٣ ـ ١ : الأمراض المتسببة بالريكتسيات

| المجموعة | المرض | نوع الريكتسيا | المفصلي الناقل | مستودع الخمج | تفاعل ويل ـ فيلكس |
|---|---|---|---|---|---|
| أ ـ مجموعة التيفوس | التيفوس المتوطن | R. Moseri | ذبابة الفأر | الفأر | إيجابي 19 × 0 |
| | التيفوس الوبائي | R. Prowazeki | القمل الإنساني | الإنسان | إيجابي 19 × 0 |
| | مرض بريل | R. Prowazeki | | نكس في التيفوس الكامن الوبائي | إيجابي خفيف أو سلبي 19 × 0 |
| ب ـ مجموعة الحمى المبقعة | حمى الجبال الصخرية المبقعة | الريكتسيا | القراد | الحيوانات الصغيرة الثديية القراد | إيجابي 19 × 0 و 2 × 0 |
| | حمى Boutonneuse | R. Conorii | القراد | الكلاب ، القوارض | إيجابي 19 × 0 و 2 × 0 |
| | حمى البحر الأبيض المتوسط | | | | |
| | حمى جنوب إفريقيا بعضة القراد | | | | |
| | تيفوس قراد كينيا | | | | |
| | تيفوس قراد الهند | | | | |
| | تيفوس قراد سيبيريا | R. Sibirica | القراد | القوارض | إيجابي 19 × 0 |
| | تيفوس قراد شمال آسيا | | | | |
| | تيفوس قراد كوين لاند | R. Australis | القراد | حيوانات ذات الجراب القوارض | إيجابي 19 × 0 |
| | داء الريكتسيا الحويصلي الروسي السوس | R. Akari | فأر المنزل السوس | فأر المنزل | سلبي |
| جـ ـ مجموعة حمى Tsutsugamushi | تيفوس حيوان Scrub | R. Tsutsugamushi | السوس | القوارض ، السوس | إيجابي K × 0 |
| د ـ حمى Q | حمى Q | R. Burnetii (Coxiella Burnetii) | استنشاق روث القراد الجاف | الأغنام ، البقر ، الماعز | سلبي |

# الفصل الرابع

# الأمراض الناجمة عن الجراثيم

# Diseases Caused by Bacteria

د . ليديا عوض

## السيلان البني Conorrhea

*المرادفات :* داء السيلان Blennorrhea .

**التعريف Definition** : السيلان البني هو خمج جرثومي يصيب بشكل رئيسي الأغشية المخاطية البولية التناسلية ، تسببه النيسرية البنية Neisseria Gonorrhoeae . يهاجم السيلان البني الجهاز البولي التناسلي عند الرجال والنساء ، تكون إصابة الأعضاء التناسلية خطرة جداً لأنه خلال سير الداء ونتيجة الالتهاب تحدث التصاقات وندبات في البربخ أو أنابيب فالوب قد تؤدي إلى عقم دائم .

**العامل الممرض Pathogen** : اكتشف ألبرت نايسر Albert Neisser المكورات المزدوجة النيسرية البنية السلبية الغرام عام ١٨٧٩ ، وهي تنتمي إلى عائلة النيسريات من بينها جنسا البرانهاميلا Branhamella والنيسرية سلبيتا الغرام .

**فترة الحضانة Incubation Time** : تمتد فترة الحضانة بشكل طبيعي من ٢ – ٤ أيام . غير أنه يمكن أن يتأخر ظهور العلامات الأولى بضعة أيام أحياناً وتبدو فترة الحضانة طويلة إذا أصيبت الأنابيب حول الإحليل أولاً ثم انتقلت المكورات البنية إلى الإحليل . أما في خمج الملتحمة فيمكن العثور على المكورات البنية باكراً جداً في مكان الإصابة .

**التوزع Distribution** : يعتبر السيلان البني من أكثر الأمراض الخمجية مصادفة وانتشاراً . ينتقل تقريباً وبشكل مطلق عن طريق الممارسة الجنسية . ونادراً ما تحدث الإصابة عن غير هذه الطريق كالإصابة مثلاً بواسطة منشفة مبتلة وحاوية على المكورات . وقد تنتقل الإصابة من المرضى الكهول إلى الأطفال الذين يشاطرونهم نفس السرير . ولم يثبت انتقال العدوى التجريبية إلى الحيوان .

**الإمراض Pathogenesis** : تنتقي المكورات البنية ظهارة العصي والمخاريط Columnar للإحليل ، والمستقيم ، والملتحمة وعنق الرحم عند المرأة . لا يصاب المهبل لأنه مستور بظهارة وسفية متقرنة بينما قد يصاب المهبل عند الفتيات الصغار . ومن الملفت للنظر أن تصاب أحياناً النساء الشابات أو الحوامل بالتهاب فرج ومهبل بالمكورات البنية كما قد تصاب النساء المسنات أو اللائي استؤصل المبيض لديهن . بخلاف قناة عنق الرحم ، تنجو بطانة الرحم من الإصابة لفترة طويلة . غير أنه أثناء الطمث تكون الظروف أفضل لصعود الخمج إلى أنابيب فالوب والمبيضين . تنتشر المكورات البنية على الغشاء المخاطي وتدخل إلى التجاويف الغدية وأنابيب الغدد وبين الخلايا البشروية وتصل إلى النسج تحت المخاطية . يحدث تفاعل التهابي من الكريات البيضاء التي تزيل معظم الجراثيم الممرضة ولكن ليس بشكل كامل . وتكون الخلايا البشروية السليمة أكثر فعالية في قدرتها الواقية ومنها تبدأ عودة التظهرن . ويؤدي ذلك إلى تشكل بشرة مسطحة أو مكعبة الخلايا ( يطلق عليها اسم حؤول كاذب Pseudometaplasia ) التي تستبدل بظهارة العصي والمخاريط عندما تم السيطرة على الخمج . تبقى أعشاش المكورات البنية المقاومة متوضعة تحت الظهارة وقد تكون بؤرة للنكس عند المريض وعودة إصابة الشريك .

### كشف المكورات البنية النيسرية Demonstration of N. Gonorrhoeae :

يؤكد التشخيص في جميع أشكال الخمج بالسيلان البني بكشف العامل المرض بالفحص المجهري للطاخة ملونة و/أو بمزرعة جرثومية .

**تحضير اللطاخة المجهرية** : نأخذ المفرزات بواسطة عروة من البلاتين أو قضيب ملفوف بالقطن ، ثم نمد اللطاخة على صفيحة زجاجية تمرر عدة مرات ولمدة قصيرة على اللهب لتثبيت اللطاخة . ثم يتم تلوينها . ( راجع الشكل ٤ – ١ ) .

**التلوين بأزرق الميتلين** : يغمر أو يغمس المحضر بمحلول مائي لأزرق الميتلين بنسبة ١٪ لمدة ١٥ ثانية ثم يغسل بالماء وينشف بورق نشاف . يبدي الفحص بالعدسة الغاطسة وجود كريات بيضاء تحتوي على مكورات بنية داخل الخلايا تكون غالباً مزدوجة ومتقابلة حسب محاورها العمودية . وهي دائماً ذات حجم متساوٍ وتأخذ شكل حبة الفاصولياء أو الكلية حيث يكون محورها المعترض أكبر من محورها الطولي . يستعمل التلوين بأزرق الميتلين لسهولة تطبيقه كاختبار تقص Screening روتيني . وتصطبغ جميع الجراثيم باللون الأزرق .

**تلوين غرام** : تخلو هذه الطريقة من المتاعب إذا أبعدنا الماء وهي تشمل المراحل التالية :

١ – ينقط كاربول بنفسجية الجانسيان على المحضر المثبت ويترك مدة ٣٠ ثانية ( تحضير الملون : يحرك ١ – ٥ مل من حمض الكاربول السائل في ١٠٠ مل ماء مقطر ثم يضاف ١٠ مل من محلول بنفسجية الجانسيان في كحول درجة ٩٦٪ . يصفى المحلول كل مرة قبل الاستعمال ) .

٢ ـ يصب المحلول من على المحضر إلى وعاء آخر دون غسل .
٣ ـ يغمر المحضر بمحلول لوغول ( يود ـ بوتاسيوم يودي ـ ماء مقطر ١ ـ ٢ : ٣٠٠ ) ويعالج حتى تمام التشرب .
٤ ـ بعد الإبانة يعالج بكحول درجة ٩٦٪ حتى الصفاء ، ولمدة دقيقة واحدة على الأكثر .
٥ ـ يغسل المحضر جيداً بالماء ويجفف . لا تظهر المكورات البنية في هذه المرحلة لأنها سلبية الغرام .
٦ ـ يلون تلوين مباين بمحلول الفوكسين الممدد أقل من ١٪ . تبدو المكورات البنية بلون أحمر قانٍ ، بينما تتلون الجراثيم إيجابية الغرام باللون البنفسجي الغامق . يفضل أخذ لطاختين تلون الواحدة بطريقة أزرق الميتيلين والأخرى بطريقة غرام . وفي حال عدم أخذ المحضر الثاني إما أن يعاد تلوين المحضر الملون بأزرق الميتيلين بطرق مختلفة أو نلجأ إلى التلوين بطريقة غرام المعدلة من قبل جنسن والتي تسمح بإعادة استعمال المحضر الملون بأزرق الميتيلين . لهذا يزال الزيت المستعمل للفحص المجهري بواسطة الكسيلين ثم يلون كالتالي :
١ ـ يضاف المحلول المائي ٠,٥٪ من الميتل البنفسجي ٦ ب Methyl Violet 6B لمدة ٣٠ ثانية ثم يزال المحلول .
٢ ـ يغسل بمحلول لوغول القوي ( يود ـ بوتاسيوم يودي ـ ماء مقطر ١ ـ ٢ : ١٠٠ ) .
٣ ـ نضيف محلول لوغول طازج ونتركه لمدة ٣٠ ثانية .
٤ ـ يزال اللون بغسله حتى الصفاء بكحول ٩٦٪ .
٥ ـ يلون تلوين مباين بالأحمر المعتدل ١٪ ( مع إضافة ٠,٢ مل من حمض الخل إلى ١٠٠٠ مل من المحلول ) لمدة ١٥ ـ ٣٠ ثانية .

يُظهر التلوين المباين المكورات البنية بلون أحمر والمُكيَّرات (Micrococci) بلون أزرق بنفسجي .

**الاستجهار التألقي المناعي Immunofluorescence Microscopy** : يمكن كشف المكورات البنية في اللطاخة بواسطة طرق التألق المناعي المباشر النوعي بعد استعمال المصل المضاد للمكورات البنية الموسوم بالأصبغة الفلوروسئينية .

**الزرع Culture** : يبدي زرع المكورات البنية ميزتين إضافيتين بالمقارنة مع الفحص المجهري :
أ ـ نوعية أكبر : تعرّف موثوق على العامل الممرض .
ب ـ حساسية أكبر : يعطي نتائج إيجابية أعلى عند المرضى المصابين بالخمج البني المزمن والحالات الصعبة .

يجب أن يجرى الزرع دائماً في حال توفر الإمكانيات التقنية حيث يعتبر عنصراً هاماً في التشخيص في الحالات المزمنة وعندما تكون الموجودات المجهرية مشكوك بها .

إن زرع المكورات البنية يقتصر على المخابر الجرثومية المختصة . وبسبب حساسيتها يجب أخذ العينة ووضعها مباشرة على الوسط الزرعي . يوجد أوساط خاصة لنقل المكورات البنية إلى المخابر المختصة . تظهر مستعمرات المكورات البنية على المزرعة بعد فترة حضانة تستمر ٢ ـ ٣ يوماً على شكل قطرات الندى الشفافة الناعمة . يجرى تفريق المكورات البنية عن المكورات الكاذبة الشبيهة شكلاً وتلويناً بواسطة الطرق الكيميائية الحيوية والجرثومية مثل تفاعل الأوكسيداز وتخمر السكر في أوساط خاصة ، كما استعملت طرق التحوصب والتألق المناعي أيضاً . يجب إجراء اختبار المقاومة إذا شككنا بوجود زمر مقاومة للبنسلين ( زمر تنتج البتا ـ لاكتاماز Beta - Lactamase ) .

## السيلان البني عند النساء Gonorrhea in Women :

تؤمن الأعضاء التناسلية عند المرأة عدة أبواب دخول للمكورات البنية : الفتحة الإحليلية ، الخبايا والجوبات حول الإحليل ، أقنية سكين Skene ، فوهات غدد برتولين ، وفوهة الرحم ، وغالباً ما يصاب باب دخول واحد بادىء ذي بدء ، ثم تصاب المناطق الأخرى ثانوياً . وأكثر مناطق توضع السيلان البني عند النساء هو فوهة الإحليل وعنق الرحم . ويجب ألا نغفل عن إصابة المستقيم .

## السيلان البني في السبيل البولي Gonorrhea of Urinary Tract :

غالباً ما يكون الإحليل عند المرأة مكان الإصابة البدئية بالخمج البني ، وقد تكون الإصابة ثانوية لانتقال المكورات البنية من المفرزات المهبلية . ويمكن أن تتأخر الإصابة البدئية للإحليل بالظهور لأن قسمه الأمامي مستور ببشرة وسفية . تستطيع المكورات البنية أن تتقدم إلى المنطقة المثلثية ثم تصل إلى بشرة المثانة المقاومة . وفي معظم الأحيان لا تصاب الحويضتان والكليتان . كما لا تصاب المثانة بالمكورات البنية لكنها قد تصاب بشكل ثانوي بجراثيم أخرى مؤدية إلى التهاب مثانة جرثومي مرافق .

لا تصيب المكورات البنية الغشاء الإحليلي المثنى النجمي الشكل فقط لكنها ترتشح أيضاً في الغدد الإحليلية المستورة بظهارة العصي والمخاريط مثل جوبات مورغاني وتثنياتها وفي الغدد الأنبوبية الغصينية مثل غدد ليتريه Littre عند الرجل .

**الموجودات السريرية :**

*السيلان البني الحاد :* يحدث الخمج في البدء نجيجاً خفيفاً من

الإحليل مع ألم لاسع أو حارق عند التبول وزحير بسبب إصابة المثانة وتبدي اللطاخة الملونة خلايا بشروية مع كريات بيضاء مفردة ومكورات بنية خارجها ، وبعد ٢٤ ساعة يصبح النجيج قيحياً وتشاهد المكورات البنية داخل الكريات البيضاء فقط .

*السيلان البني المزمن :* تتناقص أعراض التهاب الإحليل بعد ٣ - ٦ أسابيع ويصبح تحت حادٍ ثم مزمناً وأخيراً يصبح لا عرضياً .

قد يحدث شفاء عفوي وإن كان ذلك غير ممكن بشكل عام ، إذ رغم تراجع إصابة الغشاء المخاطي تبقى بؤر من المكورات البنية في الجوبات والغدد اللاحقة و/أو في النسيج تحت الظهارة .

إن التهاب **الإحليل السيلاني المزمن** خطر لأنه يشكل مصدر عدوى خفي للشريك الجنسي . وقد يكون بالنسبة للمريض منشأ للمضاعفات المتأخرة . قد تصاب الغدد الإحليلية المختلفة بالمكورات البنية : كالجوبات والأثلام المتعددة لهذه المنطقة ، والأقنية حول الإحليل ، والأقنية الصغيرة الدهليزية وأقنية سكين . لا يؤدي خمج هذه الغدد الصغيرة إلى ظهور أعراض شخصية لكنه قد يؤدي إلى عودة خمج الإحليل . يجب إجراء فحص دقيق للمفرزات المستخرجة بالعصر . ( راجع الشكل ٤ - ٢ ) .

*نظير الأمراض السيلانية Paragonorrheal Diseases :* هي عقابيل السيلان التي لا تنجم عن المكورات البنية . قد تؤدي النضحات القيحية إلى تخريش منطقة الدهليز والشفر الكبير والشفر الصغير وإلى وذمة التهابية واحمرار وتسحج والتهاب فرج مؤلم جداً ، وقد يتلو ذلك تأكزم وتقوبؤ . قد تتعمق التآكلات لتصبح قرحات سطحية ( قرحات سيلانية ) . وقد يحدث في فوهة الإحليل سليلات . وقد يتشكل لقموم مؤنف نتيجة التلقيح الثانوي بالحمات الحليمومية الإنسانية .

### السيلان البني في الأعضاء التناسلية الأنثوية : Gonorrhea of the Female Genitalia

**التهاب غدة بَرْتولين السيلاني Gonorrheal Bartholinitis :** تصاب فوهات غدد بَرْتولين على الوجه الأنسي للشفر الصغير وعلى جانبي فوهة المهبل بالمكورات البنية في حالات قليلة وفي مرحلة متأخرة من الداء . وتصاب عادة قناة مفرغة واحدة ونادراً ما تصاب القناتين ولا يصاب جسم الغدة . يدل على الإصابة احمرار الفوهة الذي يشبه عضة البرغوث ، وتسمى هذه العلامة نقطة سانجر Sänger . يحدث انسداد الفوهة بشكل تدريجي بسبب الانتباج الالتهابي ويتشكل خراج كاذب مؤلم بحجم الكرزة إلى بيضة الحمام . ويمكن أن يُحدث الخمج الثانوي خراجاً متموجاً معيقاً للحركة في شفر واحد ، ويعالج بالشق والتفجير .

**التهاب الفرج والمهبل السيلاني G. Vulvovaginitis :** يكون المهبل عند المرأة الناضجة جنسياً مقاوم للإصابة بالخمج السيلاني ، ليس فقط بسبب ظهارته الوسفية لكن بسبب آلية التنظيف الذاتية للمهبل أيضاً . تؤمن جراثيم دودرلن Doderlein المهبلية والجراثيم الأخرى المحبة للحامض باهاء PH مهبلي يتراوح بين ٤ - ٤,٧ . وباعتبار أن درجة الباهاء PH المناسبة للمكورات البنية هي ٧,٢ لذا فهي تموت في قيمة باهاء PH المهبل الطبيعية السائدة . وإن تعرض المهبل للأمراض يمكن أن يخرب آلية التنظيف الذاتية مما يرفع قيمة الباهاء إلى ٥,٥ - ٦,٥ ، ويسهل الخمج السيلاني . كما يسبب الحيض زيادة في المفرزات القلوية واضطراباً مؤقتاً لآلية التنظيف الذاتي للمهبل . قد يحدث التهاب فرج ومهبل سيلاني عند الأطفال والنساء المسنات والحوامل وبعد الولادة مباشرة وفي نقص تنسج الأعضاء التناسلية والطفالة حيث تكون في جميع هذه الحالات آلية تنظيف المهبل الذاتية مضطربة أو غير موجودة .

يعتبر التهاب المهبل البسيط ( الذي يحدث في كل حالات السيلان ) والذي يتظاهر بالاحمرار والانتباج والتآكل وبمفرزات غزيرة من الأغشية المخاطية أحد مظاهر نظير السيلان .

**التهاب الفرج والمهبل السيلاني عند الأطفال G. Vulvovaginitis of Infants :** يُستر الدهليز والمهبل عند الوليدين والأطفال الصغار بظهارة العصي والمخاريط كما أن آلية التنظيف الذاتي للمهبل تكون غير فعالة لديهم لذا يعتبر الفرج والمهبل المكان المفضل للإصابة بالسيلان البني . ويمكن أن تصاب جميع الأقسام الأخرى للجهاز البولي التناسلي كالإحليل وعنق الرحم ، في حين يكون غشاء باطن الرحم محمياً من الإصابة .

يعتبر الاتصال الجنسي الشاذ السبب الرئيسي دائماً للإصابة بالخمج عند الأطفال ونادراً ما يحدث بواسطة التماس المباشر كالنوم بسرير واحد ، أو استعمال ثياب ملوثة ، وإسفنج الحمام ، والمناشف ، والأواني المنزلية ، والمراحيض ، وميزان الحرارة الطبي ، والحقن . هذا ويجب التفكير بالإصابة بالسيلان البني عند الأطفال بين سن ٢ - ٦ سنوات في جميع الاضطرابات التناسلية المترافقة بنضح قيحي .

**الموجودات السريرية :** يشاهد في التهاب الفرج والمهبل السيلاني عند الفتيات احمرار فاقع وانتباج في الأغشية المخاطية للدهليز وفوهة الإحليل والبظر وفي الشفرين الكبيرين والصغيرين . كما يشاهد نضح قيحي شديد عند تبعيد الأشفار

الملتهبة قد يؤدي إلى تخريش في الوجه الأنسي للفخذين . ويدل النزّ في فوهة الإحليل على الخمج الإحليلي كما يدل الاحمرار حوله والشبيه بعضة البرغوث على وجود الداء في غدد سكين . ويكون غشاء البكارة أحمراً متنبجاً وكذلك الغشاء المخاطي المهبلي حيث يفرز نضحاً أخضراً مصفراً . قد يغطى بغشاء كاذب . ومن النادر إصابة غدد بَرْتولين .

تشكو المصابة بحس حرق شديد مع حكة في المنطقة التناسلية قد تؤدي لنقل الإصابة بواسطة اليدين إلى الملتحمة . كما يحدث احتباس بول انعكاسي بسبب اشتداد الألم أثناء التبول . كما يحدث قَهم وإمساك وأرق . تستمر هذه الحالة أسبوعان أو أكثر ثم تتناقص الأعراض تدريجياً غير أنه لا يحدث شفاء كامل . وتتحول الإصابة إلى التهاب فرج ومهبل سيلاني مزمن .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق السيلان البني في الفرج والمهبل عند الفتيات عن الالتهاب الناجم عن جراثيم أخرى ( كالاشريكيات القولونية ) وعن الالتهاب الناجم عن الأقصورة (Oxyuriasis) أو الأجسام الأجنبية أو المبيضات البيض أو المشعرة المهبلية .

**التهاب الفرج والمهبل السيلاني عند البالغين** : قد يحدث التهاب فرج ومهبل سيلاني عند النساء الحوامل ، وبعد الولادة مباشرة وعند المسنات واللواتي لديهن نقص في نضج الأعضاء التناسلية . ويكون الالتهاب هنا شبيهاً بما هو عليه عند الأطفال بل أقل شدة .

**التهاب عنق الرحم السيلاني** : إن عنق الرحم هو أكثر الأماكن إصابة في الخمج البدئي في المكورات البنية .

**الموجودات السريرية** : يكون عنق الرحم أحمراً ( متورماً ) تتدلى منه الأغشية المخاطية وينزُّ قيحاً أخضراً مصفراً . يُخرب الالتهاب ظهارة العصي والمخاريط وتستبدل بظهارة مكعبة أو مسطحة أكثر قدرة على مقاومة العامل الممرض وتشكل ركيزة أقل ملائمة لهذه المكورات . وعلى الرغم من بقاء الداء تتناقص الأعراض تدريجياً مع الوقت وتصبح العلامات الموضعية أقل ظهوراً والكشف عن المكورات البنية أكثر صعوبة . يدل النضح المخاطي العكر من عنق الرحم على الداء السيلاني المزمن ، وتشكل النساء المصابات بالتهاب عنق الرحم المزمن السيلاني اللا عرضي مصدراً شائعاً للخمج بالمكورات البنية .

**التهاب بطانة الرحم السيلاني** : يستر برزخ الرحم وباطنه ظهارة مكعبة قليلة الارتفاع مقاومة للخمج بالمكورات البنية وبالرغم من ذلك يصاب باطن الرحم في ٣٠٪ من الحالات ويسهل كل من الحيض والولادة والإجهاض الخمج الصاعد .

تُحدث المكورات البنية أثناء الحيض التهاباً شديداً بؤرياً قيحياً في باطن الرحم . وبعد الحيض تؤدي التجدد في الغشاء المخاطي إلى تراجع هذا الالتهاب . تتجلى إصابة باطن الرحم سريرياً بزيادة الحيض المؤلم المديد بينما تدل التآكلات المشاهدة بالفحص بالمنظار على التهاب عنق الرحم . ويعتبر التهاب باطن الرحم العابر حالة سابقة للسيلان الصاعد .

**التهاب النفير السيلاني Gonorrheal Salpingitis** : يؤهب الحيض للإصابة بالخمج الصاعد . إذ يحدث أولاً التهاب باطن النفير الحاد ويبدو الغشاء المخاطي محمراً ومنتبجاً ( متورماً ) . قد تلتصق خمل البوق المتوضعة في ذرى الثنيات الأنبوبية مع بعضها في جميع الجوانب مؤدية إلى انسداد التهابي دائم . ويشمل الالتهاب فيما بعد عضلات الأنابيب والصفاق الحوضي أيضاً . يثبت التقرح النفير على المبيض أو جدار الحوض أو الرحم .

تتحول الظهارة إلى سطح قيحي ثم تتلف . ويرتشح الالتهاب في العضلات مما يؤدي إلى انتباج الأنبوب وإلى تشكل نفير قيحي Pyosalpinx . تتشكل خراجة ضمن الجدار وقد تنثقب في الأنبوب وفي المستقيم وفي المثانة أيضاً . وكثيراً ما يصبح هذا الداء مزمناً ، وقد يحدث خمج ثانوي ولكن الشفاء في هذه المرحلة يبقى ممكناً بيد أن الترمم التام غير ممكن . يحدث الشفاء عادة مع التندب وانسداد لمعة الأنبوب والالتصاق مع النسج المجاورة مما يؤدي إلى العقم الدائم . وإذا حصل الحمل في المراحل البدئية من الداء فقد يؤدي إلى حمل بوقي .

**التهاب محيط المبيض والمبيض والصفاق السيلاني** : تصل المكورات البنية إلى المبيض عن طريق البوق . ويصيب الخمج المتوسطة Mesothelium السطحية والجهاز الجريبي ، غير أن برنشيم ( متن ) المبيض لا يصاب إلا نادراً . وقد يحدث خراج مبيضي ، كما يصاب الصفاق أيضاً ويتخرب في بعض المناطق مؤدياً إلى حدوث نتحة والتصاقات ويندر التهاب الصفاق الشامل . تؤدي اضطرابات البوق والالتصاقات مع الأعضاء المجاورة وإصابة الصفاق الحوضي إلى تشكل ورم مُكوَّم Conglomerate ( يطلق عليه اسم ورم الملحقات الالتهابي ) مع مظاهر سريرية وصفية للداء الحوضي الالتهابي مثل الألم في أسفل البطن ، وارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة العدلات والشعور بوجود كتلة أثناء الجس أو بالفحص بالأمواج فوق الصوتية أو بالتفريسة Scan .

**التهاب الملحقات السيلاني Gonorrheal Adnexitis** : إن انتقال الداء من النفيرين إلى المبيضين ومن ثم إلى الصفاق الحوضي لا يكفي لوضع التشخيص التفريقي في الحالات الإفرادية . قد تشمل الإصابة البوقين والرحم والمبيضين والصفاق والمستقيم والزائدة الدودية . ويكون الورم المكوَّم في

البدء غير محدد وبالتالي لا يجس بسهولة ، غير أن هذا الورم يصبح أكثر تحديداً بعد تراجع الأعراض .

**الموجودات السريرية** : يؤدي صعود المكورات البنية إلى الأعضاء التناسلية إلى أعراض حادة وشديدة . تشعر المريضة بالتعب الشديد وفقد الشهية والإنهاك . ويؤدي انتشار الآفة إلى الصفاق الحوضي إلى الشعور بالغثيان ، والتطبل ، والإمساك أو الإسهال ، ترتفع درجة الحرارة إلى ٣٩ – ٤٠° مئوية . ويكون النبض سريعاً وسرعة التثفل عالية جداً . كما يحدث ألم شديد وحيد أو ثنائي الجانب في الخثلة Hypogastrium مترافق بألم أثناء الضغط ومقاومةٍ في البطن . قد تُفقد الخصوبة بسبب انسداد النفيرين لكن العقم الناتج لا يشخص في البدء لأن الإباضة والحيض الدوري لا يتوقفان ، وفي المرحلة تحت الحادة قد يجس ورم مؤلم في منطقة الملحقات في الجانبين ويصبح جس الكتلة واضحاً في المرحلة المزمنة . إن التصاق الأعضاء مع بعضها ومع النسج المجاورة غير قابل للتراجع وهذا يفسر الشكوى الدائمة البطنية والحوضية عند النساء بعد الإصابة بالسيلان كالألم أثناء العمل والجماع والحيض ، وتخريش المثانة ، والإمساك ، والزحير المعوي ، وغالباً نجيج دائم .

**التشخيص التفريقي** : إن تشخيص التهاب الملحقات سهل في حال معرفة الإصابة بالسيلان . أما إذا كانت الإصابة مجهولة فيجب تفريقه عن التهاب الزائدة الدودية ، والقيلة الدموية ، والحمل البوقي ، وعن انفتال ورم مبيضي معنق . ويكون تفريق التهاب الملحقات السيلاني في مرحلة النفاس عن الالتهاب الصاعد بالجراثيم غير النوعية صعباً جداً ، ويمكن تفريق أورام المبيضين عن الرحم وأورام العضلات التي تشكل جزءاً من الرحم بالجس .

**تشخيص السيلان البني عند النساء :**

يعتمد تشخيص السيلان البني دون استثناء على التحري عن العامل الممرض . فبعد أخذ قصة مرضية جيدة تتبع الخطوات الثلاث التالية :

١ – الاستقصاء السريري وبخاصة التحري المناسب والدقيق للمنطقة المصابة والمشكوك بها .

٢ – أخذ عينة للتحري عن العامل الممرض من جميع البؤر المشكوك بها .

٣ – رؤية المكورات البنية في المادة المأخوذة .

**الاستقصاء الموضعي** : يجب أن يكون لدينا منظار مهبلي وضوء جيد للفحص . ويجب أيضاً فحص كل مريض لاحتمال ترافق إصابته بالإفرنجي ( الفحص والاستقصاء المصلي مباشرة وبعد أربعة أسابيع ) ، أو بالقرح اللين أو بأدواء أخرى تنتقل عن طريق الجنس .

**جمع المادة للتحري عن المكورات البنية** : يجب أخذ العينة من الإحليل أو من عنق الرحم تحت المراقبة البصرية وتفحص مباشرة . واللطاخة المهبلية غير ذي فائدة . وللحصول على مفرزات قيحية من الإحليل يجب إبعاد الشفرين قبل إدخال المنظار وبذلك تظهر فوهة الإحليل بشكل أفضل . عندها ينظف الإحليل ويمسّد من الخلف إلى الأمام والخارج وبذلك يظهر القيح من فوهته . تؤخذ عينة بواسطة عروة من البلاتين أو حامل قطن وتوضع العينة على صفيحة زجاجية وعلى وسط زرعي أيضاً .

تفحص بعد ذلك جميع الخبايا Crypts والأقنية حول الإحليل Parauretral Ducts ، تعصر كل واحدة للحصول على قطرات قيحية . ثم تختبر الأقنية المفرغة لغدد برتولين قبل أن تؤخذ عينة من عنق الرحم لأن إدخال المنظار قد يؤدي إلى عصر الغدد المحمرة والمنتبجة . يفحص عنق الرحم بعد إدخال المنظار فيزال المخاط بعناية وتؤخذ عينة من العنق كما ذكر سابقاً . ويجب استقصاء المستقيم عند كل امرأة بواسطة حامل قطن خاص مبلل بالسيروم الفيزيولوجي . وإذا ثبت الشك وجب إجراء الاستقصاء المتكرر بعناية . يحرّض الحيض غالباً للإصابة بالسيلان ، لذا يجب متابعة الاستقصاء في الحالات المشكوك بها في اليوم الثاني أو الثالث من الحيض . ويجب تكرار الاستقصاء للتأكد من شفاء السيلان .

## السيلان البني عند الرجال :

يصاب الجهاز البولي بشكل بدئي عند الرجال ثم تنتقل الإصابة إلى الأعضاء التناسلية بشكل متأخر . إذ أن القند Gonads عند الرجال يكون محمياً أكثر مما هو عليه عند النساء . ولذلك إذا شخص السيلان باكراً نستطيع وقاية الأعضاء التناسلية قبل وصول الإصابة إليها ، وبالتالي الوقاية من حدوث العقم الدائم .

### سيلان المجاري البولية :

**التهاب الإحليل الأمامي السيلاني الحاد** : يمتد هذا الالتهاب عالياً حتى المعصرة الخارجية للمثانة . تكون المعصرة الداخلية مغلقة عندما تكون المثانة فارغة وتفتح عندما تمتلىء المثانة وهذا الفارق الوظيفي بين الإحليل الأمامي والإحليل الخلفي لا يتناسب مع الفارق التشريحي غير أنه يتماشى بشكل أحسن مع الحقائق السريرية . تصاب أولاً الحفرة الزورقية Fossa Navicularis التي تقع وراء فوهة الإحليل ثم تصل المكورات البنية إلى ظهارة العصي والمخاريط من قسم الإحليل النازل Pars Pendula Urethrae وينتشر بسرعة إلى الإحليل بكامله مؤدياً إلى التهاب قيحي حاد . وبعد فترة حضانة ٢ – ٣ أيام تظهر

الأعراض على شكل وخز وحرقة في الإحليل عند التبول . ويكون احتباس البول بسبب تراكم المفرزات المتراصة في فوهة الإحليل ، وفي هذه المرحلة يمكن كشف المكورات البنية خارج الخلايا في أغلب الحالات . وبعد ٢٤ ساعة يخرج من الإحليل قيح رهيمي أصفر أو أخضر لزج ضارب للصفرة . تزداد الأعراض الشخصية ويصبح الانتصاب والتبول مؤلمان جداً . وهنا يشاهد في القيح عدد كبير من المكورات البنية داخل الخلايا . إذا تبول المريض في كأسين يبدو الجزء الأول من البيلة عكر وحليبي لأنه يحوي القيح الإحليلي المطروح إلى الخارج بينما يبدو البول في الكأس الثاني رائقاً ( اختبار الكأسين ) ، إذاً ، يبدأ سيلان الإحليل في مرحلة بدئية يتبعها مرحلة مزدهرة من تقيح شديد وأعراض شخصية شديدة . تستمر المرحلة الثانية عادة من ٢ ـ ٣ أسابيع يتبعها مرحلة تراجع تستمر من ٤ ـ ٦ أسابيع حيث ينقص التجيج ويصبح مائياً وعكراً راجع الشكل (٤ ـ ٢) .

**التهاب الإحليل الأمامي السيلاني المزمن** : تصبح المفرزات في هذه الحالة لزجة وذلك بين الأسبوع السادس والأسبوع السابع . لا يشكو المريض أثناء النهار من الأعراض . تظهر في الصباح فقط النقطة الصباحية الحاوية على المكورات البنية . يكون البول الصباحي صافياً لكنه بالحقيقة يحتوي على خيوط بيضاء تفرغ من الخبايا الإحليلية وتجرف خارجاً . تتألف هذه الخيوط من المخاط ، والظهارة ، وبعض الكريات البيضاء ؛ وقد تحتوي على عناصر ممرضة . يمكن أن تؤخذ هذه الخيوط من البول بواسطة عروة من البلاتين للفحص والتحري عن المكورات البنية ( فحص مباشر وزرع ) . يتوقف التجيج بشكل كامل في بعض الحالات النادرة أو يكون قد شفي السيلان عفوياً . هذا ومن المهم التفكير بأسباب أخرى لالتهاب الإحليل مثل المشعرة المهبلية ، والمفطورة Mycoplasma والمتدثرة Chlamydia ، والمبيضة البيضاء وأيضاً الأخماج المختلطة راجع الشكل (٤ ـ ٢) .

**المضاعفات Complications** : غالباً ما تصاب غدد ليتريه Littré وجوبات مورغاني باكراً في مرحلة الخمج الشديد الفوعة . ويحدث أيضاً ارتشاحات ما حول الإحليل Periurethral Infiltration بحجم نواة الكرزة وتكون مجاورة للإحليل . وتمتد إلى الجسم الكهفي . وغالباً ما تصاب الأقنية حول الإحليل أولاً ثم يتلوها خمج الإحليل .

إن التهاب الأوعية اللمفية السيلاني نادر الحدوث ويتجلى سريرياً بتصلب وانتباج الأوعية اللمفية الظهرية لجسم القضيب على شكل سبحة . كما أن التهاب غدد كوبر السيلاني نادر الحدوث أيضاً . ومن المضاعفات الأخرى ، يمكن حدوث خراج بحجم الكرزة خلف الصفن على يمين أو يسار الخط المتوسط في جهة واحدة أو في الجهتين . ومن النادر جداً حدوث خراج حقيقي بالمكورات البنية في القلفة وبخاصة في اللجيم Frenulum . تؤخر هذه المضاعفات الشفاء كثيراً .

**نظير داء السيلان البني في الحيز القلفي Paragonorrheal Disease of the Preputial Space** : تتآكل حشفة القضيب بسبب تدفق القيح . وتتشكل مفرزات قيحية من الحيِّز القلفي فتسبب انتباجاً التهابياً في القلفة معطية صورة التهاب الحشفة القيحي الحاد . وقد تؤدي إلى تضيق القلفة أو ما حول القلفةالالتهابي . ويصبح التلقيح بحمة الثآليل سهلاً وقد يتشكل لقموم مؤنف كبير .

## السيلان في الأعضاء التناسلية الذكرية : Gonorrhea of the Male Genitalia

**التهاب الإحليل الخلفي السيلاني الحاد Posterior Acute Gonorrheal Urethritis** : تنفتح فوهة الأقنية المفرغة للموثة والحويصلات المنوية والأسهر في الإحليل الخلفي . فعند الإصابة بالسيلان تمر المكورات البنية إلى الأعضاء التناسلية الذكرية ويُسهل هذا الانتشار التعرض للإجهاد الفيزيائي أثناء العمل أو الرياضة ونقص مقاومة الجسم . وعلى الأغلب لا نستطيع إيجاد قاعدة تعلل الانتشار الخلفي . ولكشف إصابة الإحليل الخلفي يجرى اختبار الكأسين حيث يبدو البول غيمياً فيهما . وإن انتشار السيلان للإحليل الخلفي كثير الحدوث ( أكثر من ٥٠٪ من الحالات ) ويظهر غالباً في الأسبوع الثاني حيث يشعر المريض بالرغبة الملحة إلى التبول كما يشعر بحدوث ألم شديد في نهاية التبول . وتتكرر هذه الرغبة كل ٥ ـ ١٠ دقائق فيفرغ بعض النقط ويشعر مباشرة بالرغبة في التبول ثانية . ومن العلامات الوصفية البيلة الدموية النهائية Terminal Hematuria إذ تخرج في نهاية التبول بعض القطرات الدموية من الغشاء المخاطي الملتهب في منقطة المعصرة وتمتزج في البول . يرافق التبول في حال التهاب الموثة شعور بضغط مؤلم في العجان والمنطقة الشرجية مع ترفع حروري مسائي أعلى من ٣٨° . يكون المرضى منهكين بسبب البول الذي يحرمهم من النوم ليلاً . يحدث في التهاب الإحليل الخلفي السيلاني بيلة البومينية ناجمة عن اختلاط البول بالمفرزات القيحية المصلية ونادراً ما تكون من منشأ كلوي .

يجب أخذ الحذر في وضع إنذار التهاب الإحليل الخلفي السيلاني العفوي . إذ قد ينتشر العامل الممرض إلى الدم وإلى الأعضاء التناسلية وبالتالي حدوث مضاعفات كثيرة .

**التهاب الموثة السيلاني Gonorrheal Prostatitis** : ينتشر السيلان الخلفي في ٨٠٪ من الحالات غير المعالجة إلى الأعضاء التناسلية الداخلية . فتصاب القناة المفرغة الموثية فقط في عدد

كبير من الحالات ، وفي حالات أخرى تصاب فقط الأقنية المنوية . وقد ينتشر الالتهاب إلى البارنشيم الموثي ويخربه . ولهذا أثره على الخصوبة كما هو الحال في انسداد الأقنية البربخية . تحدث هذه الإصابة في بدء الأسبوع الثالث من المرض وقد تبقى مصابة في مرحلة السيلان المزمن .

**التهاب الموثة السيلاني الحاد** : تختلف الأعراض من حالة إلى أخرى وتزداد غالباً الأعراض البولية والألم الموضع في منطقة الأمعاء ويصبح التغوط مؤلماً . تكون الموثة في البدء غير متضخمة لدى المس الشرجي كما يكون شكلها وقوامها غير متبدلين . وعندما يزداد الانتباج الالتهابي في الأقنية المفرغة ينحبس الإفراز وتنتبج الغدة في جهة واحدة أو في الجهتين ويمكن الشعور بها في المس الشرجي . ونادراً ما يؤدي الانحباس إلى تشكل خراج موثي .

قد تتشكل الخراجات في لمعة الغدة وهي بالتالي خراجات كاذبة قد تتراجع أو تتطور لتشمل المجاورات وأيضاً الإحليل والموثة وما حولها . وتحدث تبدلات التهابية في البنية الغدية والنسج الخلالي . يشتد الألم كثيراً عند الانتصاب والقذف والتبول ، فيحدث زحير حاد وبخاصة عند نهاية التبول ، وينتشر الألم إلى الظهر والفخذين ويحتاج المريض إلى الراحة في الفراش .

**التهاب الموثة السيلاني المزمن** : يصبح التهاب الموثة مزمناً بعد عدة أسابيع ، فيزداد الانتباج وتتناقص الأعراض الشخصية رغم استمرارية المرض مع العلم أن الشفاء العفوي ممكن الحدوث . ولجسّ الموثة يأخذ المريض وضعية السجود حيث يمكن الشعور باختلاف الحجم والقوام . تكون الموثة المريضة متضخمة أو عجينية القوام وغالباً ما تكون في جهة واحدة . يجب تمسيد الموثة للحصول على السائل المقذوف حيث يمكن التحري عن المكورات البنية ، وفي حال غيابها يجب التحري المجهري عن جراثيم أخرى أو إجراء الزرع أو تلقيح الحيوانات المخبرية عند الضرورة . إذ يشمل التشخيص التفريقي التهاب الموثة اللا سيلاني ومن بينها السل .

**التهاب الحويصلات المنوية السيلاني G. Seminal Vesiculitis** : إن ظهارة العصي والخاريط المطبقة للحويصلات المنوية أكثر استعداداً للإصابة بالمكورات البنية من الموثة وهي تصاب في ثلثي الحالات وباعتبار أنها تنتج القسم الأكبر من السائل المنوي فإن لتخرب ظهارتها الأثر الكبير في إنقاص الخصوبة .

تتشابه الأعراض عادة في التهاب الحويصلات المنوية والتهاب الموثة والتهاب الإحليل الخلفي . فهناك الرغبة في التبول ، وحتى من الممكن الاحتباس البولي ، والقذف المؤلم والشعور بوجود كتلة في المستقيم مع زحير وألم ينتشر إلى الظهر والفخذين دون أية علاقة مع إصابة عضوية أخرى . يدل القذف المدمى غالباً على التهاب الحويصلات المنوية البني في حال كشف المكورات البنية رغم أنه قد ينشأ من منطقة المعصرة .

إن التهاب الحويصلات المنوية السطحي السيلاني هو الأكثر مشاهدة وبخاصة في بدء المرض حيث تصاب فقط الظهارة ولا تتضخم الحويصلات في حين تكون الأعراض أشد في التهاب الحويصلات المنوية العميق الذي يشمل النسج تحت المخاطية ويؤدي إلى تشكل خراجات كاذبة وقد يحدث انثقاب .

**التهاب البربخ السيلاني G. Epididymitis** : يتساوى تواتر التهاب البربخ السيلاني الوحيد الجانب أو الثنائي الجانب مع التهاب الموثة السيلاني . فإذا أصيبت القناة الدافقة يمتد الخمج إلى الحويصلات المنوية وإلى القسم الأول من الأسهر أيضاً لتصل إلى البربخ مسببة التهاب البربخ السيلاني . وفي ٥٥٪ من الحالات لا يحدث التهاب في الحبل المنوي .

قد تقتصر الإصابة في التهاب البربخ السيلاني الحاد على الظهارة المغلفة لقناة البربخ الدقيقة ولكنها قد تصل إلى النسيج الخلالي مؤدية إلى تشكل خراج .

يبدأ التهاب البربخ الحاد فجأة بألم مبرح مع ترفع حروري ٣٩° ـ ٤٠° وعرواء ، وتعب شديد ، وارتفاع شديد في سرعة التثفل وكثرة العدلات في الدم ، يزداد الالتهاب لمدة يوم أو يومين ويتظاهر بمفرزات غزيرة وانتباج في الغلالة الغمدية Tunica Vaginalis Testis للخصية قد يصل إلى أحجام كبيرة ( أُدْرَةٍ مشاركة Associated Hydrocele ) ويتطور في الحالات الشديدة إلى ورم التهابي مكوم Conglomerate يشمل الإحليل المريض والانصباب الغلالي مع وذمة في جلد الصفن . لا تصاب الخصيتان وتحافظان على حجمهما الطبيعي غير أنه لا يمكن جسهما بسبب الانتباج المحيط بهما .

تصل الأعراض إلى ذروتها في اليوم الرابع أو الخامس . تخرب الحرارة العالية المكورات البنية وينقص نجيج الإحليل بشكل ملحوظ ، لكنه يزداد مرة أخرى عندما تنخفض الحرارة . تتراجع التظاهرات الشديدة ببطء خلال أسبوع ويصبح الورم البربخي أصغر حجماً غير أنه غالباً ما يبقى التهاب ثمالي يتجلى بكتلة صلبة مقببة تتوضع على الخصيتين . قد يكون التهاب البربخ أحياناً مخاتلاً فلا يترافق بألم أو ترفع حروري .

يؤدي التهاب البربخ السيلاني إلى التصاقات التهابية وبالتالي إلى عدم نفوذية القناة البربخية غير العكوسة ، فتحدث قلة النطاف في حال الإصابة وحيدة الجانب ويحدث فقد النطاف والعقم في حال الإصابة الثنائية الجانب .

تحافظ الخصيتان على الوظيفة الصماوية وقدرة إنتاج النطاف .

**التشخيص التفريقي** : قد يحدث التهاب البربخ الحاد بعوامل ممرضة أخرى غير المكورات البنية كالعنقوديات وزمر الإشريكية الكولونية الممرضة ، والمفطورات والمتدثرات ، والتدرن الذي يؤدي إلى التهاب البربخ من النمط الارتشاحي والعقيدي ، والتيفوس ، وداء البروسيلات ، والأنفلونزا ، والحمات الراشحة ، ولمعرفة طبيعة الإصابة يجب إجراء الفحص الجرثومي للطاخة الإحليلية أو مفرزات الموثة أو سائل الدفق ؛ كما يجب إجراء الاختبارات المصلية .

### تشخيص السيلان البني عند الرجال :

يتأكد تشخيص السيلان بكشف العامل الممرض . وتشمل شروط التشخيص قصة مرضية مناسبة ، واستقصاءاً سريرياً مع فحص موضعي كامل وأخذ عينة بشكل صحيح للتحري الجرثومي .

**الفحص الموضعي Local Inspection** : يجب استقصاء المناطق التناسلية والعجانية باهتمام ، وجس العقد المغبنية والبحث عن أي طفح ظاهر أو باطن . ويجب نفي الأمراض الأخرى المتنقلة بالجنس كالإفرنجي والخمج بالحمة الإنسانية لعوز المناعة HIV . وينبغي إجراء فحص مصلي ثان للإفرنجي بعد ٤ – ٦ أسابيع .

**تشخيص السيلان البني الموضعي** : يجب أخذ عينة لكشف المكورات النبية من كل مكان مصاب على حدة . تؤخذ أولاً لطاخة من الإحليل ، ومن الأقنية حول الإحليل إذا كان ذلك ضرورياً . كما يجب استقصاء البؤر الأخرى سريرياً والحصول على المفرزات بعد العصر أو القذف .

**اللطاخة الإحليلية Urethral Smear** : يمنع المريض من التبول عدة ساعات قبل أخذ العينة لكي لا يغسل الإحليل بالبول . وأحسن وقت لإجراء الفحص هو قبل التبول الصباحي . تكشف الحشفة بإبعاد القلفة وتنظف فوهة الإحليل ويمسّد من الخلف إلى الأمام . ثم تؤخذ المفرزات أو القيح الذي ظهر من فوهة الإحليل بواسطة عروة من البلاتين وتمد على صفيحة وعلى وسط زرعي . وقد يمنع تضيق القلفة أخذ العينة .

**استقصاء الأقنية المصابة حول الإحليل** : تكشف المكورات البنية في المواد المعصورة من الأقنية .

**اختبار كأسي التبول Two Glass Urine Test** : يدل على إصابة الإحليل الخلفي إذا كان البول في الكأس الثاني غيمياً ولنفي التغيم الناجم عن الفوسفات يعرض البول للحرارة حيث يزول التغيم في مثل هذه الحالة .

**الجس Palpation** : يجب جس البربخ والحبل المنوي ثم الموثة حيث تمسد للحصول على المفرزات للاستقصاء المجهري وبخاصة عندما تكون الغدة غير متضخمة . أما في حال التهاب الموثة الحاد المترافق بانتباج شديد فلا ينصح بالتمسيد لئلا تنتشر الإصابة . وأخيراً تجس الحويصلات المنوية ، وتكشف المكورات البنية في الخيوط القيحية المنتشرة في البول كما تكشف بفحص وزرع المني الطازج بعد القذف مباشرة وذلك مهم جداً لأن السيلان المزمن قد يكون لا عرضياً في ٢٠ – ٣٠٪ من الحالات . يجب استقصاء المستقيم عند الجنوسيين وإتباع نفس الاستقصاءات لإثبات الشفاء .

## الداء السيلاني خارج أعضاء التناسل
## Extragenital Gonorrheal Disease :

يحدث السيلان خارج أعضاء التناسل بشكل بدئي أو ثانوي . ويكون الشكل البدئي نادراً كما هو الحال في التهاب الملتحمة السيلاني عند الوليد والسيلان البدئي المستقيمي أو البلعومي . أما الشكل الثانوي فيحدث من خلال الانتقال خارج التناسلي Extragenital ( السيلان المستقيمي والتهاب الملتحمة السيلاني ) ، أو من خلال الانتشار الجرثومي الدموي والذي يعتبر من المضاعفات البعيدة للسيلان . قد يؤدي التهاب الملتحمة بالمكورات البنية والتهاب المفاصل والتهاب الشغاف إلى العمى ، والتصاق المفاصل ، والإنتان وهي من المضاعفات السيئة والمفجعة .

### السيلان المستقيمي Rectal Gonorrhea :

يحدث السيلان المستقيمي البدئي عند الجنوسيين والسيلان المستقيمي الثانوي هو المضاعفة الأكثر مشاهدة . وهو نادر عند الرجال . بينما يشاهد عند ٥٠٪ من المصابات بالسيلان التناسلي . تكون الأعراض في السيلان المستقيمي غير واضحة . يشكو المريض أحياناً من حكة ناجمة عن التهاب الشرج الخفيف الذي يبدو محمرّاً وغير مترافق بنضحة . بينما يبدو الغشاء المخاطي للمستقيم لدى الفحص بالمنظار محمراً ومنتبجاً بوضوح مع قيح . تؤخذ عينة للفحص المجهري والزرع بواسطة حامل قطن مبلل بالماء الفيزيولوجي أو بواسطة الغسل المستقيمي عن طريق منظار ذو جريان راجع Return – Flow Catheter .

يستمر السيلان المستقيمي بشكل عام مدة قصيرة ؛ والقاعدة هي الشفاء العفوي . وبسبب قلة الأعراض فكثيراً ما يغفل تشخيصه ومع ذلك فهذه الإصابة هامة لأنها قد تؤدي إلى عودة الخمج وتكون منبعاً للعدوى .

### السيلان الفموي البلعومي
### Oropharyngeal Gonorrhea :

يشاهد خمج مخاطية البلعوم واللسان في ٥ – ٢٥٪ من الحالات بعد اتصال فموي تناسلي مع أشخاص مخموجين ،

وهو غالباً لا عرضي ، قد يحصل احمرار وانتباج في المخاطية مع عسر بلع خفيف ، وفي حال الشك بالسيلان يجب إجراء مسحة بلعومية أو لسانية للفحص الجرثومي والزرع لتأكيد التشخيص .

**السيلان العيني Ophthalmoblennorrhea** :

إن التهاب الملتحمة السيلاني هو واحد من الإصابات السيلانية السيئة العقابيل خارج المنطقة التناسلية . وأكثر من نصف المصابين بالعمى فيما مضى كان بسبب الإصابة العينية بالسيلان ولذلك فقد صدر في ألمانيا عام ١٨٨٤ قانون يلزم تقطير عيني الوليد بمحلول ١٪ من نترات الفضة للوقاية . أما الآن فتقطر الصادات الحيوية وبذلك تحققت الوقاية التامة من العمى السيلاني .

**السيلان العيني عند الوليد** : إن السيلان العيني عند الوليد أكثر حدوثاً وسيره أقل شدة عما هو عليه عند الكهول . تبدأ الإصابة العينية بعد ١ ـ ٥ أيام من ولادة طبيعية من أم مصابة بالسيلان . وقليلاً ما يحدث انتقال يدوي للمكورات البنية إلى العين من المناطق التناسلية . وعادة ما تصاب عين واحدة في بادىء الأمر ، وتستر العين الثانية دون تأخير بضماد خاص Watch – glass Derssing توخياً للوقاية .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الأعراض بدماع ورهاب الضوء ومفرزات مخاطية وجُلَبْ Crusts على الأهداب ويزداد تقيح الأجفان وانتباجها . يصل الارتشاح إلى أقصى شدته في اليوم الرابع . تكون الملتحمة الجفنية شاحبة بسبب وذمة الجفن الشديدة في حين تكون إصابة الملتحمة البصلية بسيطة . يتطور المرض إلى مرحلة التقيح الشديد وبعد ذلك تتراجع الأعراض ببطء وتتحول إلى حالة نزلية . وأخيراً يحدث الشفاء بعد ستة أسابيع عادة . تتجلى خطورة التهاب الملتحمة البني بإصابة القرنية ( ٢٥٪ من الحالات تقريباً ) حيث ترتشح طبقات القرنية وتتخرب ظهارتها وتحدث قرحة يمكن أن تترك ندبة أو ثقباً مما يؤدي إلى التهاب باطن العين وبالتالي فقدانها .

**السيلان العيني عند الكهول** : تتطور الإصابة بشكل سيء منذ البدء ، وبشكل عام يكون التهاب الملتحمة مشابهاً لما هو عليه عند الوليد إلا أنه أكثر شدة وبخاصة في الملتحمة البصلية ، يمكن أن تصاب القرنية ويتخرب معظمها ، وقد يحدث الانثقاب ويؤدي إلى التهاب باطن العين وبالتالي ضمور العين وفقد الرؤية .

**المضاعفات الإنتانية Septic Complications** : يحدث التهاب الملتحمة أحياناً عن طريق الدم ، ويكون سيره خفيفاً حيث يحدث التهاب ملتحمة مع ارتشاح نتحي وانتباج ولكن دون تقيح ، ويتعذر كشف المكورات البنية . يحدث هذا الشكل من التهاب الملتحمة مرافقاً للمرحلة المزدهرة للسيلان Florid Stage ويستمر لفترة قصيرة ولا يكون خطراً على العين . ( راجع الشكل ٤ ـ ٣ ) .

## مضاعفات السيلان البعيدة :

تصل المكورات البنية إلى الدوران عن طريق ظهارة الغشاء المخاطي والنسج تحت المخاطية والشعيرات . وباعتبار أنها تتخرب في المجرى الدموي لذلك تحدث المضاعفات البعيدة عندما تتمكن من التوضع بسرعة في الأعضاء والنسج .

### التهاب المفصل الوحيد السيلاني : G. Monoarthritis

غالباً ما توحي الأعراض الأولى ببدء التهاب مفاصل حاد ثم يصاب عادة مفصل واحد . ويكون مفصلاً كبيراً على الأغلب كمفصل الركبة ، وبشكل أقل مفاصل الكاحل ، أو اليد ، أو المرفق أو مفصل الورك . ونادراً ما تصاب المفاصل الأخرى . ويبدو أن الرض والأمراض المفصلية التنكسية من العوامل التي تحدد مكان توضّع الإصابة . يبدأ التهاب المفصل باستسقاء سيلاني يتطور إلى التهاب مصلي ليفيني ( فيبريني ) عميق وثاقب ، ثم إلى دُبَيْلة المفصل Empyema مع التهاب فلغموني . يكون المفصل في مرحلة الاستسقاء منتبجاً ومتموجاً بسبب الانصباب المفصلي ولا يترافق عادة بترفع حروري . وتكون حركة المفصل محدودة بسبب الاستسقاء الشديد .

وأكثر الأشكال مصادفة هو الالتهاب المصلي الليفيني مع الانتقال إلى مرحلة الدُبَيْلَة حيث يحدث ألم شديد ونضح غزير وترفع حروري فجائي يخفف من نضح الإحليل في حين تزداد التظاهرات المفصلية باستمرار ويصبح النضح المفصلي قيحياً مع حمامى مفصلية واضحة ، ونادراً ما يحدث انثقاب عفوي ، إن أشد أشكال التهاب المفصل السيلاني هو الشكل الفلغموني مع جميع علامات التهاب مجمل المفصل Panarthritis . وقد تؤدي مثل هذه الحالات إلى الموت عندما يحدث خمج ثانوي . قد يصاب غضروف المفصل أو يتخرب في مرحلة الالتهاب المصلي الليفيني مؤدياً إلى حدوث التصاقات داخل المفصل ينتج عنها تحدد حركة المفصل التي قد تكون مؤقتة أو دائمة . يجب تجنب تثبيت المفصل في وضعية الراحة لفترة طويلة في جميع الظروف ، كما يجب البدء بالمعالجة الفيزيائية الفاعلة والمنفعلة في مرحلة باكرة قدر المستطاع على الرغم من وجود الألم .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن الحمى الرثوية ( الرثية المفصلية الحادة ) . يعتمد التشخيص على قصة إصابة سابقة بالداء السيلاني والبدء الفجائي لالتهاب المفصل وتحدد الإصابة في مفصل واحد .

## التهاب شغاف القلب والإنتان بالمكورات البنية : Gonococcal Endocarditis and Gonococcal Sepsis

إن الدسامات القلبية مكان مناسب لتوضع المكورات البنية التي تصلها عن طريق الدم في التهاب الموثة البرنشيمي والملحقات . وقد وصفت أشكال مختلفة تتراوح بين التهاب شغاف بسيط يشفى بدون عقابيل وبين التهاب شديد ونهاية مفجعة . يشخص التهاب الشغاف السيلاني إذا ظهر بعد إصابة تناسلية بولية مع غياب الأسباب الأخرى لالتهاب الشغاف . ويمكن في بعض الحالات كشف المكورات البنية من عينة دموية مأخوذة أثناء الترفع الحروري . ( راجع الشكل ٤ — ٤ ) .

لقد أصبح الخمج المنتشر بالمكورات البنية أكثر حدوثاً ، ويستدل على وجوده بالعلامات الثلاثة الآتية :

- هجمات متقطعة من الحمى .
- ألم مفصلي هاجر .
- تظاهرات جلدية .

تكون التبدلات الجلدية منعزلة ، مبعثرة ، خفيفة ، تأخذ شكل حطاطات التهابية تشبه لدغة البرغوث أو فقاعات أو بثرات نزفية . وغالباً ما تشاهد في الأطراف وبخاصة في اليدين . إن ٨٥٪ من المرضى عادة نساء مصابات بالداء السيلاني اللاعرضي غير المشخص . يثبت التشخيص بفحص المناطق التناسلية وكشف المكورات البنية بالزرع ونادراً ما ننجح بعزلها من الآفات الجلدية . بينما يمكن كشفها في الدم بنسبة ٢٠٪ من الحالات .

يبدي التشريح المرضي الجلدي التهاب أوعية كاسر للكريات البيض في الأدمة العلوية . ويتصف بانتباج جدر الأوعية مع تنكس فيبريني ورشاحة غزيرة من العدلات داخل الأوعية وخارجها مع تكسر الكريات البيض Leukocytoclasis وخثرات مجهرية وتسرب الكريات الحمر خارج الأوعية . يشمل الإمراض تفعيل المتممة خلال الطريق المتناوب بواسطة ذيفان المكورات البنية المؤلف من عديدات السكاريد الشحمية . وقد يبدي الفحص التألقي المناعي المباشر للخزعة الجلدية التهاب أوعية ومكورات بنية .

## التهاب ما حول الكبد السيلاني الحاد ( متلازمة فريتز — هغ — كورتيز Fritz — Hugh — Curtis ) :

يحدث هذا الداء عند النساء خلال هجرة المكورات البنية من أنابيب فالوب إلى الجوف الصفاقي . تتألف الأعراض من ألم في المراق الأيمن ينتشر إلى الكتف الأيمن ويزداد بالتنفس والسعال والحركة ومن ترفع حروري وصداع وغثيان . يحدث ارتفاع الترانس أميناز في ثلث الحالات . يكون الكبد متضخماً بشدة ومؤلماً بالضغط ، ويبدو في تنظير البطن ملتحماً مع الصفاق الهامشي بالتصاقات أشبه ما تكون بأوتار الكمان Violin String . يمكن كشف المكورات البنية في اللطاخة المأخوذة من عنق الرحم ومن الجوف الصفاقي .

## معالجة السيلان :

حتى عام ١٩٧٦ كان البنسلين يعتبر الدواء النوعي لعلاج السيلان ، حيث غالباً ما كان يشفي الداء إذا أعطي بمقدار كافٍ . وكان مانع الاستعمال Contraindication الوحيد له هو الأرج المشخص أو المشكوك به . ومنذ عام ١٩٧٦ تم اكتشاف زمر مقاومة للبنسلين ( تنتج اللاكتاماز — بيتا B Lactamase — ) في الشرق الأقصى أولاً ثم في الولايات المتحدة الأميركية وفي بعض الحالات الإفرادية في أوروبا . وما زال عددها بازدياد . وفي مثل هذه الحال يكون البنسلين غير مفيد حتى بالمقادير الكبيرة منه . وما زال للبنسلين قيمته العلاجية في عدة مناطق من أوروبا . وعلى أية حال يجب متابعة الشريك الجنسي بشكل خاص وبدون استثناء .

### المعالجة المعيارية للسيلان غير المضاعف Standard Treatment of Uncomplicated Gonorrhea :

إن المعالجة القياسية للسيلان غير المضاعف هي زرقة عضلية واحدة من ٤,٨ × ١٠^٦ وحدة دولية من البنسلين المائي ج — بروكائين G. Procaine مع بروبنسيد Probencid ١ غ عن طريق الفم كي يمنع انطراح البنسلين عن طريق الأنابيب الكلوية وينتج عن ذلك تركيز عالٍ له في الدم . إن نسبة فشل هذه المعالجة هي ٢٪ .

والخيار الآخر للمعالجة هو استعمال جرعة واحدة عن طريق الفم من الأمبيسلين ٣,٥ غ أو الأموكسيسللين ٣ غ مع ١ غ بروبنسيد ، وإن نسبة فشل هذه المعالجة تبلغ ٥ — ١٠٪ .

وبما أن الداء يترافق بخمج المتدثرات الحثرية Chlamydia Trachomatis عند ٤٥٪ من النساء و ٢٥٪ من الرجال المصابين بالسيلان فلا تفيد معالجات الجرعة الوحيدة في هذا الخمج المرافق ؛ لذا يجب إعطاء الدوكسيسكلين أو التراسيكلينات الأخرى لمدة أسبوع لإزالة أي خمج بالمتدثرات المرافقة للسيلان .

*مقاومة وأرج البنسلين Penicillin Resistance or Allergy* :
يعطى السبيكتينومايسين ٢ غ زرقاً عضلياً إذا كان يعرف أو يشك بأرج البنسلين ، أو إذا كان ثمة أي استعداد للتفاعلات الأرجية ( شرى ، ربو قصبي ... ) أو إذا كان هناك زمر جرثومية مقاومة للبنسيلين . ( وقد ورد حدوث مقاومة له

أيضـاً ) . ومعدل فشـل هذه المعالجة ١ – ٢٪ . كما يمكن استعمال السيفالوسبورينات الحديثة Cephalosporins مثل السيفترياكسون ٠,٢٥ غ أو السيفوتاكسيم بمقدار ٠,٥ غ زرقاً عضلياً . وإن نسبة فشل هذه المعالجة هي ١٪ .

*الصادات الأخرى Other Antibiotics* :

*التتراسكلين* : لم يعد ينصح باستعمال الجرعة الوحيدة من التتراسكلين عن طريق الفم بسبب ضعف فائدتها العلاجية . وقد استبدلت بالطرق التالية :

- تتراسكلين هيدروكلورايد أو أوكسي تتراسكلين ٠,٥٠ غ كل ٦ ساعات لمدة أسبوع والجرعة الكاملة ١٤ غ .
- دوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة لمدة أسبوع والجرعة كاملة ١,٤ غ .
- مينوسيكلين MInocycline ١٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة لمدة أسبوع والجرعة الكاملة ١,٤ غ .

هذا وإن معدل فشل هذه الطرق أعلى بكثير من معدل المعالجة بالبنسلين أو السبيكتومايسين Spectomycin .

*تيامفينيكول Thiamphenicol* : يعطي هذا العلاج معدل شفاء ٩٨٪ باستعمال جرعة واحدة عن طريق الفم بمقدار ٢,٥ غ . ولم يلاحظ اعتلال النقي الشامل المخيف واللا عكوس الذي يعقب المعالجة بالكلورامفينيكول باستعمال هذا المشتق .

*سيفترياكسون Ceftriaxone* : فعّال جداً في معالجة الزمر المقاومة للبنسلين . وقد يعطى بمقادير صغيرة ( ٢٥٠ ملغ جرعة واحدة ) زرقاً عضلياً . وهو فعال أيضاً ضد الإفرنجي بمرحلة الحضانة ، لكنه مثل الصادات الأخرى المستعملة بجرعة واحدة فهو لا يفيد في معالجة الخمج بالمتدثرات .

*معالجة السيلان المستقيمي والبلعومي* : يفيد السيفترياكسون في علاج هذه الحالة ولا يستطب استعمال السبكتينومايسين .

*معالجة السيلان أثناء الحمل* : يجب معالجة النساء الحوامل بالسيفترياكسون أو السبكتينومايسين . ولمعالجة الخمج بالمتدثرات المرافق للسيلان يعطى الإريترومايسين ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة أسبوع .

*الدليل الأميركي لمعالجة الأمراض المتنقلة بالجنس US STD Treatment Guidelines* : ينصح الدليل الأميركي لعام ١٩٨٥ لمعالجة الأمراض المتنقلة بالجنس باستعمال طريقة الجرعة الواحدة في التهاب الإحليل وعنق الرحم والمستقيم السيلاني غير المضاعف . يعطى أموكسيسيللين ٣ غ أو أمبيسيللين ٣,٥ غ عن طريق الفم ، أو بروكائين بنسلين ج المائي ٤,٨ × ١٠^٦ وحدة زرقاً عضلياً . ترفق هذه المعالجات مع ١ غ بروبينيسيد عن طريق الفم . أو السيفترياكسون ٢٥٠ ملغ زرقاً عضلياً . وبسبب كثرة ترافق الخمج بالمتدثرات مع الخمج بالمكورات البنية يضاف إلى المعالجة التراسيكلين هيدروكلورايد ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة سبعة أيام عن طريق الفم ، أو الدوكسيسكلين ١٠٠ ملغ مرتان يومياً لمدة سبعة أيام عن طريق الفم أيضاً . وللمرضى الذين لديهم مضاد استطباب ( مانع استعمال ) للتراسكلين يعطى الإريترومايسين ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً ولمدة سبعة أيام عن طريق الفم ، يجب معالجة الجنوسيين الذين يشكون من التهاب المستقيم السيلاني بالسيفترياكسون ٢٥٠ ملغ زرقاً عضلياً أو البروكائين بنسلين ج المائي ٤,٨ × ١٠^٦ وحدة زرقاً عضلياً أيضاً مع ١ غ بروبينيسيد أو بالسبيكتينومايسين في حال الأرج بالبنسلين .

## معالجة السيلان المزمن غير المضاعف :

يجب أن تستمر المعالجة من ٣ إلى ٥ أيام على الأقل بإعطاء البنسلين ج بروكائين ( ٤ × ١٠^٦ وحدة على الأقل ) زرقاً عضلياً مشاركاً مع البروبينيسيد ١ غ عن طريق الفم . أو إعطاء السبكتينومايسين حتى تغيب التظاهرات السريرية والمخبرية .

## معالجة السيلان المضاعف ( المختلط ) :

*المعالجة الموضعية* : تستعمل الضمادات الرطبة القاتلة للجراثيم أو الحمّامات أو الأصبغة ( بنفسجية الجانسيان ) في معالجة التهاب الفرج الشديد أو التهاب الحشفة . ويجب إدخال المريض إلى المستشفى وإبقائه في الفراش والسيطرة على التظاهرات الإنتانية إذا حدثت .

*المعالجة الجهازية* : من الضروري زرق البنسلين بالعضل يومياً أو تسريبه باستمرار عبر الوريد ( حتى ٢٠ مليون وحدة يومياً ) ولمدة عدة أيام . وقد تستمر المعالجة ١٠ – ١٤ يوماً حسب التظاهرات المرضية ( ينصح باستشارة طبيب الأمراض النسائية في حال التهاب الملحقات وطبيب الأمراض البولية في حال التهاب البربخ ) .

وإلى جانب الصادات تعطى الستيروئيدات بمقدار ٦٠ – ٨٠ ملغ يومياً من البريدنيزولون أو ما يعادله من الستيروئيدات الأخرى و/أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية خاصة في المرحلة الحادة . إذ أن هذه الأدوية تنقص التظاهرات الالتهابية وخطر حدوث الالتصاقات ، وبالتالي تنقص إمكانية حدوث العقم الثانوي . ينصح باستعمال حمالة للخصيتين ، كما تعطى المعالجات العرضية

لتخفيف الألم والزحير والتظاهرات الجلدية الموضعية والتي تدعم المعالجة السببية .

**فحص المتابعة وتأكيد الشفاء Follow – Up Examination and Confirmation of Cure :**

لا يعتمد على الشعور الشخصي للمرضى بعد المعالجة في تحديد شفاء السيلان ، بل يجب متابعة المريض من قبل الطبيب . ويمنع الاتصال الجنسي حتى تمام الشفاء . ومن الضروري إجراء فحص مجهري للطاخة ملونة وإجراء الزرع . إذا كان ذلك ممكناً . يجب الاستقصاء والمتابعة عند الرجال على الأقل مرة بعد ٣ – ٧ أيام من انتهاء المعالجة ، أما عند النساء فينبغي الاستقصاء والمتابعة في اليوم السابع من انتهاء المعالجة . ومباشرة بعد الدورة الشهرية التالية .

بعد شفاء السيلان تغيب العدلات من اللطاخة ويغلب وجود الخلايا الظهارية ، وإلى جانب ذلك يوجد فقط جراثيم غير ممرضة وكثير من المخاط . ( راجع الجدول ٤ – ١ ) .

**الجدول ٤ ـ ١ : نتائج فحص اللطاخات في السيلان**

| طور المرض | الكريات البيض | الخلايا الظهارية | المخاط | نبيت المهبل الطبيعي | المكورات البنية | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | داخل الخلايا | خارج الخلايا |
| البدئية | ± | ++ | + | + | ± | + |
| المزدهرة | ++++ | ± | – | – | +++ | + |
| في التراجع | ++ | ++ | + | – | + | ± |
| الهمود | ++ | ++++ | ++ | ± | – | – |
| قبل الشفاء النهائي | – | +++ | ++ | + | – | – |

**الفحص الموضعي** : يجب استقصاء الإحليل والغدد الملحقة . يجري استقصاء الموثة ، والحويصلات المنوية والبربخ عند الرجل ، وتستقصى غدد بارتولين والملحقات عند المرأة لأنه قد يستمر وجود المكورات البنية في الردوب الصغيرة للأغشية المخاطية أو الغدة . ويمكن الحصول على العينات من هذه المناطق بالعصر اليدوي .

تعود المكورات البنية إلى الظهور بعد ٤ – ٥ أيام إذا كان الشفاء غير تام ، وعلى نحو استثنائي قد تظهر بعد ١٠ – ١٢ يوماً أو أكثر حتى بعد عشرين يوماً وتحدث تظاهرات التهابية من جديد . لذا فإن المتابعة اللاحقة ضرورية .

**التحريض ( التخريش ) Provocation** : كان التحريض ضرورياً قبل زمن البنسلين غير أنه الآن ترك بشكل نهائي . يمكن إجراء اختبار التحريض ( التحريش ) الموضعي الكيميائي في الحالات المشكوك بها . ويشمل هذا الاختبار على وضع قطعة من القطن مبللة بمحلول لوغول اليودي داخل الرحم أو عنق الرحم ( جزء واحد من المحلول + سبع أجزاء ماء مقطر ) . يجرى استقصاء المتابعة أثناء الطمث لأنه يمثل تحريضاً حيوياً قوياً عند المرأة .

**الكشف عن الإفرنجي Examination for Syphilis** : يجب إجراء الفحص السريري والمصلي للبحث عن الإفرنجي المرافق عند جميع المرضى المصابين بالسيلان . لأنه إذا حدثت الإصابتان سوية فلا تظهر العلامات السريرية والمخبرية للإفرنجي في بدء السيلان الحاد بسبب طول مدة الحضانة . لذا يجب إعادة الفحص السريري والمخبري بعد أربعة أسابيع على الأقل لنفي الإصابة بالإفرنجي . كما يجب أيضاً إجراء اختبار الخمج بالحمة الإنسانية بعوز للمناعة HIV ، ويعاد الفحص بعد ثلاثة وستة أشهر .

يشفى الإفرنجي في مرحلة الحضانة عندما يعالج السيلان بالبنسلين في حين يكون السبكتينومايسين غير فعال في الإفرنجي .

**فشل المعالجة** : إن عودة تظاهرات السيلان بعد فترة غياب الأعراض أو العثور على المكورات البنية في اختبار المراقبة توحي بالاحتمالات التالية :

- المقاومة للصادات ( وخاصة في المعالجة بالبنسلين ) .
- مقدار الدواء في الدم والنسج غير كافٍ ( بسبب قلة المقدار أو سوء الامتصاص ) .
- عودة الخمج من خلال الشريك غير المعالج أو تغيير الشريك .

وفي هذه الحالات يجب إجراء الزرع الجرثومي أو اختبارات إضافية لحساسية الجراثيم . تشمل اختبار النيتروسيفين Nitrocefin لكشف اللاكتاماز – بيتا B – Lactamase .
( السيلان من الأمراض التي يجب التبليغ عنها ) .

## التهاب الإحليل التالي للسيلان Postgonococcal Urethritis (PGU) :

*المرادفات* : النزلة التالية للسيلان Postgonorrheal Catarrh .

غالباً ما يسبب السيلان الشافي تخريشاً في الغشاء المخاطي يؤدي إلى مفرزاتٍ مستمرة في الإحليل لبضعة أسابيع ، ويقدم البيئة المناسبة للاستعمار الثانوي من الأحياء المجهرية وبخاصة المفطورات والمتدثرات ، مع أن حدوث الخمج البدئي بالمكورات البنية والمتدثرات معاً كثير المشاهدة .

تسبب المعالجة غير النوعية وبخاصة المطهرات الموضعية والرضوح الآلية أذية الغشاء المخاطي محدثة حلقة مفرغة مع أعراض مستمرة . ومن الضروري إجراء الاختبارات المجهرية والزرع للمريض والشريك الجنسي لنفي عودة الخمج بالمكورات البنية أو عوامل ممرضة أخرى .

من المهم أن يبدي الطبيب اهتماماً بنفسية المريض ويشرح له جيداً مرضه . إذ يظن المريض أنه لم يشفَ من السيلان في حين يكون مصاباً بالتهاب الإحليل التالي للسيلان . كما يجب أن ينصح بالامتناع عن جميع منابلات Manipulation القضيب وبخاصة عصره لمعرفة وجود مفرزات إحليلية أو غيابها .

**التشخيص** : يتبع في وضع التشخيص نفس الطرق التي تجرى في التهابات الإحليل اللا سيلانية .

**المعالجة** : يُنصح باستعمال التتراسكلين أو الأريترومايسين بمقدار ٠,٥٠ غ أربع مرات يومياً عن طريق الفم ولمدة ٧ – ١٤ يوماً . وإذا دعت الضرورة يمكن إشراك المعالجة بالأدوية المضادة للالتهاب ( كالأسبرين ) وفي حالات خاصة قد نلجأ لإشراك الستيروئيدات عن طريق الفم .

## التهابات الإحليل اللا سيلانية Nongonococcal Urethritis :

*المرادفات* : التهابات الإحليل اللا نوعية .

يمكن أن يحدث التهاب الإحليل الحاد أو المزمن ليس فقط بالمكورات البنية بل بأحياء مجهرية . ومن الشائع أن تتشارك مع بعضها في إحداث الخمج .

### التهاب الإحليل بالمفطورات Myeoplasma Urethritis :

المفطورات أحياء مجهرية سلبية الغرام ، غير متحركة ، وغير مشكلة للأبواغ ويبلغ قدّها حوالي ١٠٠ – ٤٠٠ نانومتر ، وليس لها جدار خلوي صلب على غرار الجراثيم ذوات الشكل L المولدة تجريبياً . تجتاز مراشح الجراثيم لكنها تنمو على أوساط زرعية خاصة بعكس الحمات الراشحة . ويمكن بالزرع على أوساط غذائية خاصة التمييز بين المفطورات المجزئة للبولة والمفطورات غير المجزئة للبولة . يبدو أن مصورة البولة الحالة للبولة Ureaplasma Urealyticum والمفطورة الإنسانية والمفطورة التناسلية ، يبدو أنها تتحد مع بعضها لإظهار التهاب الإحليل مع أنها قد تشاهد في الإحليل غير الملتهب .

يكتسب التهاب الإحليل بالمفطورات أهمية خاصة عندما يشكو المريض من مفرزات بيضاء مصلية والتي تسمى البيلة البيضاء العقيمة ويكون باهاء PH البول حامضي . قد يشكو المريض في الخمج المنتشر ( التهاب الإحليل والموثة ، التهاب الملحقات ، ضخامة العقد الناحية ) من علامات عامة كالترفع الحروري وارتفاع سرعة التثفل وكثرة الكريات البيض . ( راجع الشكل ٤ – ٥ ) .

**التشخيص** : يتم كشف المفطورات بطرق زرعية خاصة فقط أو بتحديد مضادات الأجسام المصلية بحيث يعتبر عيار $\frac{١}{١٦}$ إيجابياً . ولا يدل الاختبار المصلي السلبي على عدم وجود المفطورات كسبب للداء نظراً للفعالية المستضدية المحدودة للمفطورات . ويجب إعادة الاختبارات المصلية عدة مرات . هذا مع العلم أن اعتبار المفطورات كسبب في التهاب الإحليل عند الرجل خاصة ما زال موضع جدل . فقد تمثل المفطورات اختلاطاً مرافقاً للخمج في الأشكال الأخرى لالتهاب الإحليل ، ويمكن كشفها أيضاً في المجرى البولي التناسلي عند ٧٪ من الشباب الأصحاء . ( راجع الشكل ٤ – ٦ ) .

**المعالجة** : ينصح باستعمال التتراسكلين بمقدار ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً ولمدة ١٤ يوماً ، أو ١٠٠ ملغ دوكسي سيكلين مرتان يومياً ولمدة ١٤ يوماً ، أو ١٠٠ ملغ مينوسكلين مرتان يومياً ولمدة ١٤ يوماً ، ويعطى في حال التهاب الإحليل الناجم عن اليوريابلاسمايورياليتيكوم Ureaplasma Urealyticum الأريترومايسين بمقدار ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً . إذ أن هذه الزمر المقاومة للتتراسكلين كثيرة المشاهدة الآن غير أن مقاومتها للإريترومايسين نادرة جداً .

### التهاب الإحليل بالمتدثرات Chlamydia Urethritis :

تسبب المتدثرات الحثرية التهاب الإحليل اللا نوعي في ٥٠٪ من الحالات . وهي جراثيم تحتاج لخلايا حية للزرع . قد تكون السبب الأساسي لالتهاب الإحليل المزمن أو قد تكون مرافقة

لأخماج أخرى في الإحليل ( وبخاصة السيلان ) . ولقد وصف العالمان هالبر ستادتر Halberstädter وفون بروازك Von Prowazek عام ١٩٠٧ التهاب الإحليل باسم السيلان المشتمل بسبب مشاهدة المشتملات مجهرياً في الخلايا الظهارية المؤوفة بالعامل الممرض بعد تلوينها بالغيمزا Giemsa . تستمر فترة الحضانة من أربعة أيام إلى شهر ويقتصر الالتهاب غالباً على الإحليل الأمامي .

**التشخيص** : يمكن كشف المتدثرات في اللطاخة الإحليلية . بعد استعمال الأضداد الوحيدة النسيلة والمجهر التألقي . ويعتمد الإثبات النهائي لخمج المتدثرات على زرعها على خلايا ماكوي Macoy في مخابر مختصة وإظهارها بعد التلوين باليود أو بالغيمزا أو استعمال الأضداد الوحيدة النسيلة الموسومة بالفلوريسئين .

**المعالجة** : يعطى التراسكلين هيدروكلورايد بمقدار ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً عن طريق الفم ، أو الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ مرتان يومياً عن طريق الفم أيضاً . أو الإريترومايسين بمقدار ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً وتعطى جميع هذه العلاجات لمدة سبعة أيام . كما تفيد السولفاميدات بهذا الصدد .

## التهاب الإحليل بالمشعرات
## Trichomonas Urethritis :

تشاهد المشعرات المهبلية من زمرة السوطيات في المفرزات المهبلية . وهي من العوامل المحرضة في التهاب المهبل . يمكن للعامل الممرض أن ينتقل خلال الجماع ويسبب التهاب إحليل مزمن . وتكون الأعراض خفيفة نسبياً مع نجيج مصلي . يمكن إظهار العامل الممرض في لطاخة طازجة من مفرزات الإحليل أو من الأفضل في الراسب البولي . تمزج المادة المأخوذة للفحص بنقطة من محلول فيزيولوجي ملحي على صفيحة زجاجية وتستر بساترة وتفحص مباشرة بتكبير ٤٠٠ في ضوء خافت باستعمال الساحة المظلمة أو المجهر مضاد الأطوار . يمكن كشف السوطيات المتحركة الحية في المُحضّر بسهولة ، كما يمكن زرع المستعمرات المهبلية في وسط مناسب (Feinberg – Wittington medium) .

**المعالجة** : يعطى الميترونيدازول بمقدار ٢٥٠ ملغ ثلاث مرات يومياً ولمدة أسبوع . وينصح أيضاً بجرعة فموية ١ غ من المترونيدازول مرتين يومياً في اليوم الأول ، ثم ٠,٥ غ في صباح اليوم الثاني . كما يعطى بجرعة علاجية وحيدة فموية مقدارها ٢ غ فموياً . وقد تحدث مقاومة على المترونيدازول . يمنع استعمال هذا الدواء أثناء الحمل . قد يستعمل الأورنيدازول Ornidazol أو التينيدازول Tinidazol أو النيفيراتيل Nifuratel وخاصة في الخمج المتعدد ( الجرثومي ، المبيضات البيض ) . ويجب معالجة الشريك أيضاً . ( راجع الشكل ٤ – ٧ ) .

## التهاب الإحليل الناجم عن الجراثيم العنبيّة والفيونيلاّ U. due to Acinetobacter and Veillonella :

قد يحدث التهاب الإحليل بهذه الجراثيم ومن النادر كشفها بالزرع . تعالج بالتراسكلين بالمقادير التي ذكرت سابقاً لمدة أسبوع إلى أربعة أسابيع .

## التهاب الإحليل بالعنقوديات والعقديات والإشريكيات القولونية Staphylococcal, Streptococcal, and E. Coli Urethritis :

قد يحدث التهاب الإحليل بعدد كبير من الزمر الجرثومية لكن أغلبها يحدث بالعنقوديات التي يصعب تفريقها عن المكورات البنية بالفحص المجهري بعد تلوينها بزرقة المتيلين ، لأن العدلات تبلعم كلاً منهما . قد تأخذ العنقوديات شكل المكورات المزدوجة لكنها تكون أكبر وتتلون بشدة أكثر . وقد تشاهد مفردة بينما المكورات البنية غالباً ما تكون مزدوجة . تكون المكورات البنية سلبية الغرام بينما تكون العنقوديات إيجابية الغرام . قد يحدث التهاب الإحليل بالعقديات وبخاصة المكورات المعوية ، ومن النادر أن يحدث بالإشريكية القولونية التي تسبب غالباً التهاباً في المثانة أو البروستات أو البربخ . كما قد تسبب خمجاً صاعداً مؤدياً إلى التهاب الحويضة والكلوة . يعالج هذا الالتهاب بالصادات تبعاً لتحسس العامل الممرض الخاص .

## التهاب الإحليل بالمبيضات Candida Urethritis :

تساعد المبيضات البيض في استمرارية التهاب الإحليل المزمن وخاصة بشكل ثانوي عندما يكون هناك أذية في الظهارة أو يكون هناك عوامل مهيئة ( كنقص المناعة أو الداء السكري ) . وقد يحدث التهاب الإحليل بالمبيضات بالطريق الصاعد من التهاب الحشفة أو التهاب الفرج والمهبل . يوضع التشخيص بزرع المفرزات والبول وحتى البراز .

**المعالجة** : يعطى الكيتوكونازول بمقدار ٢٠٠ ملغ يومياً أو يعطى الإيتراكونازول Itraconazole عن طريق الفم ولمدة ٥ – ٧ أيام على الأقل . يجب أخذ الحذر من التأثيرات الجانبية الكبدية في بعض الحالات .

## التهاب الإحليل بحمة الحلأ البسيط
## Herpes Simplex Virus Urethritis :

قد يسبب حمة الحلأ البسيط التهاب الإحليل ( التهاب الإحليل الحلئي ) وقد يكون مترافقاً مع اندفاعات الحلأ البسيط على الأعضاء التناسلية الخارجية ومن الصعب معالجة الحلأ البسيط .

يمكن لحمات أخرى أن تستعمر الإحليل بشكل آني وتحدث التهاب الإحليل كالحمة المضخمة للخلايا . وقد وصف التهاب الإحليل في الحماق والحصبة الألمانية والوقس Vaccinia .

**التهاب الإحليل الرضحي Traumatic Urethritis :**

قد يحدث الرضح الآلي أو الكيميائي التهاب الإحليل كالقثطرة والأدوات المستعملة طبياً وإدخال الأدوية والمعقمات . كما يجب التفكير في المنابلة من قبل المريض والاستمناء باليد وإدخال بعض الأشياء في الإحليل . إن الهياج الجنسي المتكرر دون الإيغاف Orgasm قد يؤدي إلى التهاب الإحليل وحتى التهاب برغ شبقي مع انتباج مؤلم عابر في البرغ .

**التهاب الإحليل في التهاب الحشفة Urethritis in Balanitis :**

إن التهاب الحيز القلفي ( التهاب حشفة ، التهاب حشفة وقلفة ) قد يؤدي إلى تخريش الإحليل واستعماره من قبل الجراثيم أو المبيضات وحدوث التهاب إحليل ثانوي . تعالج هذه الحالة بتجفيف الحيِّز القلفي الذي يؤدي إلى إزالة التهاب الإحليل .

**داء رايتر Reiter's Disease :**

*المرادفات :* متلازمة رايتر ، تقرن الجلد السيلاني Keratoderma Blennorrhagicum متلازمة فسينجر – لروي Fiessinger – Leroy .

يجب التفكير بهذا الداء في التشخيص التفريقي لالتهاب الإحليل اللا سيلاني وبخاصة عند الشباب .

**التعريف** : يبدي داء رايتر الأعراض الثلاث التالية :

- التهاب الإحليل اللا سيلاني .
- التهاب ملتحمة .
- التهاب مفاصل .

إلى جانب هذه الأعراض يشاهد التهاب الحشفة المتحلق Balanitis Circinata ، وتبدلات صدفية الشكل في الجلد ونادراً ما تحدث إصابة أعضاء أخرى .

**الحدوث Occurence** : يصيب الداء بشكل خاص الشباب ( ٩٠ – ٩٨٪ ) ونادراً ما يصيب النساء ولا يشاهد أبداً عند الأطفال .

**الإمراض Pathogenesis** : لم يعرف سبب داء رايتر وقد ثبت أنه ليس للكائنات الحية الدقيقة مثل المفطورات ، المكورات ، الحمات الراشحة دخل في إحداث المرض . تشير بعد الدراسات الحديثة إلى المتدثرات كعامل ممرض . ويبدو أن للعوامل الوراثية دور في الحدوث ، لأن الداء يشاهد في بعض العائلات وبخاصة عند الشباب . ويلاحظ زيادة حدوث HLA – B27 بنسبة ( ٧٠ – ٨٠٪ ) عند المرضى المصابين بداء رايتر . وهناك فرضية لآلية مناعية ذاتية حيث وجدت أضداد للنسيج الموثي . يمكن تفسير التظاهرات الجلدية كالصداف الشائع أو الصداف البثري على أنها محرضة بهذا الداء .

**الموجودات السريرية :**

*التهاب الإحليل :* يبدأ بشكل حاد ويشبه السيلان . يحدث نجيج قيحي أو قيحي مدمى مع ألم شديد عند التبول . ومع ذلك لا تُكشف المكورات البنية . يصبح التشخيص صعباً عندما يترافق الداء أو يُسبق بالسيلان الذي يخفيه . قد يبدأ الداء بمرحلة تحت حادة مع مفرزات مصلية ودون أعراض شديدة . يبدو أن ٠,٥ – ١٪ من جميع حالات التهاب الإحليل والخمج الزحاري تتطور إلى داء رايتر . ( راجع الشكل ٤ – ٨ ) .

*الأعضاء البولية التناسلية الأخرى المصابة :* من الإصابات المميزة التهاب الحشفة المتحلق الجاف والتهاب الموثة الذي يشاهد بكثرة ، وكذلك التهاب المثانة والتهاب الحويضة والكلوة .

*التهاب الملتحمة Conjunctivitis :* يشاهد بنسبة ٥٠٪ من حالات داء رايتر وهو غالباً ثنائي الجانب وقد لا يؤبه له بسبب طبيعته العابرة . ومع ذلك قد يحدث تورم شديد مع تقيح في الملتحمة التي تبدو زغبية ، حمراء داكنة اللون .

*التظاهرات العينية الأخرى :* يحدث وذمة في الأجفان والقرنية والتهاب قرنية سطحي . ومن العلامات النادرة التهاب القزحية والأجسام الهدبية والتهاب العنبية Uveitis بدرجات مختلفة من الشدة .

*التهاب المفاصل :* تصاب المفاصل بنسبة ٩٥٪ من الحالات لا سيما المفاصل الحاملة لثقل الجسم في الأطراف السفلية بشكل انتقائي ( كالركبة ومفاصل القدم ) . يشبه التهاب المفاصل في داء رايتر التهاب المفاصل الرثياني لكن غير أن العامل الرثياني يكون سلبياً . قد يصاب مفصل واحد لكن الأعراض عادة ما تكون متناظرة . تصبح المفاصل منتبجة ومؤلمة بالحركة . قد تشمل الإصابة اللفافات والأوتار ويحدث ضمور في العضلات بعد فترة من الزمن . تكشف التبدلات بالأشعة بنسبة ٤٠٪ من الحالات لكنها قد تغيب رغم الهجمات المتكررة .

*الإصابات الأخرى في الجهاز العضلي الهيكلي Musculo – Skeletal :* قد يحدث التهاب الأوتار ، والتهاب اللفافات ، والتهاب الزليلي Synovitis ، والتهاب المفصل العجزي الحرقفي والتهاب الفقار الرثياني .

*الموجودات الجلدية :* تشاهد تبدلات جلدية صدافية الشكل في ١٠٪ من الحالات حيث تحدث عادة بعد بضعة أسابيع من التهاب الإحليل مترافقة غالباً مع إصابة المفاصل . تحدث آفات جلدية متناظرة تتماشى سريرياً ونسجياً مع الصداف الشائع النضحي أو الصداف البثري تتوضع بشكل انتقائي في الراحتين والأخمصين وقد تصيب الفروة والسرة ويمكن أن تشاهد في أي مكان من الجسم وبقدّ يتراوح بين ثلاثة إلى عدة سنتمترات في حوالي ١٠٪ من المرضى ، تحدث آفات تشبه الثفن التموذجي ، وتصاب سلاميات الأصابع والأباخس القاصية والطيات الظفرية غالباً . ويحدث حثل الأظفار في حوالي ٢٠ ـ ٣٠٪ من الحالات ، وأحياناً يفقد الظفر بشكل تام .

*التشريح المرضي للتبدلات الجلدية :* تبدي البشرة شواكاً مع تطاول الاستطالات البشروية ، وفرط تقرن مع بثرات إسفنجية الشكل وخراجات من العدلات في البشرة المتقرنة ، تشاهد رشاحة التهابية غنية بالعدلات في الأدمة العلوية . إن هذه التبدلات هي تبدلات الصداف الشائع أو الصداف البثري .

*تبدلات الأغشية المخاطية* ***Mucous Membrane Changes*** **:** يحدث احمرار منتشر مع بقع وحطاطات حمامية ونزوف وتآكلات خاصة في الغشاء المخاطي الفموي والبلعومي إلى جانب التهاب المفاصل والتهاب الحشفة المتحلق والتهاب الملتحمة . يشاهد التهاب أمعاء مع إسهالات . وصف بعض المؤلفين شكلاً معوياً خاصاً بداء رايتر يترافق بالتهاب إحليل خفيف وقصير المدة .

*إصابة الأعضاء الأخرى :* من النادر جداً حدوث التهاب العضلة القلبية ، والتهاب التامور ، وقصور الأبهر ، والتهاب العصب البصري ، والتهاب الجنب ، وارتشاح رئوي ، والتهاب الوريد الخثاري والداء النشواني .

*التظاهرات العامة :* تحدث علامات التهابية لا نوعية تبعاً لشدة المرض كالترفع الحروري متوسط الشدة ، وارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة الكريات البيض ، وارتفاع الغلوبولين ألفا ٢ **α2 Globulin** .

**السير والإنذار :** يبدأ الداء عادة بعد ١٠ ـ ٣٠ يوماً من حدوث خمج معوي أو بولي . يمكن أن يكون السير تحت حاد مع شفاء كامل بعد ٢ ـ ٦ أشهر . ولكن غالباً ما يكون سير الداء طويلاً يمتد أكثر من عدة أسابيع إلى عدة أشهر ، ونادراً ما يكون أكثر من سنين مع حدوث هجمات حادة وهجوع ونكس . تتناسب شدة إصابة المفاصل مع مدة وشدة الداء . وقد يصبح الإنذار سيئاً بحدوث أذيّات دائمة مثل تضيق الإحليل ، وتحدد حركة المفاصل ونقص حدة البصر . وقد ورد ذكر حدوث اعتلال مفاصل صدافي في المراحل المتأخرة .

**التشخيص والتشخيص التفريقي :** يُعتمد في التشخيص على التظاهرات السريرية العامة لأنه لا يوجد تبدلات مخبرية نوعية لداء رايتر . فمن السهل وضع التشخيص بالاعتماد على الثلاثي العرضي المدرسي مع التهاب الحشفة المتحلق ، قد نصادف صعوبة في تشخيص الداء في الحالات الوحيدة العرض أو قليلة الأعراض وعند النساء . يجب تفريق التهاب الإحليل عن السيلان والتهابات الإحليل الأخرى بإجراء اختبارات زرع متكررة . يجب تفريق التهاب المفاصل في داء رايتر عن التهاب المفاصل الرثياني والصدافي . تُفرّق الحمى الرثوية وداء المصل بسيرهما الحاد . وينظر إلى التبدلات الجلدية على أنها تبدلات وصفية لصداف مزدهر ، تقرني ، أو بثري . إن للتظاهرات في الأعضاء الأخرى أسباباً متعددة لذا يجب وضع التشخيص بنفي هذه الأسباب والأخذ بعين الاعتبار سير الداء والصورة السريرية الكاملة .

**المعالجة :** تكون المعالجة عرضية لأن الأسباب غير معروفة . قد يزداد التهاب الإحليل بسبب العوامل الممرضة المرافقة لذا يعطى التتراسكلين ( ٢ غ يومياً لمدة ٧ ـ ١٤ يوماً ) أو مشتقاته بالمقادير المناسبة . وقد تعطى أيضاً أدوية مضادة للالتهاب مثل الإندوميتاسين والبنسيلامين والأسبرين والستيروئيدات . تقدر كمية العلاج ومدة المعالجة تبعاً لسير المرض . يجب إعطاء الميتوتركسات ( ٧,٥ ـ ١٥ ملغ أسبوعياً ) في الحالات الشديدة . تؤدي هذه المعالجة إلى تراجع الداء وهي ذات قيمة أعلى من المعالجة المديدة بالستيروئيدات .

تعالج الآفات الصدافية موضعياً بالمراهم الستيروئيدية أو/مع القطران والأشعة فوق البنفسجية . ينصح في الحالات العامة الشديدة والمؤلمة بالراحة في الفراش . كما تفيد المعالجة المشتركة بالميتوتركسات والبريدنيزون والإتريتينات . ( راجع الشكل ٤ ـ ٩ ) .

## الإفرنجي Syphilis

*المرادفات :* السفلس **Lues** .

**التعريف :** هو داء خمجي مزمن تسببه اللولبية الشاحبة **Treponema Pallidum** ويشاهد في جميع أنحاء العالم . قد ينتقل إلى الجنين داخل الرحم أو عن طريق نقل الدم ، لكن الانتقال الاعتيادي يحدث بالتماس الجنسي المباشر . يستمر الداء سنين عديدة إذا لم يعالج ، وقد يؤدي إلى الموت بإصابة الأوعية الكبيرة ، والهزع الحركي المترقي والشلل المترقي وضمور العصب البصري والسكتة . وغالباً ما يؤدي الخمج داخل الرحم إلى موت الجنين . وقد يحدث شفاء عفوي في ٣٠٪ من الحالات . إن تعدد المظاهر المرضية وتقلبها يجعل التشخيص

التفريقي لهذا الداء صعباً جداً . يحدث الخمج استجابة مناعية مؤدياً إلى تفاعلات مناعية خلوية وخلطية نوعية .

**لمحة تاريخية : التقدم في أبحاث الإفرنجي :**

١٩٠٣ نجح ميتشنيكو Metschnikow وروكس Roux في نقل الإفرنجي إلى السعدان .

١٩٠٥ اكتشف شودين Schaudinn وهوفمن Hoffmann اللولبية الشاحبة ( الملتوية الشاحبة ) .

١٩٠٥ أجرى لاندستيز Landsteiner وموخا Mucha الفحص بالساحة المظلمة .

١٩٠٦ نقل بارتاريللي Bartarelli الإفرنجي إلى عين الأرنب .

١٩٠٦ اكتشف واسرمان Wassermann ، ونايسر Neisser وبرك Bruc وبوردت Borde وجينكو Gengou تفاعل تثبيت المتممة للإفرنجي ( تفاعل واسرمان ) .

١٩٠٧ نقل بارودي Barodi اللولبية الشاحبة لخصية الأرنب .

١٩٠٧ قام أولنهث Uhlenhuth ومولزر Mulzer وتروفي Truffi بالنقل التجريبي للإفرنجي إلى الأرانب .

١٩٠٩ قام أولنهث Uhlenhuth بمعالجة تجريبية بالأتوكسيل Atoxyl في الإفرنجي التجريبي عند الحيوانات .

١٩١٠ عالج إهرليخ Ehrlich وهاتا Hata الإفرنجي بالسلفرسان Salvarsan رقم ٦٠٦ .

١٩١٤ عالج إهرليخ Ehrlich الإفرنجي بالنيوسلفرسان Neosalvarsan ( المستحضر رقم ٩١٤ ) .

١٩١٧ وصف مينيك Meinicke وساخس جيورجي Sachs Georgi – تفاعلات الترسب للإفرنجي . بدء تشكل التفاعلات الجانبية .

١٩٤٣ عالج ماهوني Mahoney ، وآرنولد Arnold وهاريس Harris الإفرنجي بالبنسلين .

١٩٤٩ وضع نلسون Nelson وماير Mayer اختبار سكون ( تثبيت ) اللولبيات الشاحبة ( اختبار نلسن واختبار TPI ) .

١٩٥٧ وضع ديكون Deacon وفالكون Falcon وهاريس Harris اختبار الأضداد اللولبية التألقي ( اختبارFTA ) .

١٩٦٤ وضع هنتر Hunter وديكون Deacon وماير Meyer امتصاص الأضداد اللا نوعية في اختبار FTA ( اختبار FTA – ABS ) .

١٩٦٥ وضع راثلي Rathley وتوميزاوا Tomizawa وكاماتسو Kamatsu اختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة ( اختبار TPHA ) .

١٩٦٩ وضع آتوود Atwood وميللر Miller اختبار امتصاص الأضداد اللولبية التألقي 19SIgM ( اختبار 19SIgM FTA – ABS ) .

١٩٨٠ وضع لنجر Luger وشميدث Sehmidt اختبار التراص الدموي في المرحلة الصلبة ( اختبار SPHA ) .

**العامل الممرض Pathogen** : العامل الممرض هو الملتوية اللولبية الشاحبة وتُفرّق عن بقية الملتويات بكونها طفيلياً نسجياً وليس دموياً إنما تنتقل بالدوران فقط .

*اللولبيات الشاحبة Treponema Pallidum* : هي كائنات حية صغيرة جداً لا هوائية اختيارية طولها ٥ – ١٥ نانومتر ، وهي ملتوية لولبية التواءاتها متساوية في الارتفاع ومنتظمة . يوجد في منتصف اللولب نقطة تبدأ منها اللولبية حركاتها الملتوية النموذجية ، كما تقوم بحركات دورانية بطيئة حول المحور الطويل . لا تبدي اللولبيات الشاحبة حركة فاعلة في وسط سائل إنما إذا وجد في هذا الوسط جسم صلب كخلية مثلاً فإنها تجد مسنداً للحركة الفاعلة . وإن فقدان القدرة على الحركة المستقلة يعتبر من العلامات المهمة في تشخيص اللولبيات الشاحبة في حين أن الملتويات الرِّمِّية تكون أكثر نشاطاً في حركاتها .

**التحري عن اللولبيات الشاحبة Detection of T. Pallidum** : يصعب تلوين اللولبيات الشاحبة لأن التثبيت يقتل هذه الكائنات الحية ويمنع حركتها وبذلك يصبح من المستحيل تفريقها عن الملتويات الأخرى . لذلك فإن الطريقة المنتخبة هي الفحص بالساحة المظلمة التي تسمح برؤية حركة اللولبية الشاحبة (Landsteiner and Mucha) .

*طريقة الفحص بالساحة المظلمة Dark – Field Technique :*

*العيّنة Sampling* : بما أن اللولبية الشاحبة هي طفيلي نسجي فإنها لا تشاهد في السطح بل في الآفة . لذا لا تؤخذ العينة بعروة من البلاتين من السطح بل نحصل عليها بعصر الآفة الجلدية أو المخاطية وأخذ السائل النسيجي .

لأخذ عينة تنظف المنطقة المصابة بقطعة شاش مبللة بمحلول ملحي والأحسن بالأسيتون أو الإيتر ثم تؤخذ قطعة أخرى مبللة وتفرك المنطقة حتى حدوث تآكل خفيف . تمسك القرحة البدئية أو الآفة ، بعد وضع قفاز ، بين الإبهام والسبابة وتعصر حتى ظهور السائل النسيجي أو مصل الجرح الذي يؤخذ بساترة أو بعروة من البلاتين . فإذا كان المصل رائقاً فهو صالح للفحص ، أما إذا كان عكراً فإنه يحتوي على الكريات الحمراء ، وفي مثل هذه الحالة يجب إعادة أخذ العينة .

*الفحص :* يجرى الفحص بالساحة المظلمة الجافة أو مع الزيت بتكبير شديد باستعمال عدسة جسمية × ٤٠ . تكون الساحة مظلمة بينما تبدو العناصر الجسيمية فضية . تظهر البريميات الشاحبة بشكل خيوط لولبية مع حركاتها الملتوية والدورانية الوصفية في مكانها . وغالباً ما تشاهد عدة بريميات في ساحة واحدة ؛ وفي بعض الأحيان نحتاج لساحات متعددة وحتى لمحضرات متعددة بغية مشاهدتها . نستطيع تفريقها عن اللولبيات الأخرى وبخاصة الرمامات التي تتميز بالتواءاتها المختلفة وصملها Rigidity وتحركها الواضح وشكلها الأقصر . كما يجب تفريق اللولبيات الشاحبة عن أغشية الخلايا . لذا يجب عدم أخذ مصل مدمى للفحص .

*بزل العقد اللمفية Lymph Node Puncture :* نلجأ لبزل العقد اللمفية رغم قلة نجاحه إذا لم نجد اللولبيات الشاحبة في القرحة البدئية بسبب التعقيم أو استعمال الصادات الموضعية .

*الزرع Culture :* لا تنمو البريميات الشاحبة على مستنبت صنعي ورغم ذلك نجح كل من رايتر Reiter وكرو Kroo ونوغوشي Noguchi وآخرون في إحداث مزارع نقية . غير أن الزرع في الممارسة غير مجدٍ . ( راجع الشكل ٤ – ١٠ ) .

*الإفرنجي في حيوانات التجربة Syphilis in Experimental Animals : نقل ميتشنيكو Metschnikow وروكس Roux عام ١٩٠٣ الإفرنجي إلى حيوانات التجربة وبالتالي تم نقله إلى الأرانب بحيث أمكن الحصول على مواد لاختبار تثبيت اللولبيات الشاحبة ( اختبار TPI ، اختبار نلسن ) . تلقح خصي الأرانب باللولبيات الشاحبة وبعد فترة حضانة ٥ – ٧ أيام يحدث التهاب خصية أو قرح بدئي على جلد الصفن ، كما يمكن إحداث خمج لا عرضي عند الفئران أثبت بنقله إلى الجرذ .*

كان لنقل الإفرنجي إلى الأرانب أهمية كبيرة للأبحاث العلمية وأعطت فرصة لتجربة الأدوية الجديدة ضد الإفرنجي عند هذه الحيوانات والتأكد من فعاليتها وعدم سميتها .

**الإمراض Pathogenesis** : تنتقل البريمية الشاحبة خلال آفات دقيقة في الجلد أو الأغشية المخاطية للأعضاء التناسلية عند الرجال والنساء أو للشفتين والفم .

يحدث عادة الانتقال مباشرة من شخص إلى آخر بالاتصال الجنسي . إذ تكون المناطق التناسلية والمنطقة الفموية منابع الخمج عادة عند المصابين بالإفرنجي . وقد يكون باب الدخول أي منطقة في الجسم . ومن النادر أن تحدث عدوى عن طريق اللطاخة لأن البريمية الشاحبة حساسة جداً للجفاف وتبدلات الحرارة وتبدل ضغط الأوكسجين أو درجة الباهاء PH ولأنها طفيلي نسجي .

إن النظرية القائلة إن الإفرنجي معدٍ في جميع مراحله غير صحيحة . فالإفرنجي الباكر معدٍ جداً ويصبح قليل العدوى مع تطور المرض . وتبقى الآفات معدية في الإفرنجي الثانوي المتأخر رغم وجود عدد قليل من البريميات وتزول قابلية العدوى إذا غابت العلامات بشكل كامل . لذا لا ينتقل الإفرنجي الكامن بالتماس وكذلك لا ينتقل الإفرنجي الثالثي رغم شدة آفاته .

عندما تدخل البريميات الشاحبة إلى النسج تصبح بتماس مباشر مع جهاز الدوران حيث تتكاثر حتى يصبح عددها كافٍ لإحداث التأثيرات السريرية . وينشط الجهاز المناعي في الثوي بحيث يمكن كشف الغلوبولينات المناعية الجوالة ( الأضداد من صنف IgM ) خلال ٧ – ٢٠ يوماً وبعد ذلك بمدة قصيرة نكشف الأضداد من صنف IgM .

**التصنيف والسير العام Classification and General Course** : اقترح ريكورد Ricord عام ١٨٣٧ تصنيف الإفرنجي السريري في ثلاثة مراحل أولية ، ثانوية ، ثالثية . فالإفرنجي الأولي هو مرحلة ظهور القرح ثم تتلوه المرحلة الثانوية (Syphilis II) التي تتصف بانتشار الإصابة . يطلق على الإفرنجي الأولي والثانوي الإفرنجي الباكر . وإذا لم يعالج الإفرنجي يمر بمرحلة كامنة خالية من الأعراض السريرية تستمر ٢ – ٣ سنوات . ثم تبدأ المرحلة الثالثية بتظاهراتها المتأخرة الشديدة كالتابس والخزل المتعمم .

لم يكن لدى ريكورد طرق تشخيصية تطبق على المصل والسائل الشوكي أو معرفة كشف العامل الممرض ، لذا صنف الإفرنجي بثلاث مراحل : باكرة ومتأخرة وثالثة . ولم يكن بإمكانه معرفة الطبيعة الإفرنجية للتابس الظهري والخزَل المتعمم . أما التصنيف الحالي فهو كالتالي :

– الإفرنجي المكتسب Acquired Syphilis

- الإفرنجي الباكر
  - الإفرنجي الأولي
  - الإفرنجي الثانوي
  - الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية ( الكمون الباكر )
- الإفرنجي الآجل
  - الإفرنجي الثالثي
  - الإفرنجي الكامن سلبي التفاعلات المصلية Seronegative Latent Syphilis
  - الإفرنجي الكامن الآجل Late Latent Syphilis
  - الإفرنجي المتني (Parenchymatous S) ( التابس الظهري ، الخزل المتعمم )

– الإفرنجي الولادي Congenitals

## الإفرنجي المكتسب :

يُفرّق الإفرنجي المكتسب عن الولادي بأن الأول يحدث بالعدوى الخارجية . ويبدأ عادة بالقرح ، بينما يحدث الإفرنجي الولادي بمرور البريميات عبر المشيمة من أم مصابة إلى الجنين . وهناك شكل خاص من الإفرنجي تحدث الإصابة به عن طريق نقل الدم إذ تدخل البريميات الشاحبة مباشرة إلى الدم . وبذلك لا يشاهد القرح البدئي وتبدأ مباشرة تظاهرات الإفرنجي الثانوي . إن هذا الشكل من الإفرنجي أصبح نادراً بسبب إجراء الاختبارات المصلية لمعطي الدم .

### فترة الحضانة Incubation Period :

تمتد فترة الحضانة الأولى ثلاثة أسابيع حتى ظهور القرح البدئي حيث لا توجد علامات للإصابة بالإفرنجي أو علامات منذرة . وتمتد فترة الحضانة الثانية بين غياب القرح وظهور أعراض المرحلة الثانوية . إن حدوث الحلأ البسيط التناسلي ليس من علامات الإصابة بالإفرنجي ولكن أطلق عليها اسم الحلأ المنذر Herpes Praemonitorius . وقد يكون هذا الحلأ باب دخول للبريمية الشاحبة عند المرضى الذين يغيرون الشريك . وتعتبر الأسابيع الثلاثة قبل ظهور العلامة السريرية الأولى للإصابة فترة انتظار ، ولكن يمكن التشخيص الباكر بواسطة IgM . وإذا وجد الإفرنجي عند الشريك المتهم بإحداث العدوى يجب إجراء المعالجة الوقائية كما لو تظاهر الإفرنجي .

### الإفرنجي الأولي ( الدور الأول ) Primary Syphilis, Stage I :

**الآفة الأولية Primary Lesion** : تنتهي فترة الحضانة الأولى بحدوث الآفة البدئية أو القرح الذي يترافق بضخامة عقد لمفية ناحيّة غير مؤلمة ، ولهذا الترافق أهمية تشخيصية كبيرة . يجب التفتيش عن الإصابة البدئية للإفرنجي في حال اكتشاف ضخامة عقد لمفية غير مؤلمة وبالعكس في حال الشك بالآفة الجلدية يجب التفتيش عن ضخامة عقد مرافقة .

**عدد الآفات الأولية** : تكون الآفة البدئية وحيدة عادة وتحدث عند باب دخول البريمية . وقد يكون هناك عدة قرحات تتناسب مع عدد أبواب الدخول . قد يحدث خمج تالٍ في فترة الحضانة الأولى مما يعطي شكل القرحات المتتالية . إلا أنه عندما تتشكل المناعة ضد الخمج لا تحدث قرحات جديدة .

**موضع الآفة الأولية** : تكون الآفة عادة غير متناظرة في توضعها وبما أنها غير مؤلمة يمكن ألا ينتبه إليها المريض أو أنه قد يكتشفها صدفة . ولذلك نادراً ما يشاهد الطبيب المرحلة البدئية من الآفات الأولية ، علماً أن الآفات الأولية المتوضعة على المعصرة الشرجية تكون مؤلمة .

**قدّ الآفة الأولية** : تكون بأقطار مختلفة فقد يشاهد قرح بقطر ١ – ٣ مم ويسمى القرح الصغير وقد يشاهد قرح بقطر ٤ – ٨ مم أو قرحٌ كبير جداً يطلق عليه القرح العملاق .

**جسوء الآفة الأولية Induration** : إن جسوء ( صلابة ) القرح علامة هامة جداً لكنها ليست علامة تشخيصية مطلقة إذ تختلف درجة الجسوء . فقد يكون القرح الصغير أو السطحي ليناً وقد يكون الجسوء غضروفياً .

**شكلانية الآفة الأولية** : أكثر الأشكال مشاهدة هو القرح التآكلي Erosive حيث يكون السطح متآكلاً قليلاً ، والقرح الصلب هو انخماص مركزي يشبه الصحن ويُفرّق عن القريح بغياب الحواف المحتفرة وقساوة محيط القاعدة وارتشاحها ويكون لون الآفة لحمياً مزهراً لماعاً . وهناك الشكل التنخري وهو نادر ( القرحة الآكلة المواتية Ulcus Phagedaenicum Gangraenosum ) . وقد تشاهد بعض القروح مغطاة بوسوف أو جلب في المناطق الجافة والمكشوفة تشبه القوباء المعدية .

**الأشكال الخاصة** : نذكر شكل الوذمة الجاسئة Edema Indurativum التي تشاهد عند النساء أكثر من الرجال . وهي تنجم عن ارتكاس التهابي كتلي في الأوعية اللمفية للمنطقة المصابة ، حيث يشاهد تورم قاسٍ فيلي الشكل ذو لون نحاسي على الأشفار وفي منطقة القلفة وأحياناً على الصفن . وإذا لم يشاهد آفة أولية واضحة سريرياً لها صلة بالوذمة الجاسئة فقد تكون مختفية في المجرى البولي ، وبذلك تنسد فوهة الإحليل بالمفرزات .

**الموجودات السريرية** : يؤدي توضع الآفة الأولية إلى اختلاف في مظهرها وتشخيصها التفريقي . يتوضع القرح الأولي على الأعضاء التناسلية في ٨٥ – ٩٠٪ من الحالات . ولذلك لا يفكر المريض والطبيب بالقرح الإفرنجي إذا توضع خارج الأعضاء التناسلية .

**الآفات الأولية على الأعضاء التناسلية Genital Primary Lesions** : يشاهد عند الرجال القرح الجاسيء على الحشفة بينما يتوضع القرح التآكلي الخطي على التلم الإكليلي . ويشاهد الشكلان بنسبة متساوية على الوجه الداخلي للقلفة . ونادراً ما تحدث الآفة الأولية حول فوهة الإحليل حيث تحيط به كالخاتم . وهنا قد يلتبس مع السيلان ( القرحة السيلانية Ulcus Gonorrhoicum ) بسبب مفرزات الإحليل . ومن الصعب جس هذه الآفة بسبب قوام الحشفة الصلب . قد يشاهد القرح على جسم القضيب أو على جذر القضيب ( قرح الرِّفَال Condom ) أو على جلد البطن المجاور . كما تشاهد الآفات

الأولية أيضاً على الصفن وما حول المنطقة التناسلية والرَكَبْ ( جبل العانة ) **Mons Pubis** والوجه الأنسي للفخذين وفي المنطقة الشرجية وفي داخل القناة الشرجية عند الجنوسيين .

أما عند النساء فتكون الآفات الأولية على شكل قرح تآكلي ويندر رؤية القرح الجاسيء . يتوضع هذا القرح غالباً في منطقة البظر وفتحة الإحليل بينما يكثر توضع الآفات الأولية بأشكالها المختلفة على الأشفار الكبيرة والصغيرة وعلى الملتقى الخلفي . قد لا يُنْتَبَه إلى الآفات الأولية في المهبل ولهذا يجب وضع المنظار بتآنٍ وفحص المهبل جيداً .

**القرح خارج المنطقة التناسلية Extragenital Chancres** : تتوضع الآفات الأولية حول الشرج وفي المستقيم ( عند الجنوسيين ) وعلى الغشاء المخاطي للفم حيث غالباً ما تصاب الشفتان . فإذا توضع القرح على المنطقة الخارجية من الشفة فإنه يرى بسهولة ويمتد على الوجه . أما إذا توضع على الوجه الباطن من الشفة فيكون خفيفاً وتصعب رؤيته . يتوضع القرح على اللوزتين في جهة واحدة عادة ، كما يتوضع على اللثة حيث يصعب تشخيصه ويندر توضع القرح على اللسان وبخاصة على الذروة أو على الحنك . قد يشاهد القرح على حلمة الثدي عند النساء وفي أماكن أخرى غير شائعة كالأصابع والأباخس وفي أي منطقة من الجسم .

**انتباج ( تورم ) العقد اللمفية : دبل الإفرنجي Lymph Node Swelling: Syphilitic Bubo** : تنتبج العقد اللمفية في منطقة نزح اللمف للآفة الأولية . فإذا كانت على الأعضاء التناسلية الخارجية تنتبج العقد اللمفية الإربية ، وإذا كانت على الشفة السفلى تنتبج العقد تحت الذقن ، وعلى اللوزتين تنتج العقد خلف الفك السفلي ، وعلى الإصبع يحدث الدبل في المرفق أو الإبط . وإذا كانت الآفة الأولية على الشرج تنتبج العقد اللمفية البطنية والإربية لأن النزح اللمفاوي ينتشر إلى المنطقتين . كما تنتبج العقد اللمفية البطنية والإربية إذ توضع القرح على السرة . عندما يتوضع القرح على القسم Portio العلوي من المهبل تنتبج العقد اللمفية داخل البطن وتصبح قاسية وتكون دبل الإفرنجي غالباً غير مؤلمة . تصاب العقد اللمفية أحياناً بخمج جرثومي ثانوي فتصبح مؤلمة بالحركة وحتى في حالة الراحة .

تكون العقد اللمفية المصابة قاسية ( التهاب العقد المتصلبة الإفرنجية Syphilitic Scleradenitis ) . يتحرك الجلد عليها ويكون لونه طبيعياً ، ولا تحدث خراجات والدبل ما هي إلا عقد لمفية متورمة بشدة بالمقارنة مع العقد الملتهبة المتصلبة في الإفرنجي الثانوي . تتراجع العقد خلال أيام إلى أسابيع بالمعالجة المناسبة في حين تستمر من أسابيع إلى أشهر إذا لم تعالج وتتراجع مع تراجع الإفرنجي الثانوي (Syphilis II) .

## تشخيص الإفرنجي الأولي :

يعتمد تشخيص الإفرنجي الأولي على :

١ – التشخيص السريري بالاستناد إلى القصة المرضية والآفة الأولية وانتباج العقد الناحية غير المؤلم .

٢ – التحري عن البريمية الشاحبة بالمجهر ذي الساحة المظلمة .

٣ – التفاعلات المصلية .

لا تظهر التفاعلات المصلية المدرسية الفيزيولوجية إذا كان الإفرنجي الأولي حديث الظهور إذ أنها لا تصبح إيجابية إلا بعد ٢ – ٣ أسابيع من حدوث الآفة الأولية . لذلك يُفرق بين الإفرنجي الأولي ذي التفاعلات المصلية السلبية والإفرنجي الأولي ذي التفاعلات المصلية الإيجابية .

**التشخيص التفريقي للآفة البدئية** : يجب تفريق القرح الجاسيء في الإفرنجي عن القريح ( القرح اللين ) . إذ قد يكون القرح اللين جاسئاً عندما يعالج بنترات الفضة . كما يجب تفريقه عن الحلأ البسيط التناسلي والخمج الجرثومي التناسلي التي تصبح أيضاً جاسئة بعد كيِّها بنترات الفضة .

إن القرح المختلط هو خمج مزدوج بالبريمية الشاحبة والعصية المستدمية لدوكري **Haemophilus Ducreyi** . تكون القرحة أولاً لينة بسبب فترة الحضانة القصيرة للقريح ثم تصبح جاسئة بعد ثلاثة أسابيع .

قد يلتبس القرح التآكلي مع التهاب الصفن التآكلي ومع الحلأ البسيط التآكلي المتعدد الدوائر . كما يلتبس مع سرطانة الحشفة التي تكون قاسية وغير مؤلمة وقابلة للتنخر والتي تشخص بالفحص النسجي . يمكن أن يلتبس قرح الأصابع ( الذي يشاهد عند الأطباء بسبب العدوى من مرضاهم ) مع الداحس المزمن . كما تلتبس الآفة الأولية على الشفة مع الدمل أو تقيح الجلد قريحي الشكل ، أو الأخماج الفطرية العميقة ، أو السرطانة وسفية الخلايا على الشفة .

تعتبر عودة الجسوء والقساوة في مكان القرح السابق بعد المعالجة غير المناسبة وغير الفعالة علامة مميزة للقرح الإفرنجي . ( راجع الشكلين ٤ – ١٣ و ٤ – ١٤ ) .

## الإفرنجي الثانوي ، الدور الثاني
## Secondary Syphilis, Stage II :

يحدد الدور الثاني من الإفرنجي على أنه خمج متعمم بالبريميات الشاحبة التي تنتشر عن طريق الدم واللمف إلى جميع أنحاء الجسم في حوالي الأسبوع التاسع من الخمج . يتم الانتقال من الدور الأول إلى الدور الثاني المتعمم بشكل تدريجي وقد تترافق الآفة البدئية ودبل الإفرنجي بالتبدلات الثانوية . ولا

يمكن على الأغلب رؤية القرح الأولي سريرياً بسبب صغره ( قرح دقيق Microchancre ) أو لأنه غير موجود أو بسبب تراجعه .

**علامات الإفرنجي الثانوي** : تأخذ التبدلات في الجلد والمخاطيات في الإفرنجي الثانوي عدة أشكال مختلفة . قد تحدث هذه التبدلات في جميع أنحاء الجسم وتسمى بالطفحات الإفرنجية Syphilids . يؤدي تعمم البريميات الشاحبة في الإفرنجي الثانوي الباكر إلى طفحات متناظرة ومتعممة وتحتوي على عدد كبير من البريميات ( خاصة الطفحات النازة والآفات المخاطية ) . تميل الاندفاعات في الإفرنجي الثانوي الآجل لتكون غير متناظرة ومجتمعة . تكون الطفحات الجلدية في الإفرنجي الثانوي غير حاكة إذ لا يحدث حويصلات أو فقاعات أو اندفاعات شروية ويعتبر ذلك من العلامات الهامة في التشخيص . تشفى آفات الإفرنجي الثانوي بدون حدوث ندبات أو ضمور .

**الطفحات الإفرنجية البقعية ( الوردية ) Macular Syphilid (Roseola)** : أكثر الآفات مشاهدة في الإفرنجي الثانوي هي الاندفاعات البقعية التي تسمى الطفحات الإفرنجية البقعية أو الوردية الإفرنجية . تكون هذه الطفحات وحيدة الشكل متناظرة وتتألف من بقع معزولة وغالباً ما تكون مدورة وأحياناً بيضوية تتبع خطوط الجلد . تكون البقع صغيرة الحجم ٢ – ٣ مم وأحياناً أكبر قليلاً . وتصعب مشاهدتها أحياناً . وبالمقابل قد تكون واضحة وتشبه الاندفاعات الحصبوية . وتصبح أحياناً شروية المظهر ( الوردية الشروية ) أو شروية جريبية حبيبية ( الوردية الحبيبية ) . تتوضع الوردية غالباً على الجذع ( وبخاصة على أعلى البطن وعلى جانبي الجذع ) وتعف الاندفاعات غالباً عن الأطراف ولكن أحياناً تبدأ الهجمة على العضدين والفخذين وتتوضع بشكل رئيسي على السطوح الانعطافية وفي الوجه على الجبين . هذا وإن ظهور الوردية الإفرنجية على الراحتين والأخمصين يكون ذا قيمة تشخيصية . ( راجع الشكلين ٤ – ١٥ و ٤ – ١٦ ) .

**التشخيص التفريقي للوردية الإفرنجية** : يجب تفريق الوردية الإفرنجية عن الحصبة . إذ يطلق البحارة على الهجمة الإفرنجية حصبة كيل (Kiel) رغم عدم حدوث أعراض نزلية أو ترفع حروري أو بقع كوبليك Koplik . كما يجب أن تفرق عن الحصبة الألمانية التي تكون البقع فيها أكبر حجماً وتؤدي إلى اعتلال العقد الرقبية الخلفية . وتُفرق عن الطفحات الدوائية التي تبدي آفات محددة تمتد من المحيط نحو المركز وأخيراً تتوسف وتحدث بشكل انتقائي على السطوح الانبساطية للأطراف في حين أن الوردية الإفرنجية غير وسفية . من الصعب تشخيص الوردية الإفرنجية إذا ظهرت على الجلد المرمري لأنه يحدث مزج بالألوان . لذا يجب ترك المريض منزوع الثياب في غرفة دافئة حيث يزول اللون المرمري فتشاهد الوردية بشكل أفضل .

**الطفحات الإفرنجية الحطاطية والحطاطية الوسفية Papular and Papulosquamous Syphilid** : وهي أقل حدوثاً وأكثر ارتشاحاً من الطفحات البقعية وتتواجد أحياناً مع بعضها ( الطفحات الإفرنجية البقعية – الحطاطية ) وقد تتبعها ، تكون الآفات الحطاطية محددة وقاسية حمراء إلى حمراء بنية وغالباً ما تكون لماعة ( الحطاطات الحزازانية ) معظمها مؤلم بالضغط الموضعي ( إيجابية ظاهرة المسبار ) ويمكن كشف اللولبيات الشاحبة فيها . يحدث الطفح بشكل متناظر على الجذع ونادراً على الأطراف وأحياناً وبشكل معزول على الراحتين وعلى الجبهة أو على كامل الوجه . تشاهد الحطاطات على الفروة التي قد تستر بجلب بسبب الرضح المتكرر بالتمشيط ( الطفحات الإفرنجية المتقوبئة ) ( راجع الأشكال ٤ – ١٧ ، ٤ – ١٨ ، ٤ – ١٩ ، ٤ – ٢٠ ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الطفحات الحطاطية الإفرنجية عن الحزاز المسطح الذي يتميز بالحكة . كما يجب التفكير باللمفوم الخبيث صغيرة العقيدات حيث أن إصابة الأغشية المخاطية تساعد في تشخيص الإفرنجي . ويجب تفريق الطفحات الإفرنجية الحطاطية الوسفية عن النخالية الحزازانية المزمنة التي سميت سابقاً التهاب الجلد الطفحي الإفرنجي الشكل لشبهها بالإفرنجي ، غير أن الأعراض الأخرى للإفرنجي تكون غائبة . كما يجب تفريقها عن الصداف ( الطفحات الإفرنجية الصدافية الشكل ) لكن الصداف هو حمامي وسفي ويبدو مرتشحاً بعد إزالة الوسوف ، ويجب التفكير أيضاً بالنخالية الوردية الحطاطية .

**الأشكال المختلفة للطفحات الإفرنجية الحطاطية Variations in Papular Syphilids** : تتوضع الطفحات الإفرنجية الحطاطية على الثنيات وبخاصة على الشفرين الكبير والصغير وحول الشرج وعلى القلفة ، وبشكل أقل في الإبطين والمناطق الأربية وغالباً على السرة والصفن . تتآكل الحطاطات وتتعطن وتميل إلى التكاثر بسبب النز المستمر وبالتالي إلى حدوث نوابت واسعة ( اللقموم المنبسط Condylomata Lata ) التي تحتوي على كميات كبيرة من اللولبيات الشاحبة . إن الآفات النازة شائعة في الإفرنجي الثانوي وهي وصفية له مع رائحة خاصة مغثية Sweetish Smell .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق اللقموم المنبسط الإفرنجي عن اللقموم المؤنف الذي تسببه الحمات الراشحة والذي يتميز بقاعدته غير اللاطئة وغير المرتشحة في عمق الجلد . كما يجب

تفريقه عن البواسير حول الشرج . وهناك بعض الأشكال من التهاب الجلد الحفاضي الذي يحدث تآكلات في الثنيات تشبه الإفرنجي . ويجب الانتباه لالتهاب الجلد الحطاطي عند الأطفال ( الحبيـــوم الأليــوي الطفــلي Granuloma Glutaeale Infantum ) الذي يحدث غالباً بعد تطبيق الستيروئيدات الموضعية في المنطقة الحفاضية وهنا تغيب علامات الإفرنجي الأخرى ولا يمكن رؤية البريميات الشاحبة بالفحص . ( راجع الأشكال ٤ – ٢١ ، ٤ – ٢٢ ، ٤ – ٢٣ ) .

**الأشكال الأخرى من الطفحات الإفرنجية الحطاطية Other Forms of Papular Syphilids** : من الأشكال الأخرى لهذا المرض الطفحات الإفرنجية الحطاطية في خط الشعر في المنطقة الصدغية والجبهة ( إكليل فينوس Corona Veneris ) ويُفرّق عن التهـاب الجلد المثي والصـداف والعُدّ النخري الدخني . وهناك شكل من الطفحات الإفرنجية الحطاطية على الوجه في منطقة الثلم الأنفي الشفوي وفي زاويتي الفم ( الصوارين ) وفي الثلم الذقني . قد تصبح هذه الآفات حليمومية ( الطفحات الإفرنجية الحليمومية ) ذات قاعدة لاطئة مرتشحة . ويجب تفريقها في منطقة الصوارين عن الصماغ (Perlèches) حيث لا يشاهد ارتشاح حطاطي ، قد تتشكل حطاطات إفرنجية بين الأباخس تلتبس مع التآكلات بين الأباخس إلا أنها هنا تكون غير مرتشحة وقليلة النز بعكس الآفات الإفرنجية . وثمة شكل من الحطاطات الإفرنجية التي تتوضع على الراحتين والأخمصين ( الطفحات الإفرنجية الراحية الأخمصية ) . تأخذ شكل التقران الشبيه بالثفن ( الثفن الإفرنجي أو القرن الإفرنجي ) . وهنـاك شكـل آخر من الحطـاطات الإفرنجيـة حمراء نحاسيـة في الثنية الظفـريـة تعطي الداحس الإفرنجي Sypilitic Paronychia الذي قد يكون له أثر ثانوي على نمو الظفر .

**الطفحات الإفرنجية البثرية Pustular Syphilid** : وهي نادرة جداً . قد تنشأ البثور في ذرى الآفات الحطاطية ثم تجف وتترك جُلَباً . تتشكل أحياناً بثرة مباشرة ثم يتشكل فوقها جلب . لذا قد يكون الطفح الظاهر حطاطياً بثرياً أو بثرياً صرفاً أو حطاطياً جلبياً يشبه الجدري لكنه لا يترافق بترفع حروري .

**الطفحـات الإفرنجيـةالقرحية Ulcerous Syphilid** : تتقرح الحطـاطـات في الإفرنجي الثـانوي من حين لآخر فتتشكـل الطفحات الإفرنجية القرحية . تشفى الآفات عادة في الإفرنجي الثانوي دون تشكل ندبة . فالتقرح والتندب غير شائعين إلا أن بعض الآفـات تتقرح أحيـاناً ( الطفحـات الإفرنجيـة القرحيـة الباكرة ) .

## الإفرنجي الخبيث Malignant Syphilis :

هذا الشكل نادر جداً . فهو مرض وخيم مترق ومخرب . من مظـاهره المميـزة حدوث آفات قرحيـة منتشـرة . ويدل وجوده على نقص مقـاومة خاصــة عند المريض ضـد العامل الممرض . قد يحدث الإفرنجي الخبيث مع أو دون آفة بدئية ، يتحول الجسوء البدئي بسرعة إلى قرحة مغطاة بغشـاء كاذب سميك . ونـادراً ما يشـاهد الدبل النـاحي غير المؤلم . يبدي المريض مع بدء الدور الثاني تشكل حطاطات صغيرة منتشرة بسرعة مع مركز أحمر متقرح . تمتد القرحات المقتلعة الحواف بسرعة في جميع الاتجاهات تغطيها جلب وسفية سميكة Rupia Syphilitica . تكون حواف القرحات لينة قليلة العدد عادة . تُغطى تقرحات الأغشية المخاطية للفم واللوزتين بأغشية كاذبة بيضــاء رمادية تشبه الأغشية المشـاهدة في الخناق . ويشـاهد أحياناً تخرب واسع في اللهاة وشراع الحنك ناجم عن التقرح . قـد يحـدث جـدع Mutilation في اللهـاة ، يصـعب رؤيـة اللولبيـات الشـاحبة بالفحص بالساحة المظلمة ، ولا يحدث التهاب العقد المتصلب . تتجلى الموجودات العامة بنقص شهية ، وتعب ، وشحـــوب ، ونقــص وزن وتـــرفع حـــروري ٣٨° – ٣٩° مئوية . تتأخر أحياناً إيجابية التفاعلات المصلية . لا يوجد خبرة كافيـة عن التفـاعلات المصـليـة النوعيـة مثل TPHA و FTA في هذا الداء .

**التشخيص** : المظاهر المميزة للإفرنجي الخبيث هي بدء الطفح الإفرنجي ، وتقرح جميع آفات الجلد والأغشية المخاطية ، وغياب الارتشاح في حواف القرحات ، وغياب التهاب العقد المتصلب المتعمـم ، وتأخر ظهور التفاعلات المصلية والأعراض العامة المترقية .

**الســير Course** : يمكن للإفرنجي الخبيث أن يهدد الحيـاة . تحدث في الإفرنجي الخبيث آفات الإفرنجي الثالثي باكراً في الدور الثـاني من الإفرنجي حيث يـبدي المرضى المصــابون بالوردية الإفرنجية في أي مكان من الجسم ظهور عقيدات تنفتح لتشكل قرحات تشابه الصموغ . ( راجع الشكل ٤ – ٢٤ ) .

**اضـطرابـات استقـلاب الصبـاغ Pigment Metabolism Disorders** : يـؤدي تـراجع الآفـات الإفـرنجيــة إلى مـلان Melanose تال للالتهاب ، وهو غير نوعي للإفرنجي لأن آفات التهابية أخرى تؤدي إلى نفس التأثير . قد يتوقف إنتاج الصباغ في مكـان الطفحـات الإفرنجيـة المتراجعة مما يؤدي إلى نقص التصبغ . وبالعكس فقد يكون هناك تحريض لإنتاج القتامين مما يؤدي إلى فرط تصبغ . يجب توقع حدوث اضطراب التصبغ أثناء تراجع الطفح في الأسابيع ٤ – ٦ بعد بدء الدور الثاني . ومع ذلك فـإن استقــلاب المـلانين لا يتـأثر عادة بالإصــابة بالإفرنجي . إذا تثبط إنتاج الصباغ تحدث بقع من نقص الصباغ أو الوضح الإفرنجي Leukoderma Syphiliticum . ويحدث

هذا عادة على حواف العنق حيث يشاهد بقع صغيرة ناقصة الصباغ غير محددة مشكلة شريطاً حول العنق ( قلادة فينوس Venus Collar ) . يحدث الوضح الإفرنجي أيضاً في الحفرة الإبطية الأمامية . ويكون التراجع بطيئاً . وقد تكون الآفات الإفرنجية مفرطة التصبغ عند التراجع . يشكل عند المريض بقع ذات لون بني غامق يطلق عليها الطفحات الإفرنجية المصطبغة Pigmented Syphilids .

**التشخيص التفريقي** : التشخيص التفريقي معقد ، إذ أن هناك عدة أمراض جلدية تؤدي إلى وضح الجلد مثل الصداف والصداف المعالج بالأنترالين والنخالية الخزازانية المزمنة . ويختلف ابيضاض الجلد هنا بتوضعاته كما أن ابيضاض الجلد الإفرنجي يترافق بعلامات أخرى . ويجب التفكير بالتصبغ التالي للطفحات الخارجية الناجمة عن الدواء وتفريقها عن الطفحات الإفرنجية الصباغية .

**اضطرابات نمو الأشعار Disturbances of Hair Growth** : غالباً ما يحدث في الإفرنجي اضطرابات في نمو الأشعار ، يكون تساقط الشعر بقعياً ويتناسب مع مكان الآفات السابقة . وينجم عن نفس أسباب التبدلات الصباغية أي أذية انسمامية أو التهابية للأجربة الشعرية ويحدث ذلك بعد ٨ – ١٢ أسبوعاً من بدء الإفرنجي . يسهل تقصير الشعر رؤية الحاصة الإفرنجية Syphilitic Alopecia حيث تكون البقع على الفروة صغيرة أو كبيرة منتشرة انتشاراً غير منتظم وتعطي منظر الشعر المأكول بالعث . ولا يوجد أبداً تساقط كامل للأشعار في بقعة واحدة ، لا يلاحظ أكثر المرضى ترقق الشعر Hair Thinning البقعي ويشيرون فقط للميل لتساقط الأشعار بشكل عام . يحدث تساقط الأشعار في الحاجبين والمناطق المشعرة الأخرى في الجسم . وهو يتراجع عفوياً . هذا وقد يحدث في الإفرنجي الثانوي تساقط أشعار منتشر إلى جانب فقد الأشعار البقعي فيشكو المرضى من زيادة تساقط الأشعار من الفروة حيث ، بالفحص السريري ، يبدو تخلخل فيها مع غياب آفات أخرى . لهذا يجب التفكير بالإفرنجي أمام كل حالة من تساقط الأشعار المنتشر .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الحاصة الإفرنجية عن الحاصة البقعية حيث تكون البقع ذات حدود واضحة وخالية تماماً من الأشعار ، ويمكن نزع الشعر من الحواف بسهولة . كما يجب التفكير بتساقط الأشعار المنتشر لأسباب أخرى .

**الأعراض المخاطية Mucosal Symptoms** : تطابق آفات الأغشية المخاطية آفات الجلد لكن الحطاطات لا تكون مرتفعة كما أن اللعاب يؤدي إلى التعطن . تكون الطفحات المخاطية الثانوية على شكل لويحات مخاطية غنية جداً باللولبيات الشاحبة وتعتبر مصدر عدوى خطر . يبدو الطفح الداخلي الإفرنجي غير المختلط على شكل بقع حمامية وسرعان ما تشاهد هذه البقع الحمراء الصغيرة على شراع الحنك والحنك العظمي والغشاء المخاطي للفم وتكون حمامية فقط لفترة قصيرة . يؤدي الالتهاب والوذمة والارتشاح إلى التعطن محدثاً غشاءً رمادياً وحطاطات متلألئة ( اللويحات الأوبالانية Plaques Opalines ) . تبدو هذه الحطاطات بشكل واضح على الحافة السفلية للسان . تنتبج الحطاطات اللسانية بالالتهاب وتصبح ملساء ( اللويحات الملساء Plaques Lisses ) . إذا ازداد الارتشاح ترتفع اللويحات وتستر بغطاء سطحي أبيض رمادي . وتؤدي التبدلات التالية إلى التآكل وحتى إلى التقرح .

**التشخيص التفريقي** : يصعب تشخيص الإفرنجي إذا حدثت الآفات الإفرنجية بشكل منعزل في الأغشية المخاطية . ويعتمد التشخيص في هذه الحالة على التحري عن اللولبيات الشاحبة والاختبارات المصلية والتهاب العقد التصلبي . يسهل تفريق اللويحات المخاطية عن آفات القلاع المحددة والمؤلمة وعن الحلأ البسيط المتعدد الحلقات . كما يجب تفريق الآفات الإفرنجية على الأغشية المخاطية عن الحزاز المسطح والذأب الحمامي المزمن والطلوان حيث تشاهد آفات مخاطية ثابتة لها صفاتها الشكليائية النموذجية والتي تبقى دون تبدل لمدة طويلة . ( راجع الشكل ٤ – ٢٥ ) .

## التهاب اللوزتين والبلعوم الإفرنجي ( الذباح الإفرنجي ) Syphilitic Tonsillitis and Pharyngitis (Angina Syphilitica) :

وهو ذو دلالة تشخيصية هامة . يجب تفريق التهاب البلعوم النوعي عن اللويحات المخاطية في الإفرنجي الثانوي لأنه يصيب النسيج الغدي اللمفي في منطقة اللوزتين مثل التهاب العقد اللمفية التصلبي . تبدي اللوزة بمجملها انتباجاً التهابياً وتكون قاسية بالجس . قد تصاب اللوزتان بشكل متناظر . ويؤدي التعطن الناجم عن المفرزات الفموية إلى تشكل غطاء منتشر إلى سطح ذي لون أبيض رمادي . فالانتباج الوذمي في اللوزتين هو وصفي للذباح الإفرنجي مع احمرار خفيف بالنسج المحيطة وطلاء أبيض وألم بالبلع وغياب الترفع الحروري . ( راجع الشكل ٤ – ٢٦ ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الذباح الإفرنجي عن أمراض متعددة كالتهاب اللوزتين الحاد الذي يؤدي إلى عسرة بلع وترفع حروري في حين أن الآفة البدئية الإفرنجية على اللوزتين تكون وحيدة الجانب مع انتباج شديد في العقد اللمفية الناحية خاصة من جهة الإصابة . كما يجب أن يفرق عن الخناق الذي يصيب شراع الحنك واللهاة وغالباً ما يُحدث ترفعاً حرورياً معتدلاً .

وقد يلتبس الذباح الإفرنجي مع ذباح فنسان – Plant Vincent الذي يحدث تقرحاً نخرياً غريب الشكل .

**انتباج العقد اللمفية Lymph Node Swelling** : يشاهد التهاب العقد اللمفية التصلبي في الإفرنجي الثانوي المزدهر . تختلف درجة انتباج العقد اللمفية ، وبشكل عام تكون بحجم ١ – ٢ سم غير أن بعضها يكون أصغر من ذلك . وقد تكون واضحة الحدود صلبة ، سطحها أملس تتحرك على النسج العميقة تحتها ، سهلة الجس وغير مؤلمة ولا تشكل خراجات . تتراجع دون معالجة بعد عدة أشهر . يجب جس جميع العقد عند الشك بالإفرنجي وذلك في منطقة الرأس والرقبة والإبط وحول الثديين والمنطقة الزندية والأربية . وتتضخم عادة بعض العقد اللمفية فقط ، وأكثرها إصابة هي العقد اللمفية في منطقة نزح الآفة البدئية .

**الأعراض العامة** : قد تكون الأعراض العامة غائبة أو ضئيلة في الإفرنجي الثانوي ، وقد يكون المريض شاحباً متعباً فاقداً للشهية والنشاط . ويكون الألم العضلي وألم المفاصل من منشأ عظمي . يحدث الألم في العظام الطويلة خاصة كالفخذ والزند والعضد وأيضاً في المنطقة الصدغية ومنطقة الثدي والترقوة وبخاصة أثناء الليل . ومن المحتمل أن ينجم الألم عن التهاب نوعي ما حول العظم لا يمكن كشفه سريرياً . كما قد يشكو المريض من صداع قفوي أو شقي ناجم عن التهاب السحايا الإفرنجي الباكر الذي يمكن كشفه بفحص السائل النخاعي CSF .

يشاهد عند ٥٠٪ تقريباً من المرضى المصابين بالإفرنجي الثانوي تبدلات سريرية لا عرضية في السائل النخاعي ولكن ليس لهذه التبدلات علاقة بالأعراض النخاعية الشوكية الآجلة مثل الهزع الحركي المترقي أو الخزل العام .

**أمراض الأعضاء الداخلية بالإفرنجي Internal Organ Disease** : وأكثرها مشاهدة هو التهاب القزحية الذي يكون عادة وحيد الجانب والذي يأخذ شكل عقيدات صغيرة على القزحية . كما يحدث التهاب حاد أو مزمن في الكلية والتهاب وريد وما حول الوريد وألم عضلي محصور . ويجب تفريق التهاب الكبد الإفرنجي عن التهاب الكبد الخمجي ( التهاب الكبد ب ) رغم أن ذلك صعب .

**التطورات الأخرى للإفرنجي الثانوي Further Development of Syphilis II** : تتراجع الأعراض والعلامات السريرية في الإفرنجي الثانوي وقد تختفي بشكل كامل بفضل دفاع الجهاز المناعي وتبقى فقط التفاعلات المصلية إيجابية . وهذا ما يطلق عليه اسم الإفرنجي الكامن الباكر ( الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية Lues Latens Seropositiva ) . ومع ذلك فقد تحدث رجعة سريرية للإفرنجي الثانوي بعد بضعة أسابيع . تؤدي الرجعة الأولى إلى صورة معدلة . ينقص عدد البريميات الشاحبة نتيجة الدفاع المناعي . تعتبر الوردية الإفرنجية الراجعة من العلامات النموذجية لهذه المرحلة من الداء . يُعتقد حدوث مناعة نسجية موضعة مكان ظهور الاندفاعات الجلدية أثناء الإفرنجي الثانوي المزدهر لأن بقع الطفح الخارجي لا تُمس في الداء الراجع ، بينما تحدث الآفات الجديدة في النسج المحيطة بمكان الإصابات السابقة . لذلك غالباً ما تكون الآفات الجديدة حلقية . تتوضع آفات الوردية الإفرنجية الراجعة بشكل متناظر وتعتبر الطفحات الثانوية العِذْقية الشكل Corymbiform من العلامات الوصفية للرجعة . وتطلق هذه التسمية على مجموعة من الحطاطات الصغيرة أو الكبيرة التي تتوضع بشكل القنبلة المتفجرة ، حيث تتوضع الحطاطات الكبيرة في الوسط والحطاطات الصغيرة في المحيط . تكون هذه الحطاطات قاسية ووسفية لذا فهي تمثل من الناحية الشكليائية زمرة من الحطاطات الإفرنجية الوسفية المجتمعة .

تتشكل في هذه المرحلة الطفحات الإفرنجية الراجعة الطفحات الجريبية أو الحطاطية المجتمعة والتي تسمى الحزاز الإفرنجي . يشاهد في منطقة محددة ١ – ٢ سم حطاطات صغيرة جريبية ١ – ٢ م حمراء قليلاً وقاسية غالباً تسترها على ذورتها وسفة مخروطية الشكل وهي تتوضع بشكل متناظر ويجب تفريقها عن الطفحة الشعروية Trichophytid والحزاز الخنزري في التدرن .

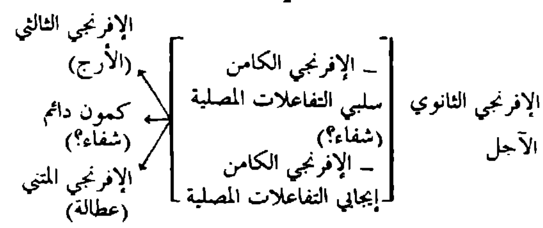
إن الإفرنجي العقيدي من الأشكال النادرة التي تشاهد في الإفرنجي الراجع . يتوضع على الأطراف السفلية ويلتبس مع الحمامى العقدة ولكنه بعكسها يتقرح بسرعة ويجب تفريقه أيضاً عن الآفات الحمامية العقيدية الأخرى . قد تحدث الطفحات الإفرنجية الحلقية في الإفرنجي الثانوي المزدهر ولكنها أكثر مشاهدة في المرحلة الراجعة الباكرة ، وتكون بشكل أشرطة بقطر ١ – ٢ سم . ومن أشكال هذه المرحلة أيضاً الحطاطات الوجهية المثية .

**الانتقال إلى الإفرنجي الثانوي الآجل Transition to Late Secondary Syphilis** : تمتد فترة كمون طويلة دون أعراض سريرية بعد الرجعة الأولى حيث قد يحدث بعدها رجعة ثانية وثالثة وحتى رابعة . تتناقص الأعراض والعلامات بشكل مستمر بعد كل رجعة وتصبح قابلية العدوى قليلة لقلة عدد البريميات الشاحبة في الآفات . ويعتقد أن احتمال حدوث الرجعات تابع لتشكل المناعة الخلوية . إن تجمع الآفات بشكل متناظر يشير إلى مرحلة الإفرنجي الثانوي المتأخرة . وعندما يفقد التناظر تماماً فإن ذلك يدل على الانتقال إلى الدور الثالث .

يستمر الإفرنجي الثانوي بشكل عام من ٢ ـ ٣ سنوات حيث يحدث خلال هذه الفترة أرج نوعي وميل لتشكل الحبيبوم الإفرنجي .

**الانتقال إلى الإفرنجي الكامن والإفرنجي الثالثي Transition to Latent Syphilis and Tertiary Syphilis** : ليس سير الإفرنجي غير المعالج متماثلاً دائماً . قد يشفى الإفرنجي عفوياً وبنسبة تتراوح بين ٣٠ ـ ٦٠٪ . وقد يحدث غالباً انتقال باكر إلى مرحلة الكمون التي قد تستمر عدة سنوات حيث تصبح التفاعلات المصلية اللا لولبية سلبية ، وأحياناً قد تصبح التفاعلات المصلية اللولبية سلبية ( الإفرنجي الكامن سلبي التفاعلات المصلية ) . تبقى التفاعلات المصلية اللولبية إيجابية عند غالبية المرضى غير المعالجين ( ٦٠٪ من الحالات ) ؛ وهذا ما يسمى الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية . قد تظهر علامات وأعراض جديدة على الجلد والأعضاء الداخلية بعد ١٠ ، ٢٠ ، ٣٠ سنة أو أكثر . وقد تفصل مدة زمنية طويلة خالية من الأعراض بين الإفرنجي الباكر ( الإفرنجي الأولي والثانوي ) والإفرنجي المتأخر ( الإفرنجي الثالثي والرابعي ) . يتوقف سير الإفرنجي على استجابة المناعة الخلوية . يجب أن يتشكل تفاعل أرجي من نمط السلين Tuberculine ( التفاعل من النمط الرابع لكومبس وجل Coombs و Gell ) عند الثوي ضد اللولبيات كي يحدث الإفرنجي الثالثي . تسبب المستضدات الإفرنجية تشكل حبيبوم إفرنجي نموذجي ( الصمغ Gumma ). ومع تطور المرض قد تظهر مرحلة من تعطل المناعة Anergy ويمكن أن تؤدي إلى تظاهرات الإفرنجي العصبي المتأخر كالتابس الظهري والخزل المتعمم ( الإفرنجي المتني Parenchymatous Syphilis ) .

**احتمالات التطور في الإفرنجي الثانوي الآجل :**




لا يمكن لكائن حي أن يبدي حالة أرج وعطالة في آن واحد . فإذا حدث الإفرنجي الثالثي مع أرج فلا يمكن أن يحدث الإفرنجي المتني ( التابس الظهري والخزل المتعمم ) .

**الإفرنجي الثالثي ، الدور الثالث Tertiary Syphilis, Stage III :**

يتبع الإفرنجي الثالثي الإفرنجي الباكر ( الإفرنجي الأولي والثانوي ) . يظهر الإفرنجي الثالثي بعد فترة زمنية تتراوح بين ٣ ـ ٥ سنوات ، تكون الآفات السريرية غير مبعثرة وغير متناظرة ، مجتمعة مع ميل للاندماج والشفاء تاركة ندبات ضمورية ، لا يوجد لولبيات في الآفات بسبب المقاومة الخلوية لذلك فهي غير معدية وليس بالإمكان التحري عن الأحياء الدقيقة بالفحص بالساحة المظلمة .

تتميز المرحلة الثالثة تشريحياً مرضياً بتفاعل التهابي حبيبي نوعي مع تنخر وحبيبوم إفرنجي (Syphilitie Granuloma) النمط الشبيه بالتدرن (Tuberculoid Type) . تكون التفاعلات المصلية اللا لولبية والتفاعلات اللولبية النوعية (FTA, TPI, TPHA) إيجابية في هذه المرحلة . وهناك اختبار سريري هام للتشخيص وهو تراجع الآفات السريع وبخاصة الصموغ بعد المعالجة ( بالبوتاسيوم اليودي ١٠ غ إلى ١٥٠ غ ماء مقطر ، يؤخذ ملعقة شاي ثلاث مرات يومياً أو ملعقة طعام ثلاث مرات يومياً إذا كان تحمل الدواء جيداً ولمدة خمسة أيام ) حيث تميل الآفات التالية إلى الشفاء بشكل واضح خلال خمسة أيام كما قد تستجيب الحبيبومات الأخرى لهذه المعالجة إلا أنه من المهم نفي الأمراض الدرقية والسل قبل البدء بها .

يختلف سير الإفرنجي في المرحلة الثالثة . فقد تظهر الآفات الجلدية والمخاطية وفي الأعضاء الباطنة بعد ٣ ـ ٥ سنوات من بدء المرض . أو قد يبقى الإفرنجي لا عرضياً . وفي هذه الحالة قد تكون التفاعلات المصلية اللا لولبية إيجابية ( الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية ) أو سلبية ( الإفرنجي الكامن سلبي التفاعلات المصلية ) .

يمكن تقسيم الآفات الثالثية إلى مجموعتين : الإفرنجي الجلدي الشبيه بالتدرن ( الطفحة المعجرة Tuberous Syphilid ) ذو التوضع الأدمي ، والصمغ الإفرنجي ذو التوضع تحت الجلد .

**الطفحة الإفرنجية الجلدية Cutaneous Syphilid** : يُحْدِث الإفرنجي الثالثي آفات جلدية مجتمعة عقيدية أو معجرة ( ذات حدبات ) . تكون في البدء مجتمعة منعزلة أو متلاقية وحلقية الشكل ، تكون العقيدة الواحدة حمراء بنية قاسية مرتفعة ذات قطر من ٣ إلى ٥ مم . قد تكون مستورة بوسوف تشفى في المركز وتترك مكانها بقعة ضمورية مسطحة مفرطة أو ناقصة التصبغ ، في حين تتسع في المحيط نتيجة تشكل عناصر جديدة وهكذا تحدث أشكال قوسية أو ساعية معجرة (Tuberoserpiginous Syphilid) . يؤدي تقرح الحطاطات أو العقيدات إلى تشكل قرحات ساعية (Serpiginous) يبلغ قدها ٥ مم ذات قعر أصفر نخري ومحيط وسفي . يبدأ التندب من المركز بينما تتسع القرحة في المحيط . ولا يحدث نكس في الندبات بعكس الذأب الشائع . والقاعدة هي ، ما يخربه الذأب الشائع خلال سنوات يخربه الإفرنجي خلال أسابيع أو أشهر . لا يشاهد ارتشاح ذأباني لدى المعاينة بالشفوفية . تحدث

الطفحات الإفرنجية القرحية الساعية في أي مكان ولكنها تنتقي الوجه والفروة . ( راجع الشكلين ٤ – ٢٧ و ٤ – ٢٨ ) .

**التشخيص التفريقي** : يثبت التشخيص بالتفاعلات المصلية ويفيد اختبار البوتاسيوم اليودي ومن المهم تفريقه عن الذأب الشائع ، والساركوئيد والفطار الفطراني حيث يبدي الفحص النسجي حبيبومات أدمية درنية الشكل مع مصوريات .

**الطفحات الإفرنجية تحت الجلد Subcutaneous Syphilid** : يحدث في الإفرنجي الثالثي في أي مكان من الجلد طفحات إفرنجية تحت الجلد تسمى الصمغة . تبدأ بشكل عقيدة صغيرة تحت الجلد تكبر وتهاجم الأدمة . يكون الجلد فوقها أحمراً أو بنياً محمراً وهي ذات قوام قاسٍ ومطاطي . ينتخر مركزها بعد عدة أسابيع أو أشهر وينثقب وينز قيحاً غيمياً ، وتحدث قرحة بأحجام مختلفة وتبقى حوافها قاسية ومطاطية . يبدي قاعها تشققات ويكون مملوءاً بحطام قيحي نخري . يكون التقرح الصمغي كلوي الشكل بحجم الخوخة إلى التفاحة مؤلم بالضغط ، ولا يوجد ضخامة في العقد اللمفية الناحية ، يشفى القرح الصمغي بعد عدة أسابيع إلى أشهر تاركاً تخريباً نسجياًواسعاً وندبة ملساء بيضاء محاطة بمنطقة مفرطة التصبغ . تخرب الصمغة بعض المناطق في الجسم لعمق كبير حيث توجد في جميع الطبقات بين الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد والعضلات والسمحاق وحتى في العظام ، تحدث الصمغة على الجبهة والفروة والشفتين والرقبة والأعضاء التناسلية والساقين ، وفي أي جزء من الجسم . وغالباً ما تكون الصمغة وحيدة وقد تتشكل عدة صموغ في آن واحد ، تحدث الصمغة العظمية بشكل انتقائي في العظام الطويلة مباشرة تحت الجلد مثل الظنبوب ، والكعبرة ، والترقوة ، والقص ، والكتف ، وقبة القحف ، والعظم الصدغي . تبدأ الصمغة العضلية في النسيج الخلالي الموعى وتخرب العضلات .

**التشخيص** : يوضع التشخيص بالفحص السريري والاختبارات المصلية والخزعة واختبار البوتاسيوم اليودي .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير في جميع الأمراض المزمنة التي تتصف بحدوث عقيدات تحت الجلد ( تشبه الصمغة ) وتنتقل إلى الجلد ثم تنثقب وتتقرح وأخيراً تترك ندبة . كما يجب التفكير بالتدرن ( تدرن الجلد المميع ) ، الحمامي الصلبة لبازان Bazin داء الشعيات Actinomycosis وداء الشَّعْرِيّات المبوغة Sporotrichosis والذأب الحمامي العميق ، واللمفوما الخبيثة ، والتهاب السبلة الشحمية Panniculitis أو الأدواء الحبيبية الأخرى .

**الآفات على الشفاه وفي جوف الفم Lesions on the Lips and in the Oral Cavity :**

**الشفاه Lips** : تظهر الطفحات الإفرنجية الساعية والصموغ على الوجه المخاطي للشفاه وبخاصة الشفة العليا . يؤدي التهاب الشفة الضخامي الإفرنجي إلى توذم شديد في الشفة العليا مع تبدلات تتراوح بين الارتشاح المنتشر وحتى التليف في الغشاء المخاطي . قد تلتبس هذه الآفات مع التهاب الشفة الحبيبومي ( متلازمة ميلكرسون روزنتال ) أو مع فيل الشفة العليا الناجم عن الحمرة الناكسة أو الحلأ البسيط الناكس .

**جوف الفم والأنف** : تصيب الصموغ الإفرنجية وترة الأنف ، والحنك العظمي ، وشراع الحنك ومنطقة اللوزتين مشكلة صموغاً في النسج الرخوة أو ما حول العظم أو في العظم . تحدث الصموغ في جوف الأنف وخاصة الوترة وعظم الأنف أكثر منها في الفم . ويؤدي اجتماع الآفات إلى تخريب واسع في الحنك وانثقابه ويبقى الاتصال بين الأنف وجوف الفم قائماً بعد الشفاء وقد يحتاج إلى ترميم جراحي .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الصموغ الإفرنجية عن العيوب العظمية الولادية والسرطانات المخربة ( تكون قاسية في المحيط ويسهل تفريقها بالتشريح المرضي ) وعن النواسير السنية الجانبية والتهاب العظم والنقي التي تترافق بالألم والترفع الحروري .

**الحنك واللوزتان** : قد يكون التوضع البدئي للصموغ الإفرنجية في شراع الحنك واللهاة واللوزتين فيحدث فيهما تخرب وتورم واحمرار وتتشكل قرحة صغيرة محددة الحواف مستورة بحطام نخري وقيح . وأخيراً يصاب شراع الحنك وتتخرب اللهاة ويشاهد في المرحلة الأخيرة ضياع واسع على شكل V في شراع الحنك المتندب ينفتح على المنطقة البلعومية ويتزاح شراع الحنك المتندب إلى جهة واحدة غالباً .

**التشخيص التفريقي** : قد تلتبس الصمغة في اللوزة مع الآفة الأولية للإفرنجي غير أن هذه تكون متناظرة وغنية باللولبيات الشاحبة مع الدبل خلف الفك السفلي بينما لا يؤدي الإفرنجي الثالثي إلى تورم العقد اللمفية ، ويجب تفريق الصمغة عن سرطانة اللوزة التي تكون قاسية قساوة حجرية وتشخص بالتشريح المرضي . كما يجب تفريقها عن السرطانة الانتقالية وتفرق أيضاً عن القرح السلي الذي يكون مؤلماً وغنياً بالعصيات السلية .

**اللثة Gingiva** : يندر توضع الصمغة على اللثة التي غالباً ما تكون متصلة مع صمغة عظمية في الفك السفلي . يجب تفريقها عن السرطانة أو القرحة الآكلة مع تسوس الأسنان .

**اللسان** : تأخذ إصابة اللسان بالإفرنجي الثالثي أشكالاً مختلفة ، تتشكل في بعض الحالات حطاطات عقيدية صغيرة على ظهر اللسان تميل للاجتماع وتخرب الحليمات اللسانية مؤدية إلى لسان

أملس مبيض مع ندبات ضمورية . قد تظهر عقيدات جديدة لكنها لا تحدث في مكان الندبات الضمورية . وأخيراً يبدي الجزء الخلفي من سطح اللسان مناطق تصلبية ضمورية ملساء غير منتظمة ومختلفة الأحجام . قد ينشأ الطلوان على هذه السطوح الملساء وتعتبر آفات ما قبل السرطانية .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفريق عن الحزاز المسطح والذأب الحمامي والطلوان والتهاب اللسان الحبيبومي .

**صمغة اللسان Tongue Gumma** : تحدث هذه الآفة منعزلة أو بشكل مجموعات ، تتوضع العقيدات العميقة غير المؤلمة في أخلّة النسيج العضلي أو تتحد مع العضلات وتتشكل قرحة غير مؤلمة ضخمة على ظهر اللسان . تشفى ببطء تاركة مكانها ندبة منخمصة مع حواف مرتفعة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن سرطانة اللسان والتهاب اللسان الخلالي .

**التهاب اللسان الخلالي السطحي Superficial Interstitial Glossitis** : يظهر عادة التهاب خلالي حبيبومي منتشر في أجزاء من المخاطية وتحت المخاطية لظهر اللسان . وينتج عن هذا الالتهاب انكماش سطحي وتصلب وضمور وبذلك تتخرب وتتسطح الحليمات اللسانية وهناك ميل لحدوث الطلوان .

**التهاب اللسان الخلالي العميق Deep Interstitial Glossitis** : يتوضع الالتهاب الخلالي الحبيبومي عميقاً ولا تشاهد الخراجات والانثقاب والتقرح . ينتبج اللسان في البدء ( ضخامة اللسان ) ويتبع ذلك انكماش وتصلب . ويمكن الشعور بصلابة ليفية كتلية في مجمل اللسان .

**التشخيص التفريقي** : يمكن أن يلتبس في مرحلة ضخامة اللسان مع التهاب اللسان الحبيبومي وآجلاً يلتبس مع اللسان المشقق وسرطانة اللسان . من الشائع مشاهدة سرطانة اللسان في الإفرنجي الثالثي ، لذا يجب الشك بالإفرنجي عند وجود سرطانة اللسان .

**الإفرنجي الدخني التقرحي المخاطي Lues Miliaris Ulcerosa Mucosae** : وصفها آرندت Arndt عام ١٩٢٦ . تشاهد نفس صورة السل الدخني التقرحي المخاطي . قد يحدث الإفرنجي الدخني التقرحي المخاطي في أي مكان من جوف الفم كاللسان واللوزتين واللثة حيث تشاهد تقرحات سطحية ذات حواف خارجية غريبة الشكل . يغطي سطحها المثلم حطام وينضح منها مفرزات قيحية مصلية .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن السل الدخني التقرحي المخاطي حيث تكون مقاومة المريض العامة ضعيفة مع سل رئوي متقدم ويسهل معه التحري عن العصية الدرنية . بينما تكون حالة المريض في الإفرنجي الدخني التقرحي المخاطي جيدة وتكون التفاعلات المصلية اللولبية إيجابية ، ويؤدي إعطاء البوتاسيوم إلى الشفاء السريع .

**الإفرنجي الثالثي في الأعضاء الداخلية** : قد تصاب بعض الأعضاء الداخلية في الإفرنجي الثالثي مثل الكبد والرئتين أو الدماغ . وتكون المعالجة في هذه المرحلة ليست من مسؤولية طبيب الجلد فقط . فالإفرنجي العيني يعالجه طبيب العين ، وإفرنجي الجهاز العصبي المركزي يعالجه طبيب العصبية والإفرنجي القلبي الوعائي يعالجه طبيب القلب .

**العين** : تحدث الصمغة الإفرنجية في أي جزء من العين وأكثر ما تشاهد في القزحية وحواف الجسم الزجاجي . أهم التبدلات الإفرنجية في العين هي ضمور العصب البصري الذي قد يؤدي إلى العمى التام مع خزل عام . ينجم الضمور عن التهاب العصب البصري أو عن الضغط عليه . ومن الشائع حدوث شلل العضلات الخارجية الذي قد يكون وحيد أو ثنائي الجانب . وتعتبر علامة أرغايل روبرتسون – **Argyll Robertson Sign** وهي خزل المنعكس الحدقي للضوء من العلامات الواسمة للخزل التابسي ، وهي تنجم عن التخرب في الاتصال بين العصب البصري والعصب المحرك المشترك ، يشاهد عادة تضيق الحدقة وعدم تساوي الحدقتين . كما يحدث شلل تام في منعكسات الحدقة وتوسعها مما يدل على إصابة نواة الأعصاب المحركة بالإفرنجي العصبي أو الصمغة . ويعتبر التهاب القرنية الخلالي من علامات الإفرنجي الخلقي ولكنه قد ينجم عن السل .

**الأذن** : يعتبر صمم الأذن الداخلية من العلامات الهامة في ثلاثية هاتشنسون **Hutchinson's Triad** وتدل على الإفرنجي الخلقي .

**القلب والأوعية الدموية** : يعتبر الإفرنجي القلبي والأبهري والأوعية الدموية الأخرى ذو أهمية بالغة بالنسبة للطبيب حيث تهدد أم الدم الإفرنجية الحياة لأنها قد تؤدي إلى التمزق العفوي كما يمكن أن تصاب الأوعية الإكليلية . قد تحدث الصمغة في أي منطقة من القلب وتخربها وتؤدي لاضطراب في وظيفته بسبب تبدلات جهاز النقل ، أو تحدث أعراض احتشاء العضلة القلبية . تحدث أعراض قلبية حادة أثناء تفاعل هيركسهايمر **Kerxheimer's Reaction** بعد المعالجة بالبنسلين . لذا يجب إجراء فحص سريري للكشف عن الإفرنجي القلبي الوعائي قبل بدء معالجة المرضى الذين لديهم إفرنجي كامن إيجابي التفاعلات المصلية ولفترة طويلة أو الذين لديهم إفرنجي خلقي أو إفرنجي متأخر .

**الأعضاء المتنية Parenchymatous Organs** : تحدث الصمغة

الإفرنجية في الرئة ويعصب تفريقها عن سرطانة الرئة والتدرن أو الغرناوية . وقد تحدث هذه الصمغة في الكبد والتهاب الكبد الخلالي التشمعي ، كما تحدث التبدلات الإفرنجية أيضاً في السبيل المعوي والطحال والسبيل البولي التناسلي . ويندر جداً مشاهدة الصمغة في الأجسام الكهفية .

**الخصيتان Testes** : إن إفرنجي الخصيتين شائع نسبياً . يحدث في الإفرنجي الولادي التهاب الخصيتين التليفي وما حولهما ويتطور إلى ضمورهما . يدل زيادة حجم الخصيتين على الصمغة ، وغالباً ما يكون هناك عدة عقيدات . تتراجع الصمغة ويحدث تندب ولكن دون انثقاب . ويؤدي ذلك إلى تبدلات ثمالية في متن الخصية . وقد يحدث انثقاب في حالات أخرى ويؤدي إلى تقرح عميق وبالتالي إلى تندب في جلد الصفن .

**التشخيص التفريقي** : تصاب الخصيتان بشكل عام بالصمغة والأورام الخبيثة ( الورم المنوي ، الغرن ) بينما يصاب البربخ بالسل والسيلان البني وأخماج لا نوعية .

**العظام** : غالباً ما يكون لتقرح الساق علاقة مع الإفرنجي ويؤدي إلى تصلب العظام وتخلخلها . قد تحدث تبدلات كتلية في العظم مع ثخانة واضحة ويكون غير مستقر بسبب بنيته الشبيهة بقرص العسل . يشاهد في الإفرنجي الولادي تبدلات في عظام الأصابع تشبه شوكة منفوخة Spina Ventosa . يؤدي تكثف عظم الظنبوب إلى الظنبوب على شكل نصلة السيف كما أن تكثف عظم الصدغين يؤدي إلى الأصداغ الأولمبية . ويؤدي تخرب عظم الأنف إلى الأنف السرجي الإفرنجي . وأكثر ما تشاهد صمغة العظام الإفرنجية في العظام الطويلة وقبة القحف ؛ ومع ذلك قد تصاب جميع أجزاء الفك والحوض والعمود الفقري . ومن النادر رؤية تبدلات إفرنجية في المفاصل .

**الجهاز العصبي** : إن الصمغ الإفرنجي في الجهاز العصبي خطر إذ يؤدي إلى زيادة في الضغط الدماغي الشوكي فيشكو المريض من نفس أعراض أورام الدماغ . يعتمد تشخيص الإفرنجي العصبي على القصةالمرضية والتفاعلات المصلية في الدم والسائل النخاعي . تشبه أعراض الإفرنجي الدماغي الشوكي الوعائي أعراض التصلب الشرياني حيث تحدث الأعراض في سن مبكرة نسبياً ناجمة عن نزوف دماغية صغيرة عابرة ومتكررة . كما يصيب الإفرنجي السحايا والدماغ مؤدياً لنفس الصورة السريرية للشلل السفلي Paraplegia .

## التابس الظهري والخزل العام Tabes Dorsalis and General Paresis :

*المرادفات :* الإفرنجي الرباعي ، الهزع الحركي المترقي ، داء دوشين Duchenne ، وداء بايل Bayle ، والشلل العام عند المجانين .

يمثل التابس الظهري والخزل العام حالة مترقية من الإفرنجي الثالثي تنجم على الأرجح عن عطالة مناعية عند المريض .

تحدث تبدلات تنكسية في الدماغ وفي متن النخاع الشوكي وتكون هذه الآفات غنية باللولبيات . تستمر فترة الحضانة عادة من ١٠ – ٢٠ سنة وقد تكون أقصر من ذلك . يحدث التابس الظهري عند ٣٪ من المصابين بالإفرنجي ويحدث الخزل العام عند ٥٪ من جميع المصابين .

**التابس الظهري Tabes Dorsalis** : يدل على التابس الظهري سريرياً الألم الرامح Shooting وحس تقلص حزامي Waistband Constriction وهزع وفقد منعكس الرضفة ووتر آشيل ، وإيجابية علامة Romberg وغياب منعكس الحدقة . قد تكون الأعراض خفيفة أو بعضها موجود فقط حسب الحالة . وفي الحالات المتقدمة تكون جميع الأعراض موجودة وشديدة ويسهل التعرف عليها . إضافة إلى ذلك قد يشاهد ضمور العصب البصري وميل نحو الكسور العفوية .

يترقى التابس الظهري في بعض الحالات ويؤدي إلى الموت إذا لم يعالج بعد ٣ – ٤ سنوات . وفي حالات أخرى يستمر الداء لمدة عشرة سنوات أو أكثر .

**التشخيص** : يستند التشخيص على الموجودات العصبية والفحوص المصلية الدموية وفحوص السائل الدماغي الشوكي .

**الخزل العام General Paresis** : يبدأ الخزل العام سريرياً بأعراض لا نوعية مثل صداع مستمر يتبعه ازدياد في التبدلات النفسية . يتصرف بعض المرضى دون تحفظ بينما يكون البعض الآخر مكتئباً ويبدي الآخرون جنوناً متزايداً . وهناك اضطراب في الكلام مثل حبسة الحروف مع عدم انتظام في الكتابة وتقلصات وحيدة أو ثنائية الجانب وسكتات Strokes .

**التشخيص** : تكون الاختبارات المصلية اللا لولبية في الخزل العام إيجابية ١٠٠٪ في المصل وفي السائل الدماغي الشوكي ولا تدل تبدلات السائل الدماغي الشوكي على استمرارية التبدلات الإفرنجية الباكرة ولكنها تكون ناجمة مباشرة عن الإصابة الدماغية الشوكية . يحتاج المريض المصاب بالإفرنجي إلى معالجة مناسبة لكي نقيه من حدوث هذه التظاهرات .

**التشخيص التفريقي** : من الصعب أحياناً تفريق الإفرنجي الدماغي الثالثي عن الخزل العام بسبب حدوث الاضطرابات النفسية في كلا المرضين . قد يستجيب الإفرنجي الدماغي الثالثي للبوتاسيوم اليودي بينما يعند الخزل العام على هذه المعالجة . يجب

إجراء اختبارات الإفرنجي المصلية في جميع حالات التبدلات النفسية ، لنفي الإصابة بالإفرنجي الدماغي الشوكي .

## الإفرنجي الولادي Congenital Syphilis :

*المرادفات :* الإفرنجي الخلقي .

**التعريف :** ينشأ الإفرنجي الولادي من انتقال الإصابة من الأم إلى الجنين في الرحم وهو ليس بالإفرنجي الوراثي كما كان يسمى سابقاً لأنه ليس وراثياً .

**الحدوث :** نادر .

**السبب والإمراض Etiology and Pathogenesis :** يصاب الجنين عادة في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل بعد اكتمال تشكل المشيمة وكلما كانت مرحلة الخمج من الأم باكرة كلما كان التأثير على تطور الجنين أكثر سوءاً .

إذا أصيبت الأم بالخمج الإفرنجي قبل الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل أو خلالها فإن الإصابة لا تنتقل إلى الجنين إذا شخص المرض وعولج معالجة ناجعة خلال هذه الفترة . أما إذا لم يعالج فإن المشيمة تصاب بشكل منتشر حيث تجتازها اللولبيات الشاحبة إلى الجنين في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل . تكون المشيمة المصابة بالإفرنجي كبيرة التهابية ووذمية مع تشكل نسيج حبيبي إفرنجي في الزغابات ( حبيبوم فرنكل Frankel ) .

يبقى الجنين صغيراً بسبب المرض ونقص التغذية ، وقد يحدث موت الجنين والإجهاض في الشهر السابع أو الثامن من الحمل . وغالباً ما تكون هناك علاقة عكسية بين وزن المشيمة والجنين . أما إذا كانت إصابة الأم في المرحلة المتأخرة من الإفرنجي الثانوي كانت إصابة المشيمة أقل بسبب قلة اللولبيات . لذا قد يلد الطفل قابلاً للحياة مع الأعراض السريرية للإفرنجي الولادي .

إذا مضى على إصابة الأم زمن طويل كما في مرحلة الإفرنجي المتأخر يكون انتقال الإفرنجي إلى الجنين نادراً وقد يلد الطفل طبيعياً . إن النساء المعالجات بشكل جيد للإفرنجي الباكر والمتأخر ولكن لديهن إيجابية التفاعلات المصلية يمكن أن ينقلن الرواجن Reagins الوالدية والأضداد النوعية إلى الجنين ما عدا الضد IgM . وقد تكون الاختبارات المصلية اللولبية واللا لولبية عند الوليد الطبيعي إيجابية بعد الولادة . تغيب هذه الأضداد خلال ٣ ـ ٤ أشهر وتصبح التفاعلات المصلية سلبية . ويمكن تلخيص التفاعلات المصلية للإفرنجي الولادي كما يلي :

تفاعل اختبارات TPHA ، FTA – ABS و TPI مع عيارات عالية للأم والطفل ؛ بينما لا توجد أضداد نوعية من زمرة IgM لذا لا تتفاعل الاختبارات – 19S IgM FTA ABS أو 19S IgM SPHA .

تنتقل الأضداد IgG عبر المشيمة دون علاقتها بإصابة الجنين بالإفرنجي أو عدمها ، بينما لا تجتاز الأضداد IgM الحاجز المشيمي بسبب حجمها الجزيئي . ولذلك تكون اختبارات IgM (SPHA, FTA) سلبية عند الوليد الطبيعي . إن اكتشاف الأضداد IgM اللولبية عند الوليد تعني أنه قد أصيب بالإفرنجي أثناء الحياة الرحمية مما أدى إلى تشكل الأضداد IgM عند الجنين .

إذا أصيبت الأم بالإفرنجي في الأسابيع الأخيرة من الحمل فقد يلد الطفل سليماً . وقد يصاب الوليد بالخمج أثناء مروره في القناة التناسلية بسبب الآفات المزدهرة ، وفي هذه الحالة يكون الوليد قد أصيب بالإفرنجي مثل البالغ مع تشكل الآفة البدئية في مكان التلقيح وغالباً ما تكون على الأجفان . تكون اختبارات IgM ( SPHA و FTA ) إيجابية .

**التبدلات المرضية في المشيمة والجنين :** يحدث الإملاص أو الخدج المبكرة في الشهر السابع من الحمل عند ٨٠ ـ ٩٠٪ من النساء الحوامل المصابات بالإفرنجي الباكر ، بينما يكون للإجهاض في بداية الحمل أسباب أخرى . يمكن الكشف عن اللولبيات الشاحبة في المشيمة والأعضاء الداخلية والجنين وفي الحبل السري . تكون الاختبارات المصلية اللولبية واللا لولبية في دم الأم والجنين إيجابية .

**الموجودات السريرية :** يقسم الإفرنجي الولادي إلى باكر وآجل . يعرف الإفرنجي الولادي الباكر بالتبدلات المحدثة عند الوليد أو فيما بعد . أما الإفرنجي الولادي الآجل فيعرف بظهور الأعراض في وقت متأخر عند اليفعان والكهول .

### الإفرنجي الولادي الباكر Early Congenital Syphilis :

قد يلد الأطفال المصابون بالإفرنجي الولادي دون آفات جلدية غير أن الجلد يكون شاحباً وخشناً ويبدو الطفل بمظهر الشيخ ، ويكون ناقص الوزن مع ضخامة كبد وطحال وفقر دم . وغالباً لا يشك بالإصابة بالإفرنجي . بينما يبدي بعض الولدان آفات ملحوظة على الجلد والأغشية المخاطية وفي الأعضاء الداخلية . وتكون الصورة السريرية وسير المرض كما في الإفرنجي الثانوي . يلاحظ باكراً جداً حدوث التهاب أنف إفرنجي ( الزكام الإفرنجي والسعوط Snuffles ) مما يعيق الشرب عند الوليد مع حدوث التهاب رئة بيضاء والتهاب كبد خلالي أو التهاب كبد تصلبي مع تكاثر النسج الضامة ، وضخامة طحال ، وفقر دم ، والتهاب دماغ وسحايا ، مع موه الرأس Hydrocephalus والتهاب العظم والغضروف الإفرنجي وبخاصة بالاشتراك مع انحلال مشاشة العظام .

يحدث الشلل النموذجي الكاذب لباروت Parrot مع عرج وثبات في الساعد ، وذلك بسبب انحلال مشاشة العظام في المنطقة الكعبرية الناجم عن التهاب العظم والغضروف الإفرنجي . وهذه علامة هامة ومشخصة وقد تكون هذه التبدلات أهم وأوضح من التبدلات الجلدية .

تشبه آفات الجلد والأغشية المخاطية في الإفرنجي الولادي الباكر آفات الإفرنجي الثانوي حيث نجد طفوحاً بقعية وحطاطية وحطاطية بثرية متجلبة ، مع طفحة إفرنجية فقاعية متسخة Rupia ولقموم مسطح وحاصة بقعية . وقد تحدث لويحات مخاطية على الأغشية المخاطية ويكون التهاب العقد التصلبي هو القاعدة . أكثر ما تصاب عند الوليد المنطقة حول الفم بسبب الرضاعة حيث يحدث على الشفتين خاصة ، صف من الحطاطات التي تتطور إلى جسوء مسطح ثم إلى ارتشاح خاص (Hochsinger) . يؤدي النسيج الجاسيء القاسي إلى شقوق عميقة شعاعية في الشفة تمتد إلى جلد الوجه ، وتكون هذه الآفات على أشدها في الأسبوع الثالث حتى السابع من الحياة ، وتشفى بعد ستة أشهر تاركة ندبات شعاعية عميق ومشكلة أخاديداً في الشفتين ( أخاديد باروت Parrot ) وهي من العلامات الثابتة والهامة للإصابة السابقة للإفرنجي الولادي . كما يحدث ارتشاح هوشنكر Hochsinger في أماكن أخرى أيضاً ، كذروة الذقن والأنف والحواجب والمنطقة العجزية وعلى الراحتين والأخمصين والعقبين والأرداف والمنطقة التناسلية وتكون هذه الارتشاحات قاسية حمراء مسطحة تصبح هشة ورقيقة بالحك المستمر وبخاصة على الأخمصين والعقبين .

يبدي الولدان آفات فقاعية وبخاصة على الراحتين والأخمصين وعلى الساعدين والساقين ، أطلق عليها الفقاع الإفرنجي ، وهو غير مشاهد عند الكهول ، وتكون هذه الفقاعات تحت البشرة غنية باللولبيات تؤدي بعد تخربها إلى تشكل لويحات نازة وغنية بالعامل الممرض .

**التشخيص** : لا توجد صعوبة في التشخيص إذا ظهرت أعراض وعلامات الإفرنجي الولادي الباكر منذ الولادة وبخاصة إذا اشتدت الأعراض خلال الأسبوع الأول من الحياة . يمكن كشف اللولبيات الشاحبة وتكون الاختبارات المصلية إيجابية . أما إذا ظهرت أعراض وعلامات الإفرنجي الولادي في وقت متأخر يصبح التشخيص صعباً . فقد لا يوجد التهاب الأنف الإفرنجي النموذجي باكراً . كما أن أعراض الإفرنجي العامة تظهر آجلاً كالجلد الشاحب وفقد الشهية وتأخر النمو وفقر الدم وضخامة الكبد والطحال والتهاب العقد اللمفية المتعمم والتغوط الأسود والألم . قد لا تظهر هذه العلامات عند بعض الأطفال إلا آجلاً أو قد لا تظهر لأنها خفية ، وتظهر بعد سنوات من الطفولة الإفرنجيات الثالثية وهذا ما يطلق عليه اسم الإفرنجي الولادي الآجل . ومن ناحية أخرى لا يختلف سير الإفرنجي الولادي الآجل عن الإفرنجي المكتسب الآجل . ( راجع الشكل ٤ ـ ٢٩ ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الإفرنجي الولادي عند الولدان عن التهاب الجلد الحطاطي التآكلي الإفرنجي الشكل ، وهو شكل من التهاب الجلد الحفاضي الذي يشبه الإفرنجي بحطاطاته القاسية غير أن علامات الإفرنجي الأخرى تكون غائبة وتكون الأم غير مصابة .

## الإفرنجي الولادي الآجل :

يجب التفكير بالإفرنجي الولادي وليس فقط بالإفرنجي المكتسب في أية حالة من الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية وليس له تفسير أو اكتشف صدفة . ويجب ملاحظة السمات المستمرة للإفرنجي الولادي عند اليفعان والكهول . وتقسم هذه السمات إلى ثلاث مجموعات :

أ ـ السمات الهامة .
ب ـ السمات الأقل أهمية والتي تشاهد في الإفرنجي الولادي ولكن قد يكون لها أسباب أخرى .
جـ ـ السمات المشكوك بها .

### أ ـ السمات الهامة Reliable Stigmata :

**الأنف السرجي الإفرنجي Syphilitic Saddle Nose** : تبدأ الإصابة بالتهاب أنف إفرنجي ( زكام إفرنجي ) حيث يصبح الأنف مسدوداً والغشاء المخاطي أحمراً ومنتبجاً ثم يحدث فرط تنسج منتشر تليه التقرحات وتشمل الإصابة الغضروف والعظام ويتخرب الحاجز الأنفي مؤدياً لتشكل الأنف السرجي . ينكمش الغشاء المخاطي في مرحلة الشفاء وتنقلب ذروة الأنف إلى الأعلى والخلف ويؤدي تخرب الغضروف بين ذروة الأنف وجذره إلى طيات في الجلد تنقلب إلى الخارج في الجانبين على شكل شريط الركابة .

**أخاديد باروت Parrot's Grooves** : تحدث هذه الأخاديد في الجلد حول الفم ، وهي ندبات شعاعية تمتد من حواف وزوايا الشفتين ، كما تشاهد أيضاً حول الشرج والفرج . يجب تفريق هذه الأخاديد عن التشققات والندبات الناجمة عن أسباب أخرى كالصُماغ وطيَّات الشفاه في التهاب الجلد التأتبي حيث تقتصر على الشفتين ولا تؤدي إلى التندب . بينما تمتد الندبات والأخاديد الإفرنجية إلى الجلد المحيطي في الوجه . قد تلتبس تغضنات الشيخوخة مع أخاديد باروت ، غير أن هذه طيات شعاعية حول الفم دون ندبات حقيقية . ( راجع الشكل ٤ ـ ٣٠ ) .

**ثلاثي هاتشنسون Hutchinson's Triad** : تعتبر العلامات الثلاث التالية من السمات الهامة للتعرف على الإفرنجي الوردي الآجل وهي : أسنان هاتشنسون ، والتهاب قرنية خلالي ، وصمم الأذن الداخلية . قد يكون ثلاثي هاتشنشون كاملاً أو غير كامل . وليس لكل علامة بمفردها نفس الأهمية التشخيصية .

١ - *أسنان هاتشنسون* : وصفها هاتشنسون عام ١٨٥٨ . هي تشوه في القواطع العلوية تأخذ شكل البرميل وتكون القاطعة الطبيعية ضيقة عند القاعدة بينا تكون في أسنان هاتشنسون عريضة عند القاعدة وتضيق نحو السطح القاطع حيث تكون حافته بشكل خط مستقيم ( شكل مفك البراغي ) أو تكون مثلمة بميزابة هلالية . وزيادة على ذلك ، تكون أسنان هاتشنسون إسفينية الشكل وتميل نحو المركز . كما تتشكل أرحاء ملبوري Mulberry . يجب تفريق أسنان هاتشنسون عن الأسنان الرخدية التي تكون عادة نظامية ولكنها قد تبدي اضطراباً بالميناء . هذا وإن تبدلات الأسنان لوحدها ليست إثباتاً أكيداً للتشخيص و لم تعرف طريقة تشكلها بشكل نهائي ، وربما نجمت عن تخرب انسامي باكر للتسنن الثانوي . ( راجع الشكل ٤ - ٣١ ) .

٢ - *التهاب القرنية الخلالي Interstitial Keratitis* : هو داء متن القرنية . تبدأ الآفة على الحُوف Limbus وتمتد إلى القرنية . مع ذلك ثمة حالات تبدي ارتشاحاً في مركز القرنية . يبدأ التهاب القرنية الخلالي بين سن ٦ - ٢٠ سنة من الحياة ، وقد يؤدي إلى فقد الرؤية المؤقت أوالعمى الدائم . يكون التشخيص سهلاً مع وجود السمات الهامة الأخرى ( الإفرنجي الولادي الآجل ، إيجابية الاختبارات المصلية ) . لا يستجيب التهاب القرنية الخلالي للمعالجة بالبنسلين .

٣ - *صمم الأذن الداخلية* : الصمم هو العرض الثالث في ثلاثي هاتشنسون . يشمل التشخيص التفريقي ضمور العصب السمعي الغامض وصمم الأذن الداخلية الوراثي وتصلب الأذن اللا نموذجي . قد يفيد استعمال السماعة .

**ب - السمات الأقل أهمية في الإفرنجي الولادي الآجل Less Reliable Stigmata L. C. G.** : قد تفيد تشوهات العظم في التشخيص إلى جانب السمات الأخرى حيث يؤدي إفرنجي العظام الباكر والآجل إلى التهاب العظم والغضروف الإفرنجي مع تبدلات تنكسية في الغضروف وتكاثر خلايا غضروفية غير طبيعية وبقع نخرية في الغضروف وتكلسات مرضية . وهناك تبدلات في بنية المشاشات حيث يكون نمو العظم الإسفنجي ناقصاً ويضطرب التعظم . كما تؤدي تبدلات الإفرنجي الآجل إلى التهاب عظم وغضاريف مفرط التنسج ومنتشر والتهاب ما حول السمحاق . ومن التشوهات العظمية الدائمة الميزابة المتوسطة العميقة في الجمجمة والحدبة الجبهية حيث يشمل التحدب العظم الجبهي بأكمله ويطلق عليه اسم الجبهة الأولمبية Olympic Brow . كما يأخذ عظم الظنبوب شكل نصلة السيف وهي علامة وصفية ، تحدث نفس الإصابة في عظم العضد ولكن بشكل أخف وغير ملحوظ . وغالباً ما يشاهد انتباج واضح في نهاية العظام قرب المفاصل . كما تصاب النهاية المتوسطة في الترقوة بانتباج وحيد الجانب غالباً يطلق عليه اسم ترقوة هيغومنياكس Higoumenakis . ( راجع الشكل ٤ - ٣٢ ) .

**جـ - السمات المشكوك بها Questionable Stigmata** : قد تساعد هذه السمات المشكوك بها في وضع التشخيص . فالمشيمة الثقيلة مع وليد ناقص الوزن تدل على الإفرنجي مع العلم أن المشيمة الطبيعية قد تكون ثقيلة الوزن . كما أن الحنك المرتفع والضيق ( الحنك القوطي ) الذي قد يشاهد في الإفرنجي يمكن مشاهدته في حالات أخرى . إلى جانب ذلك هناك علامة دوبوا Dubois وهي قصر الإصبع الصغير والسلامة المتوسطة للخنصر وهما أيضاً من السمات المشكوك بها .

## المناعة في الإفرنجي Immunity in Syphilis :

**مبحث الأمصال Serology** : تتشكل أضداد خلطية غير مناعية عند مرضى الإفرنجي البدئي ( الإفرنجي الأولي ) وهي مهمة في التشخيص . تدل التفاعلات المصلية المفردة على تشكل أضداد متعددة تختلف بنوعيتها ، فإلى جانب الاختلاف في نوعية المستضدات تبدي الأضداد في الزجاج تفاعلات مناعية مختلفة . فهناك أضداد التراص ( اختبار TPHA ) ، والأضداد المرسبة ( اختبار VDRL ) والأضداد المثبتة ( اختبار TPI ) وقد وضعت الاختبارات المتعددة للتحري عن الأضداد المختلفة .

يمكن تمييز زمرتين من التفاعلات المصلية في الإفرنجي :
١ - التفاعلات اللا لولبية المدرسية .
٢ - التفاعلات اللولبية النوعية .

تكشف التفاعلات اللا لولبية ( مثل اختبار واسرمان Wassermann ) الأضداد ضد المستضدات الفوسفوليبيدية . و لم تعرف طبيعة هذه المستضدات الليبيدية بشكل كامل . فقد تكون أحد أجزاء اللولبية الشاحبة أو مستضدات متعلقة بالنسج أو نواشب تتحرر من اللولبيات نتيجة تلف الأنسجة .

تكشف الاختبارات اللولبية الأضداد الموجهة ضد اللولبيات الشاحبة . وهذه الأضداد ضد اللولبية هي أيضاً أضداد متعددة وموجهة ضد عدد كبير ومختلف من

المستضدات في اللولبيات الشاحبة . وقد تتفاعل أيضا مع زمر أخرى من المستضدات المتعلقة باللولبيات . تكوِّن الركائز المستضدية للاختبارات اللولبية جناسات أو خلاصات من اللولبيات الممرضة من زمرة نيكول Nichol .

تختلف هاتان الزمرتان الرئيسيتان بتفاعلاتهما الفردية المتعلقة بالمراحل المختلفة للإفرنجي . مثلاً تحدث تبدلات ليس فقط بتركيز الأضداد المصلية وإنما في صفوف الغلوبولينات المناعية التي تنتمي إليها ( IgA, IgM أو IgG ) . يشاهد في المرحلة الباكرة من الإفرنجي ، كما في الأمراض الخمجية الأخرى ، الأضداد المناعية كبيرة الجزيئات من صنف IgM (19S) . يحل فيما بعد محل هذه الاستجابة المناعية الخلطية البدئية ، استجابة مناعية خلطية ثانوية يطلق عليها اسم الاستجابة المناعية الخلطية الادكارية Anamnestic ، حيث يشاهد خاصة أضداد من زمرة IgG (7S) التي لها خاصة مستضدية نوعية عالية . هذا التبدل من IgM إلى IgG لا يحدث فقط بالأضداد اللا نوعية بل في الأضداد النوعية ضد اللولبية . يدل نسبة الأضداد 19S (IgM) إلى الأضداد 7S (IgG) على مرحلة الداء في الحالات الإفرادية .

لا يمكن الكشف عن الأضداد من زمرة IgM قبل ١٤ يوماً من بدء الخمج . ويمكن الكشف عن الأضداد من زمرة IgG بعد ٣ – ٤ أسابيع من الإصابة ، أي عند حدوث الآفة البدئية . يمكن كشف الأضداد الشحمية اللا نوعية بمرحلة تالية إذ تكشف الأضداد الشحمية من زمرة IgM في الأسبوع الخامس من الإصابة والأضداد الشحمية من زمرة IgG في حوالي الأسبوع السادس . لا تشاهد الأضداد النوعية المثبتة للولبيات التي تنتمي إلى زمرة IgG قبل نهاية المرحلة البدئية في حوالي الأسبوع الثامن بعد الخمج . ويمكن الكشف عنها باختبار سكون اللولبية TPI . وإذا لم يعالج الإفرنجي تبقى هذه الأضداد من زمرة IgG قابلة للكشف مدى الحياة . ويتدنى فقط عيار الرواجن اللا نوعية المصلي إلى حدود يصعب معها كشفه بالفحوص المخبرية .

يبدو أن إنتاج الأضداد التالي من زمرة IgM من قبل الخلايا المصورية المؤهلة مناعياً يتبع التحريض المستمر من قبل مستضد اللولبية الشاحبة وذلك بعكس الأضداد من زمرة IgG .

هناك نقص مادي ملموس في معايير الأضداد الجوالة ( زمرة IgG, IgM ) عند المرضى المعالجين بشكل جيد في المرحلة الأولى أو في المرحلة الثانوية الباكرة . أما إذا بدأت المعالجة بشكل متأخر تبقى الأضداد النوعية ضد اللولبية من زمرة IgG مدى الحياة ويمكن كشفها بتمديدات عالية للمصل سواء أكان الداء قد شفي أم لا . يمكن فقط لمعايير الأضداد الشحمية اللا نوعية أن تنخفض لحد لا يمكن كشفها بالاختبارات المصلية .

من الصعب تعليل بقاء التفاعلات النوعية للإفرنجي إيجابية في الإفرنجي البدئي الآجل والإفرنجي الثانوي والإفرنجي الآجل رغم المعالجة المناسبة التي يفترض معها زوال العامل الممرض . يعتقد البعض باستمرار وجود بعض اللولبيات الشاحبة الفردية أو بعض أجزائها في الخلط وفي العقد اللمفية أو في السائل الدماغي الشوكي مع أنها لم تعد ممرضة . كما يعتقد أن هناك بعض نسائل Clones خلايا الذاكرة ، كما في الأخماج بالجراثيم أو بالحمات الراشحة وفي التحسس الأرجي بالتماس ، تبقى قادرة على إنتاج الأضداد التي يمكن كشفها كندبات مصلية (Serum Scars) مدى الحياة . يمكن تطبيق نفس التعليل على الاختبارات اللا لولبية التي يمكن أن تبقى إيجابية رغم المعالجة المناسبة إذا بدأت في المرحلة الثانوية المتأخرة أو المرحلة الثالثية . وفي هذه الحالة لا يمكن الاعتماد عليها لتقدير فعالية المعالجة .

**مناعة الخمج Infection Immunity** : لا توجد مناعة طبيعية ضد الإفرنجي ، ويمكن أن يصاب به أي شخص . إذ تكفي بعض اللولبيات الشاحبة ( حوالي الخمسين منها ) لإحداث الإصابة . ومن الممكن أن تكفي لولبية شاحبة واحدة .

تتشكل المناعة أثناء الإفرنجي البدئي بحيث تقي من الإصابة بخمج إضافي . فلا تحدث آفات بدئية جديدة في نقاط التلقيح الحديثة . وإذا شفي الإفرنجي بالمعالجة المناسبة أو تراجع عفوياً تتلاشى المناعة ويصبح الجسم قابلاً للإصابة بإفرنجي جديد . وقد تشير عودة الخمج إلى شفاء إصابة سابقة .

## الطرق المصلية للفحص
## Serological Methods of Examination :

يمكن كشف اللولبيات الشاحبة مباشرة بالفحص المجهري بالساحة المظلمة وتلعب الاختبارات المصلية دوراً هاماً في التشخيص . يمكن تقسيم هذه الاختبارات إلى التفاعلات المدرسية اللا لولبية والتفاعلات النوعية اللولبية . وقد يفيد فحص السائل الدماغي الشوكي أيضاً .

### أ – التفاعلات اللا لولبية Nontreponemal Reactions :

تعتمد الاختبارات المدرسية اللا لولبية على تحري الأضداد الشحمية وبحسب الطريقة المتبعة فهي قد تشمل اختبار تثبيت المتممة واختبار التحوصب .

### ب – تفاعلات تثبيت المتممة Complement – Fixation Reactions :

**اختبار واسرمان** : لم يعد لهذا الاختبار ولا لاختبار كولمر أهمية

إذ لم يعد يلجأ إليهما للتشخيص وإنما نذكرهما لقيمتهما التاريخية .

*المبدأ Principle :* يمكن للأضداد الشحمية اللا نوعية في المصل أن تتحد مع معلق غرواني من الشحوم المأخوذة من نسج حيوانية مختلفة عندما تضاف المتممة . ولا يمكن رؤية نتيجة تفاعل المستضد الضد ـ المتممة إلا بإضافة مشعر حال للدم وهو من متطلبات المتممة .

*الطريقة Method :* يتبع اختبار واسرمان مبدأ تفاعل تثبيت المتممة الذي وضعه برودت وجينكو Bordet و Gengou عام ١٩٠١ . وهي الطريقة الأساسية التي وصفها واسرمان ونايسر وبروك عام ١٩٠٦ . وقد استعمل المستضد المستخلص من نسيج كبدي لمريض مصاب بالإفرنجي الولادي .

يسخن مصل الاختبار إلى درجة ٥٦° مئوية حيث تتلف المتممة العطوبة بالحرارة ولكن لا تتلف الأضداد الثابتة بالحرارة . تؤدي حضانة مستخلص المستضد ومصل المريض المتفاعل إلى حصول معقدات ضد ـ مستضد منحلة والتي تتحد مع متممة القُبَيْعَة Guinea Pig المضافة بمقدار معين إلى مزيج الحضانة . يمكن جعل التفاعل قابلاً للكشف بإضافة مشعر حال للدم متطلب المتممة الذي يتألف من كريات الخروف الحمراء وأضداد حالة للدم موجهة ضد هذه الكريات مستخلصة من مصل الأرنب المحسن بواسطة هذه الكريات . إذا اتحدت المتممة في المرحلة الأولى من تشكيل المعقدات المستضد الضد فلا تبقى بوجوده للتفاعل مع المشعر ولا يحدث حل كريات الخروف الحمراء الذي يعتمد على المتممة فيكون تفاعل واسرمان في هذه الحالة إيجابياً . أما إذا لم توجد أضداد في مصل الاختبار ولم تستعمل المتممة وبالتالي يحدث انحلال الدم فيكون تفاعل واسرمان سلبياً . يمكن تحديد كمية الأضداد الموجودة في المصل المأخوذ من مريض مصاب بالإفرنجي باستعمال تمديدات متسلسلة ومعايير محددة . هذا وإن تفاعل كولمر ليس إلا تفاعل واسرمان معدلاً .

**٢ ـ تفاعلات التحوصب Flocculation Reactions** : كان يطلق عليها التفاعلات الجانبية بسبب تطبيقها إلى جانب تفاعل واسرمان .

*المبدأ Principle :* تعتمد هذه التفاعلات على الحقيقة التالية وهي أن المصل الحاوي على أضداد ينتج راسباً مرئياً عندما يلتقي مع ذرات شحمية في معلق غرواني . لا يلزم استعمال مشعر حال للدم كما في تفاعل واسرمان لأن تفاعلات التحوصب يمكن أن تُقرأ مباشرة عيانياً أو مجهرياً .

أكثر اختبارات التحوصب العياني شيوعاً هو تفاعل التشفيف II لمينيك (MCR – II) Mcinicke Clearing Reaction II وتفاعل كاهن Kahn والاختبار السريع للراجنة البلازمية . تشمل اختبارات التحوصب المجهرية تفاعل الدم المجفف لشدياق Chediac ، واختبار التحوصب المجهري للشحوم القلبية (VDRL) واختبار الراجنة التلقائية (ART) .

**تفاعل التشفيف II لمينيك II :** يمكن إجراء هذا التفاعل على المصل أو قطرات الدم المجففة وعلى السائل الدماغي الشوكي . ولم يعد هذا الاختبار مستعملاً .

**اختبار الراجنة البلازمية السريع Rapid Plasma Reagin Card Test :**

*المبدأ :* يمزج المستضد الشحمي القلبي مع كمية قليلة من ذرات الفحم فيصبح التفاعل مع الأضداد الشحمية مرئياً بالعين المجردة .

*الطريقة :* يمكن إجراء الاختبار على المصل أو البلاسما . تُقْرأ النتائج خلال ٣٠ دقيقة . يدل تكتل ذرات الفحم العياني على اختبار تفاعل إيجابي .

*الاستعمال :* يستعمل هذا الاختبار في جميع أنحاء العالم لتشخيص الإفرنجي الباكر ومن حسناته أنه سريع التنفيذ ، لذا يستخدم في الاختبارات الجماعية عند المرضى الخارجيين المشكوك إصابتهم بالإفرنجيّ لوضع التشخيص السريع .

**اختبار مخبر أبحاث الأمراض الزهرية Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL)** : يعرف أيضاً باسم اختبار هاريس Harris ، وهو اختبار التحوصب الأكثر استعمالاً في جميع أنحاء العالم . نحصل على المستضد بمزج شحوم قلبية وليسيتين Lecithin وكولسترول . واختبار VDRL هو تفاعل مناسب لكشف الأضداد الشحمية في المصل والسائل الدماغي الشوكي . يمكن إجراء الاختبار بتمديدات مختلفة . لذا يمكن الحصول على التفاعل الكمي مع معايير مختلفة VDRL Titration .

*الطريقة :* يجرى الاختبار على صفيحة زجاجية وهي تدور بشكل آلي لتسريع اتحاد المستضد ـ الضد . تُقرأ النتيجة مجهرياً باستعمال العدسة تكبير X ١٠٠ .

*الأهمية :* إن استعمال مستضدات قياسية يجعل من اختبار VDRL مناسباً ليس فقط لتشخيص الإفرنجي ولكن للمتابعة بعد المعالجة بشكل خاص .

**اختبار الراجنة التلقائي Automated Reagin Test :**

*المبدأ :* هو اختبار معدل لاختبار VDRL وصف على أنه ذو طريقة تلقائية . وهو مناسب للاستعمال الروتيني على نطاق واسع .

*الطريقة :* يختبر المصل بعد إضافة المستضد تلقائياً . تكون النتيجة إيجابية إذا بدا راسب ذرات الفحم كحبات الفلفل الأسود .

**أهميـة تفاعلات التحوصب :** يمكن اللجوء إلى اختبارات التحوصب العيانية والمجهرية التي تستعمل معايرة المستضدات لمتابعة المريض بعد المعالجة . إذ يمكن إجراء تفاعلات كمية وتحديد المعايير كما يمكن أن تكون هذه التفاعلات مناسبة لتشخيص الإفرنجي . غير أنه يجب إشراكها مع تفاعل واحد على الأقل من التفاعلات اللولبية مثل اختبار TPHA أو FTA – ABS . ( راجع الشكل ٤ – ٣٣ ) .

**نوعية التفاعلات اللا لولبية :** جميع التفاعلات المدرسية أقل نوعية من التفاعلات اللولبية .

**ب – اختبار رايتر لتثبيت المتممة البروتينية Reiter Protein Complement – Fixation Test :**

*المبدأ :* يأخذ هذا الاختبار مركزاً متوسطاً بين التفاعلات اللولبية واللا لولبية . وهو يكشف أضداد الزمر النوعية ضد الجزء البروتيني من لولبية رايتر المزروعة وغير الممرضة . وهذه الركيزة لها مجموعة مستضدات مشتركة مع اللولبية الشاحبة الممرضة ومع اللولبيات الأخرى .

*الطريقة :* هو تفاعل اتحاد المتممة مثل تفاعل WaR . ويستعمل هنا مستضد رايتر عوضاً عن المستضد الشحمي .

*الأهمية :* تحدث تفاعلات إيجابية كاذبة قد تنجم عن الأضداد التي تتفاعل مع شوائب المستضد البروتيني ، وتختلف هذه الأضداد عن الأضداد المسؤولة عن النتائج المتفاعلة الكاذبة في ART . وليس من الممكن أن يحدث كلا هذين الضدين غير النوعيين في وقت واحد .

**جـ – التفاعلات اللولبية Treponemal Reaction :**

إضافة إلى التفاعلات المدرسية اللا لولبية توجد تفاعلات مصلية للكشف عن الأضداد النوعية للولبيات والتي يطلق عليها اسم التفاعلات اللولبية حيث تشكل اللولبيات الشاحبة المستضدات . هذه التفاعلات نوعية جداً مع أنها تتطلب جهداً إضافياً بسبب حاجتها لوسائل خاصة .

**١ – اختبار سكون ( تثبيت ) اللولبيات Treponema Pallidum Immobilization Test (TPI Test) :** ويسمى أيضاً اختبار نلسن أو اختبار نلسن ماير Nelson – Mayer .

*المبدأ :* تثبيت البريميات الشاحبة الحية بمصل المرضى المصابين بالإفرنجي بوجود المتممة لذا تكشف الأضداد الحقيقية الموجودة في أجزاء غلوبولين المصل . طُبق هذا الاختبار عندما اكتشف نلسن وماير عام ١٩٤٩ وسطاً سائلاً يطلق عليه اسم الوسط الأساسي حيث يمكن للولبيات الشاحبة الحساسة جداً أن تبقى حية ومتحركة لمدة أطول من الزمن غير أن هذا الاختبار لم يستعمل بعد بسبب الصعوبات التقنية في إجرائه .

*الطريقة :* تستخلص اللولبيات الشاحبة من خصية أرنب مصابة منذ ١٢ يوماً وتنقل إلى الوسط الأساسي . تبقى الأحياء المجهرية الصغيرة حية في جو نتروجيني . تعطل فعالية مصل الاختبار بتسخينه إلى درجة ٥٦° مئوية ويمزج بكمية معايرة من متممة قبيعة ، يوضع مصل الاختبار معطل الفعالية والمتممة ومعلق اللولبيات الشاحبة لمدة ١٨ ساعة في جو نتروجيني ثم تقرأ النتيجة مجهرياً وتحسب نسبة اللولبيات المثبتة . فإذا كانت نسبة التثبيت أقل من ٢٠٪ تكون النتيجة سلبية وإذا كانت بين ٢٠ – ٥٩٪ تكون النتيجة مشكوك بها وإذا كانت ٦٠٪ أو أكثر تكون النتيجة إيجابية . إن النقطة الأساسية في هذا الاختبار هو أن يؤخذ مصل الاختبار من مريض غير معالج حديثاً بالصادات ، لأنه في هذه الحالة يكون للمصل خاصة قاتلة للولبيات تؤدي إلى تثبيتها المباشر .

*الأهمية :* إن اختبار TPI معروف على أنه من الاختبارات اللولبية النوعية الموثوق بها . يصبح إيجابياً فقط في نهاية المرحلة الأولى وتؤيد الموجودات الإيجابية الإصابة باللولبيات الشاحبة .

**٢ – اختبار الأضداد اللولبية التألقي Fluorescent Treponemal Antibody Test (FTA) :**

*المبدأ :* هو كشف الأضداد اللولبية في مصل الاختبار بطريقة التألق المناعي غير المباشر .

*الطريقة :* يتكون المستضد من معلق للولبيات الشاحبة الميتة التي تجفف وتثبت على صفيحة زجاجية . تكون اللولبيات متجعدة Lyophilized وغير خمجية . تتفاعل الأضداد المضادة للولبيات في مصل الاختبار مع معيّنات المستضد النوعي على سطح اللولبيات . يظهر اتحاد الأضداد النوعية IgG و IgM لهذه المعيّنات بحضانتها بمرحلة ثانية مع مضاد موسوم بالتألق ضد الغلوبولين الإنساني في المصل أو جزء منه ( مضاد IgG ومضاد IgM ) مستعملين المجهر التألقي . لا يؤثر وجود الصادات في مصل الاختبار على اختبار FTA .

*الأهمية :* يصبح اختبار FTA إيجابياً بعد حوالي أربع أسابيع من الخمج ويبقى إيجابياً لعدة سنوات بغض النظر عما إذا كان الخمج قد عولج أو لم يعالج . لذلك فهو لا يعطي أية دلالة على تأثير المعالجة . يستعمل اختبار FTA عادة لتأكيد التشخيص أو يشرك مع الاختبارات اللا لولبية . قد تحدث إيجابية كاذبة في الذأب الحمامي الجهازي على سبيل المثال ، حيث يشاهد نموذج خاص من تألق اللولبيات . ( راجع الشكل ٤ – ٣٤ ) .

### ٣ ـ اختبار امتصاص الأضداد اللولبية التألقي Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test (FTA – ABS Test) :

هو تحسين في نوعية اختبار FTA . يُعالَج مصل الاختبار أولاً بلولبيات رايتر المجزأة بفائق الصوت Ultrasound لإزالة زمرة المستضدات اللا نوعية . ولهذا السبب يجرى هذا الاختبار الآن عوضاً عن اختبار FTA .

### ٤ ـ اختبار 19S IgM FTA – ABS :

*المبدأ :* الكشف عن الأضداد ضد اللولبية من نمط IgM في مصل الاختبار . تشاهد هذه الأضداد في الإفرنجي الولادي وفي بدء الإصابة بالإفرنجي . بينما تشاهد الأضداد ضد اللولبيات من نمط IgG في الإفرنجي المعالج بصورة ناجعة أو الإفرنجي القديم الذي يشفى شفاء عفوياً . يدل الكشف المتكرر عن الأضداد ضد اللولبية من نمط IgM وبعيارات مرتفعة على استمرار وجود اللولبيات الشاحبة في الجسم وبالتالي الحاجة إلى المعالجة .

*الطريقة :* كما في اختبار FTA – ABS يستعمل فقط غلوبولين المصل المضاد للإنسان ضد IgM في اختبار IgM, FTA – ABS . تبين أن التفاعل IgM FTA قد يثبط بشكل تنافسي في المصل بسبب حدوث أضداد نوعية من نمط IgG . ولذلك قد نحصل على نتائج سلبية كاذبة . يحدث هذا التثبيط التنافسي لأن الأضداد IgG لها جاذبية أكبر للركيزة المستضدية ومن ثم يمكن أن يثبط تفاعلها مع الأضداد IgM . إذا شككنا بحدوث التثبيط التنافسي يجب معالجة المصل لإزالة الجزء 19S IgM ذات الوزن الجزيئي العالي بواسطة الاستشراب الأنبوبي Column Chromatography أو بتحضيرها بالتنبيذ الفائق Ultracentrifugation ، تاركة الأضداد 7S IgG ذات الوزن الجزيئي المنخفض ، وبالتالي يجري اختبار FTA – ABS فقط على جزء المصل الحاوي على IgM . يسمى هذا الاختبار المعدل من اختبار IgM FTA – ABS اختبار 19S IgM FTA – ABS .

*الأهمية :* يستعمل هذا الاختبار في الإفرنجي الولادي وللتأكد من الشفاء بعد أخذ المعالجة المناسبة في الإفرنجي المكتسب . إن إيجابية التفاعلات اللا لولبية واللولبية عند الأم تعطي تفاعلات إيجابية عند الوليد لأن المشيمة نفوذة لجزيئات IgG الصغيرة سواء أكان الطفل مصاباً بالإفرنجي أو أنه تلقى الغلوبولينات المناعية من خلال المشيمة . تنخفض نسبة الأضداد IgG المنقولة من الوالدة بعد الشهر الثالث من الولادة فتصبح التفاعلات اللولبية واللا لولبية سلبية . ورغم ذلك من الممكن وضع تشخيص صحيح للإفرنجي مباشرة بعد الولادة وذلك بكشف الغلوبولينات المناعية النوعية للخمج من نمط IgM التي لا تعبر المشيمة بسبب حجمها الجزيئي . فإذا وجدت تكون قد تشكلت من قبل الجنين نفسه . إن إيجابية اختبار 19S IgM FTA يدل على الخمج الإفرنجي داخل الرحم . يساعد هذا الاختبار الأخير في التشخيص الباكر للإفرنجي عند الكهول ولتقدير نجاح المعالجة أيضاً يسمح اختبار IgM FTA ABS بكشف الأضداد IgM النوعية للولبية بعد ٧ ـ ١٤ يوماً من الخمج . تستبدل هذه الأضداد تدريجياً بالأضداد اللولبية النوعية من نمط IgG إذا استمر الداء لفترة طويلة . تنخفض الأضداد النوعية اللولبية IgM باكراً في الإفرنجي الباكر المعالج ويكشف هذا الانخفاض من خلال نقص العيار في اختبار IgM FTA – ABS . بينما يعني استقراره أن الخمج باللولبيات الشاحبة مستمر . ويدل ارتفاع عيار الأضداد IgM على عودة الخمج . ولهذا يعتبر اختبار 19S IgM FTA – ABS اختباراً حساساً جداً ونوعياً . وعلى الرغم من أنه ليس من الاختبارات الروتينية للتشخيص ، فهو هام للتشخيص المصلي للإفرنجي الولادي ولتقدير قيمة المعالجة عند المرضى المصابين بالإفرنجي الكامن Latent Syphilis .

### ٥ ـ اختبار تراص اللولبية الشاحبة الدموي Treponema Pallidum Hemagglutination Test (TPHA Test) :

*المبدأ :* تكشف الأضداد النوعية للولبيات في المصل أو في السائل الدماغي الشوكي بالتراص الدموي .

*الطريقة :* يحضر المستضد في معلق كريات الخروف الحمراء المعالجة بالفورمالين وحمض التنيك . تحل هذه الكريات بمستضد اللولبيات الشاحبة بعد تفريقها الآلي بالتجزئة بالأمواج فوق الصوتية . تتفاعل الأضداد المضادة للولبيات في مصل الاختبار مع الكريات الحمراء المحملة بالمستضد فيحدث التحوصب وتكون النتيجة ترسب حبيبات صغيرة على صفيحة الاختبار . تُزال الراصات اللا نوعية مسبقاً بواسطة وسط ماص . يمكن إجراء اختبار TPHA آلياً أو باليد .

*الأهمية :* يصبح اختبار TPHA إيجابياً بعد ٣ ـ ٤ أسابيع من حدوث الخمج ، ويبقى إيجابياً لعدة سنوات أو عقود حتى بعد المعالجة . ويمكن إجراء المعايرات الكمية وتكرارها بسهولة في هذا الاختبار ، كما أنه يتميز بنوعيته العالية ، ولذا يعتبر حالياً الاختبار اللولبي الأكثر أهمية .

### ٦ ـ اختبارات الطور الصلب للامتزاز الدموي Solid Phase Hemadsorption Tests (SPHA and (IgM SPHA) Tests) :

*المبدأ :* يتم كشف أضداد اللولبيات النوعية في المصل أو في السائل الدماغي الشوكي بالامتزاز الدموي .

*الطريقة :* يجرى اختبار SPHA على مصل كامل بينما يعتمد

اختبار IgM SPHA على جزء من المصل باستعمال طريقة الطور الصلب للامتزاز المناعي يجرى اختبار SPHA على صفيحة ذات معيار دقيق ومستورة بمصل مضاد للإنسان بعد تغليفها بهذا المصل . يطرح الناتج الطافي على السطح ويخض الناتج أخيراً مع المستضد ( كريات الخروف الحمراء المغلفة باللولبيات الشاحبة ) . إذا وُجدت الأضداد النوعية للولبيات الشاحبة في المصل ( الأضداد 19S IgM في اختبار IgM SPHA ) فهي تتثبت على سطح الصفيحة المعايرة بالطور الصلب للامتصاص . إن المرحلة الثانية للتفاعل هي الامتزاز الدموي حيث تتفاعل كريات الخروف الحمراء المغلفة بالمستضد مع الأضداد النوعية ( الأضداد IgM في اختبار IgM SPHA ) . فإذا كان المصل لا يحوي المستضدات اللولبية تهبط كريات الخروف الحمراء المغلفة إلى القاع .

يُمكن فصل المصل ببساطة بطريقة الطور الصلب للامتزاز المناعي . إن فصل المصل إلى جزيئات 19S IgM و 7S IgM في اختبار IgM SPHA يطابق الطريقة المتبعة في اختبار IgM FTA – ABS تقدر قيمة الصفائح ذات المعايير الدقيقة كما في اختبار التراص الدموي الدقيق الآلي مع اللولبيات الشاحبة (AMHA – TP Test) .

*الأهمية :* مشابه لأهمية اختبار 19S IgM FTA – ABS .

### ٧ – المقايسة المناعية المرتبطة بالإنظيم Enzyme – Linked Immunosorbent Assay :

*المبدأ :* هذا هو آخر اختبار نوعي للإفرنجي ويعتمد على الإنظيم الموسوم المضاد للغلوبولين .

*الطريقة :* عوضاً عن مضاد الغلوبولين الموسوم بالتألق يستعمل الإنظيم الموسوم المضاد للغلوبولين . يمكن إجراء الاختبار كيفياً وكمياً على المصل والسائل الدماغي الشوكي .

**الأهمية** : إن اختبار ELISA نوعي جداً ولكنه لا يستعمل بشكل روتيني في الوقت الحاضر .

## تفسير التفاعلات المصلية Interpretation of Seroreactions :

يجب تفسير التفاعلات المصلية فقط بالاشتراك مع القصة المرضية والموجودات السريرية . لهذه التفاعلات المصلية أهمية تشخيصية جازمة فقط في بعض الحالات ويجب تقدير قيمة الاختبارات المصلية التشخيصية على المعايير التالية التي ستذكر حسب درجة أهميتها : النوعية ، الحساسية ، يمكن إجراؤها كمياً ، الجهد المهني الذي يتطلبه ، عدم ميله للاضطراب ، قابليته للعمل الآلي . إذا قدرت قيمة الاختبارات المذكورة سابقاً حسب هذه المعايير يعتبر اختبار TPHA على أنه أهم اختبار للإفرنجي . فهو يتطلب فقط ٠,٠٢٥ مل من مصل الاختبار كطريقة دقيقة . يصبح إيجابياً بعد ثلاثة أسابيع من الخمج وبتمديدات عالية للمصل . نحصل على النتيجة خلال ساعات بالاختبار الآلي وتكون النتيجة إيجابية في ٩٢ – ٩٥٪ من المصل الإيجابي ، وهذا ما يؤكده اختبار FTA – ABS . إذا اختلفت النتائج بين اختبار TPHA و FTA – ABS عند إجرائها على مصل إيجابي فهذا يفسر بميل اختبار FTA – ABS لأن يصبح غير متفاعل بعد المعالجة الجيدة في المرحلة البدئية من الإفرنجي ( الإفرنجي الأولي ) . بينما يبقى اختبار TPHA متفاعلاً مدى الحياة . ولذلك فهو لا يستعمل لمراقبة سير ومعالجة الإفرنجي راجع الشكلين ٤ – ٣٥ و ٤ – ٣٦ .

### اختبارات التقصي Screening Tests :

يمكن إجراء اختبارات الإفرنجي كفحص روتيني عند مريض راجع الطبيب لمرض آخر أو أن تجرى على الشعب بأكمله للكشف عن الإصابات المحتملة بالإفرنجي . وغالباً ما تُجرى اختبارات التقصي عند مراجعة طبيب الجلد أو العيادة الجلدية لأول مرة ، كما تُجرى عند الوليد وفي المعسكرات . تُجرى اختبارات الاستقصاء إذا كانت هناك قصة مرضية أو شك سريري بالإفرنجي .

**الجدول ٤ – ٢ : استعمالات الاختبارات المصلية**

| | |
|---|---|
| اختبارات الاستقصاء | اختبار TPHA |
| | اختبار VDRL |
| | اختبار RPRC |
| الاختبارات المؤكدة | اختبار معايرة VDRL |
| | اختبار TPI(*) |
| | اختبار IgG FTA – ABS |
| الاختبارات لتقييم ضرورة المعالجة | اختبار معايرة VDRL |
| | اختبار IgM FTA – ABS |
| | اختبار 19S IgM FTA – ABS(**) |
| | اختبار SPHA |
| اختبارات المراقبة | اختبار VDRL |
| | اختبار IgM FTA – ABS |
| | اختبار 19S IgM FTA – ABS |
| | اختبار SPHA |

* يمكن إجراء اختبار TPI لتأكيد التشخيص إذا كان اختبار TPHA واختبار IgG FTA – ABS غير متوافقين .

** يجب إجراء اختبار 19SIgM FTA – ABS بعد تجزئة المصل إذا ثُبط اختبار IgM FTA – ABS بالتنافس في المصل الكامل .

*اختبار TPHA :* لهذا الاختبار صفة مميزة وهي إمكانية إجرائه لتشخيص إفرنجي مجهول في جميع المراحل ، وهو يصبح متفاعلاً بسرعة بعد الخمج . ومن سيئاته أنه يبقى إيجابياً مدى الحياة مع المعالجة أو دونها . بينما تبدي الاختبارات الاستقصائية الأخرى مثل اختبار VDRL هبوط عياراتها حتى أنه يصبح غير متفاعل في الإفرنجي المعالج جيداً . غير أن اختبار VDRL لا يصبح متفاعلاً إلا بعد ٢ ـ ٣ أسابيع من إيجابية اختبار TPHA وكثيراً ما يكون غير إيجابي في المرحلة المتأخرة والكامنة من الإفرنجي . إن اختبار TPHA حساس ونوعي للعامل الممرض ويصبح إيجابياً بعد ثلاثة أسابيع من الخمج . وإذا كان هناك شك سريري بالإصابة بالإفرنجي وكان الاختبار غير متفاعل وجبت إعادته حالاً .

*اختبار VDRL :* يجرى اختبار VDRL كاختبار استقصائي للإفرنجي نظراً لحساسيته ونوعيته النسبية ، وهو أهم اختبار لا لولبي ويصبح إيجابياً بعد ٥ ـ ٦ أسابيع من بدء الخمج . يرتفع العيار في المراحل المتتالية ويكون عالياً في الإفرنجي غير المعالج .

**الاختبارات المؤكدة :**

يجرى اختبار IgG FTA – ABS كاختبار مؤكد .

**اختبار مراقبة سير الداء :** يعتبر اختبار VDRL مناسباً لمراقبة المعالجة . إذ يمكن إجراؤه كمياً بقياس انخفاض العيار ( معايرة VDRL ) وهو أهم اختبار لمراقبة السير السريري . إن الاختبارات النوعية اللولبية مثل TPHA و FTA – ABS أو TPI غير مناسبة لمراقبة تطور المرض ولذا يجب ألا تشمل في التقييم المصلي لمعالجة الإفرنجي . فهي ليست اختبارات كمية وتبقى عادة متفاعلة حتى بعد معالجة الإفرنجي الثانوي أو الإفرنجي الثانوي الآجل . وقد نلجأ لاختبارات IgM ( اختبار 19S IgM FTA – ABS ) .

**الاختبارات الخاصة :**

يجب اللجوء إلى الاختبارات الخاصة فقط في ظروف خاصة ، إما كاختبارات مؤكدة أو كاختبارات لتقييم الحاجة للمعالجة ومراقبة الاستجابة لها . فعلى سبيل المثال ، يجب استعمال اختبار TPI فقط إذا كان هناك تضارب بين اختبارات TPHA و VDRL و FTA – ABS . يجرى اختبار الراجنة البلازمية السريع RPRC للتشخيص المباشر الكمي والنوعي ويمكن أن ينتظر المريض النتيجة . أما في عودة الخمج فلا يُعوّل على اختبارات RPRC ، فهو ذو قيمة فقط في التأكيد المباشر والإضافي للإفرنجي الثانوي غير أنه غير مشخص في الخمج بالإفرنجي مجدداً لذلك يجب اللجوء إلى عيار VDRL وملاحظة زيادة العيار في هذا الاختبار . أما استطباب اختبار 19S IgM FTA – ABS في تشخيص الإفرنجي الولادي أو تقييم نتائج المعالجة فقد تم بحثه بشكل مفصل سابقاً .

**متى يكون لاختبار TPI أهمية تشخيصية ؟ :**

أصبح دور اختبار TPI في التشخيص محدوداً بعد إدخال اختبار TPHA واختبار FTA – ABS . بيد أن له بعض الأهمية في حال الشك بالإفرنجي الكامن الآجل أو الإفرنجي الثالثي أو الإفرنجي العصبي ، وكذلك إذ أظهرت الاختبارات اللولبية مثل TPHA و FTA – ABS إيجابية ضعيفة جداً أو متضاربة وكانت الاختبارات اللا لولبية سلبية . إذا كان اختبار TPHA غير متفاعل وكان اختبار FTA – ABS متفاعلاً يمكن اللجوء إلى اختبار TPI لتأكيد التشخيص أو نفيه . فمثلاً من الممكن ولأسباب تقنية أن يعطي اختبار FTA – ABS إيجابية كاذبة فإذا كان اختبار TPI سلبياً في هذه الحالة كان المريض غير مصاب بالإفرنجي . قد يكون اختبار TPI إيجابياً في حال الإفرنجي المشخص باكراً والمعالج بنجاح ولكن اختبار الراجنة لا يبدي عياراً عالياً في هذه الحالة ليس من الضروري إعادة المعالجة .

**نتائج الاختبارات الإيجابية من منشأ غير إفرنجي :**

هناك بشكل رئيسي ثلاثة أسباب ممكنة للإيجابية الكاذبة .

١ ـ *النتائج الإيجابية الكاذبة بسبب تقني :* قد يؤدي للنتائج الإيجابية الكاذبة كواشف أصابها شيء من الفساد ، وتعيير غير كاف ، ومراقبة المستضدات بشكل ناقص ، وخطأ في الطريقة .

٢ ـ *الانحرافات الطبيعية :* ينتج بعض الأشخاص الأصحاء ، ولأسباب غير معروفة حتى الآن ، زيادة في الأضداد تؤدي إلى تفاعلات إيجابية كاذبة وتكون الاختبارات اللولبية في هذه الحالة غير متفاعلة .

٣ ـ *النتائج الإيجابية الكاذبة الحيوية* – ***Biological Fales Positive Results*** : تشمل فقط الاختبارات اللا لولبية ، ومن الأحسن تسميتها التفاعلات الحيوية اللا نوعية ، لأن طريقة الاختبار والنتائج كاذبة . إذ تكون الاختبارات المصلية اللا لولبية إيجابية بينما تكون الاختبارات المصلية اللولبية سلبية . قد تبقى الاختبارات اللا نوعية الحيوية إيجابية لأسابيع أو أشهر أو سنين ثم تصبح سلبية بشكل عفوي . ويشاهد هذا بشكل شائع في الأمراض التي تشمل تخرب الأنسجة وتحرر الشحوم وإمكانية تشكل أضداد ذاتية ضد الشحوم . كما يشاهد في الأمراض المرافقة لشذوذ في بروتينات المصل ( زيادة الغلوبولينات ) والذي يؤدي إلى نتائج إيجابية كاذبة في الاختبارات المصلية اللا لولبية . ومن الأمراض المعروفة التي تسبب ذلك : الحمى القرمزية بين اليوم العشرين والثمانية

والأربعين من المرض ، والملاريا الحادة ، والحمى التيفية في المرحلة الحادة ، وكثرة الوحيدات الخمجية ، والحماق ، والارتشاح الرئوي الحمضي ، والأنماط المختلفة من ذات الرئة ، والسل الشديد ، والجذام ( عند حوالي ٤٠٪ من المرضى ) ، والسرطانات ، واضطرابات المناعة الذاتية كالتهاب المفاصل الرثياني ، والذأب الحمامي الجهازي . ويمكن أن تحدث تأثيرات متشابهة أيضاً في الأشهر الأخيرة من الحمل وفي الجلادات اللولبية الأخرى مثل البنتا Pinta واليوز Yaws .

## فحص السائل النخاعي
## Cerebrospinal Fluid Examination :

**الاستطبابات** : يجب فحص السائل النخاعي في المرضى المشكوك إصابتهم بالإفرنجي العصبي والذين يبدون إيجابية الاختبارات المصلية وأعراضاً عصبية غير محددة . كما يجب إجراء هذا الفحص عند المرضى المصابين بالإفرنجي الكامن غير المعالجين أو المعالجين بشكل غير كافٍ . فإذا كان الخمج يرجع إلى أكثر من سنتين وأدى إلى تبدلات في السائل النخاعي يمكن توقع إيجابية التفاعلات خلال ٣ - ٥ سنوات من بدء الخمج . أما إذا بقيت الموجودات في السائل النخاعي طبيعية بعد ٥ سنوات فيكون احتمال إصابة المريض بالإفرنجي العصبي ضئيلة جداً .

**التحريات الأساسية Basic Investigation** : إن تعداد الخلايا الطبيعي في السائل النخاعي هو ٠,٥ . خلية في كل مل . ويصل البروتين الكلي الطبيعي إلى ٤٠ ملغ٪ . وإلى جانب ذلك يجب فحص كثافة الألبومين والغلوبولينات المناعية . لم تعد تستعمل الاختبارات القديمة لمعايرة نوعية البروتينات مثل اختبار Nonne - Apelt and Pandy والاختبارات الغروانية . يحدث بالطبع زيادة في تعداد الخلايا وتركيز البروتينات في أي شكل من أشكال الالتهاب في السائل النخاعي . لذا تكون قيمتها التشخيصية محدودة . إذ لوحظ أنه في ٣٠٪ من المرضى المصابين بالإفرنجي العصبي في المرحلة الفعالة يكون تعداد الخلايا وتركيز البروتينات في السائل النخاعي ضمن الحدود الطبيعية .

## اختبارات السائل النخاعي المصلية
## Serological CSF Test :

يكفي لإجراء التحريات المصلية ٣ - ٥ مل من السائل النخاعي . ويجب أن يؤخذ مباشرة للفحص وأن يكون غير ملوث بالدم . يمكن تطبيق جميع اختبارات الإفرنجي المصلية على السائل النخاعي واستعمال نفس الكواشف مع تعديل بسيط فقط في الطريقة . تستعمل اختبارات TPHA و VDRL كاختبارات للتقصي في حين يستعمل اختبار 19S IgM FTA - ABS - بشكل شائع كاختبار مؤكد . ومن النادر جداً حدوث BNR في السائل النخاعي .

**الاختبارات اللا لولبية Nontreponemal Test :**

*اختبار VDRL* : لإجراء هذا الاختبار على السائل النخاعي نستعمل ضعف كمية المستضد . ويمكن لإيجابية اختبار VDRL أن تشكل دليلاً على الإصابة بالإفرنجي العصبي حتى في غياب المظاهر السريرية رغم أن نتائج اختبار VDRL تكون سلبية عند ٣٠ - ٤٠٪ من المرضى المصابين بالإفرنجي العصبي . لذا يجب أن تؤكد نتيجة اختبار VDRL على السائل النخاعي بإجراء اختبار لولبي واحد على الأقل إضافة للاختبار السابق .

**الاختبارات اللولبية Treponemal Test :**

*اختبار TPHA* : تدل إيجابية هذا الاختبار على السائل النخاعي على الإصابة بالإفرنجي العصبي . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار التراص الدموي الإيجابي دون الحد الأدنى من التمديد ( ١ : ١٠ ) ، إذا كان الحاجز الدموي - السائل النخاعي سليماً . تدل المعايير الأعلى في اختبار TPHA و FTA - ABS على حدوث الإفرنجي في الجهاز العصبي .

*اختبار FTA - ABS* : يسلك هذا الاختبار نفس سلوك اختبار TPAH في السائل النخاعي رغم أن المعايرة الكمية هي أصعب في هذا الاختبار منها في اختبار TPHA . إن سلبية اختبار TPHA و FTA - ABS ينفي الإصابة بالإفرنجي العصبي .

*اختبار 19S IgM FTA - ABS* : يمكن لهذا الاختبار الكشف عن الأضداد IgM المناعية النوعية في السائل النخاعي في حال الإصابة الفعالة بالإفرنجي العصبي .

**الطرق الحديثة التشخيصية للسائل النخاعي في الإفرنجي العصبي** : يجب إجراء الاختبارات المصلية كاملة مع إجراء التحريات المصلية للسائل النخاعي بما فيها اختبار 19S IgM وتحديد تركيز الألبومين والغلوبولينات المناعية في السائل النخاعي والمصل . وبمقارنة الموجودات في المصل والسائل النخاعي يمكن توضيح وظيفة الحاجز الدموي - السائل النخاعي وتشكل أضداد أصلية في الجهاز العصبي .

*حاصل الألبومين Albumin Quotient* : يحدد وظيفة الحاجز الدموي - السائل النخاعي التي يمكن أن نحصل عليها بنسبة :

$$\frac{\text{ألبومين السائل النخاعي ( ملغ/١٠٠ مل )}\ ١٠^{٣}}{\text{ألبومين المصل ( ملغ/١٠٠ مل )}}$$

. تعتبر القيم الأكثر من ثمانية مرضية وتدل على حدوث إفرنجي نوعي . بينما تدل المقادير من ٣ - ٨ على عدم اضطراب الوظيفة الحاجزية .

مَنْسَب TPHA Index TPHA : يحسب من :

$$\frac{\text{عيار TPHA في السائل النخاعي}}{\text{حاصل الألبومين}}$$

يدل منسب TPHA أكبر من ١٠٠ على الإفرنجي في الجهاز العصبي . أما المنسب الأعلى من ٥٠٠ فيدل بشكل واضح على الإفرنجي العصبي .

**موجودات السائل النخاعي بعد المعالجة الناجحة** : يجب مراقبة السائل النخاعي مرتين على الأقل بفاصلة سنة بعد معالجة الإفرنجي العصبي . يعود تعداد الخلايا إلى القيم الطبيعية بعد ستة أشهر من المعالجة عادة ولكن يبقى مقدار بروتينات السائل النخاعي مرتفعاً لعدة سنوات . تنقص فعالية اختبار VDRL كمياً وبشكل تدريجي . يعتقد Langer (1983) أنه إذا أصبح اختبار TPHA بعد سنتين من المعالجة الجيدة سلبياً ، أو إذا نقص عياره بشكل ملحوظ ، بينما تكون علامات الفعالية المرضية الأخرى غائبة ( تعداد الخلايا الطبيعي وتركيز البروتينات طبيعي ) ، فهذا يدل على المعالجة الناجعة أو الشفاء العفوي للإفرنجي العصبي .

**المعالجة :**

**البنسلين** : هو أكثر الأدوية فعالية في جميع مراحل الإفرنجي . فهو يؤدي إلى موت اللولبيات الشاحبة وينفذ إلى جميع سوائل الجسم ويمر إلى السائل النخاعي ويجتاز الحاجز المشيمي ( هناك فوارق بين مختلف أنماط البنسلين بالنسبة لاجتياز المشيمة ) . يمكن أن يستعمل البنسلين أيضاً في الإفرنجي العصبي والإفرنجي الولادي والحمل . يكون البنسلين فعالاً بالزجاج بنسبة ٠,٠٠٢٥ وحدة/مل وهو قاتل للولبيات في الدم بنسبة ٠,٠٣ وحدة/مل . وتعتبر درجة التركيز في الدم بنسبة ٠,٠٧٨ وحدة/مل في حدها الأعلى . يجب أن يبقى تركيز الدواء في الدم محافظاً على سوية فعالة لمدة طويلة بشكل كاف لقتل الجراثيم في سوائل الجسم والأعضاء والنسج والدم . ولهذا السبب يفضل استعمال المشتقات ذات التأثير المستمر والتي تتألف عادة من مكونات منحلة بالماء ومكونات مدخرة ، وبذلك يبقى مستوى البنسلين عالي بشكل كاف ولمدة طويلة من الزمن . تنقسم اللولبيات الشاحبة كل ٣٣ ساعة تقريباً . وتستطيع اللولبيات الحية بانقسامها المستمر أن تعوِّض تركيب أنظيات الببتيد المخاطي Mucopeptide المثبطة بتشكل المعقد مع البنسلين . وإذا انخفض تركيز البنسلين إلى ما دون قيمة عتبة المعالجة السوية Eutherapeutic ، فإن اللولبيات تبقى حية ويمكنها أن تعود إلى تركيب الببتيدات المخاطية دون أي اضطراب . تتطلب معالجة الإفرنجي الباكر مدة لا تقل عن الأسبوعين مع تركيز مستمر للدواء في المصل بنسبة ٠,٠٣ وحدة/مل على الأقل . أما في الإفرنجي المتأخر فيجب أن تستمر المعالجة من ٣ إلى ٤ أسابيع على الأقل لتجنب فشل المعالجة . تعزى عودة ظهور علامات الإفرنجي إما إلى النكس ( نادر ) أو إلى عودة الخمج ( شائع ) .

**تفاعل هيركسهايمر Herxheimer's Reaction** : ويحدث في المعالجة البدئية للإفرنجي وبخاصة عندما تكون اللولبيات غزيرة ( المرحلة المتأخرة من الدور الأول ، والدور الثاني ، والإفرنجي الولادي الباكر ) . يؤدي فعل البنسلين القاتل للولبيات إلى تلفها السريع والذي يتصف بتأثيرات جهازية سمية وباشتداد تظاهرات الإفرنجي الموجودة . يمكن أن يحدث خلال ثماني ساعات من الزرقة الأولى للبنسلين ترفع حروري يصل إلى أربعين درجة مئوية مع عرواء واشتداد الطفح الإفرنجي . قد تحدث نفس الظاهرة في الأشكال البؤرية من الإفرنجي مثل التهاب المتوسطة الشريانية الأبهرية حيث قد يؤدي إلى تمزق الأبهر والموت المفاجىء . يُستَحب حدوث الترفع الحروري لأنه يساعد في تلف الجراثيم . يمكن تخفيف الأعراض بزرق الكورتيكوستيروئيد ( ٦٠ – ١٠٠ ملغ من البريدنيزولون بالعضل أو بالوريد ) قبل أو مع الجرعة الأولى من البنسلين . تتبع المعالجة بالستيروئيدات العوامل الفردية ( المريض القلق ، أدواء دورانية معروفة ... ) يجب مراقبة كل مريض بإشراف طبي لمدة عدة ساعات بعد الجرعة الأولى من البنسلين .

**الطرق العلاجية Therapeutic Regimen :**

أثبت البنسلين كفاءته في معالجة الإفرنجي خلال أربعين عاماً . فهو فعال جداً وغير سام وتأثيراته الجانبية نادرة ( أقل من ١٪ ) . ولم تشاهد مقاومة العامل الممرض له . يتدخل البنسلين في تركيب الببتيد المخاطي في جدار الخلية الجرثومية . يجب ألا ينخفض مستوى البنسلين في الدم دون ٠,٠٣ وحدة/مل . ولا يوجد للإفرنجي معالجة موحدة عالمياً .

تختلف المعالجة ومدتها حسب الحالات والدور الذي تتواجد فيه .

**المعالجة المعيارية Standard Treatment :**

**المادة** : البنسلين G .

**المستحضر** : ١ × ١٠^٦ وحدة بنسلين G ( غالباً ممزوجة مع ملغ ليدوكائين هيدروكلورايد ) .

**المقدار الدوائي** : ١ × ١٠^٦ وحدة بنسلين G زرقاً عضلياً ولمدة أربعة عشر يوماً في الإفرنجي الباكر ، ولمدة ٢١ يوماً في الإفرنجي المتأخر ، ولمدة ٢٨ يوماً في الإفرنجي العصبي .

**مضادات الاستطباب** : الأرج للبنسلين أو للبروكائين .

**المعالجة البديلة Alternative Treatment :**

**المادة** : بنسلين G بنزاتين . لا يفيد في الإفرنجي العصبي .

**المستحضر** : ١,٢ × ١٠^٦ وحدة بنسلين بنزاتين ( غالباً ممزوجاً مع ٨٠ ملغ تولي كائين هيدروكلورايد Tolycaine HCl .

**المقدار الدوائي** : بسبب تأخر امتصاص البنزاتين يكفي الزرق العضلي الأسبوعي ٢,٤ × ١٠^٦ وحدة من بنسلين G بنزاتين . يزرق في الإفرنجي الباكر ٢,٤ × ١٠^٦ وحدة في الإلية اليمنى في اليوم الأول وفي الإلية اليسرى في اليوم الثامن . أما في الإفرنجي المتأخر فتعطى الزرقات في اليوم الأول والثامن واليوم الرابع عشر .

**مضادات الاستطباب ( موانع الاستعمال )** : الأرج للبنسلين والليدوكائين والتولي كائين .

**معالجة المرضى المصابين بأرج البنسلين :**

ينصح باستعمال التتراسكلين والإريترومايسين عند المرضى المصابين بأرج البنسلين . لا توجد خبرة كافية لمعرفة فعالية الصادات الأخرى مثل السيفالوسبورين والدوكسي سيكلين والسبيرامايسين والكلورامفينيكول . إن اللولبيات الشاحبة غير حساسة للستربتومايسين والجانتامايسين أو السبكتينومايسين .

**المعالجة بالتتراسكلين عن طريق الفم :**

**المادة** : تتراسكلين هيدروكلورايد .

**المقدار الأولي** : ٥٠٠ ملغ عن طريق الفم كل ٦ ساعات ( ٢ غ/يومياً ) دون انقطاع . وبما أن امتصاص التتراسكلين من الأنبوب الهضمي يتأثر بالكالسيوم والمغنيزيوم والألمنيوم والحديد الموجود في الغذاء ( منتجات الحليب مثلاً ) ، كان من الواجب أن تؤخذ المحافظ قبل ساعة من تناول الطعام أو بعده بساعتين . يعطى الدواء لمدة أسبوعين في الإفرنجي الباكر ولمدة شهر في الإفرنجي المتأخر .

**مضادات الاستطباب** : يجب تجنب إعطاء التتراسكلين لمعالجة الإفرنجي أثناء الحمل وفي الإفرنجي الولادي الباكر بسبب تأثيراته الجانبية على تشكل الأسنان والعظام . ومن مضادات الاستطباب أيضاً الأرج للتتراسكلين .

**المعالجة بالتتراسكلين زرقاً وريدياً** : يمكن اللجوء لهذه المعالجة في حال عدم تعاون المريض . ويجب أن يكون الاستطباب هنا محدوداً جداً بسبب احتمال حدوث التهاب وريد خثاري مكان الحقن .

**المادة** : أوكسي تتراسكلين .

**المستحضر** : حبابة تحتوي على ٢٥٠ ملغ أوكسي تتراسكلين .

**المقدار الدوائي** : يزرق في الوريد ٢٥٠ ملغ كل ١٢ ساعة دون انقطاع ولمدة ١٤ يوماً في الإفرنجي الباكر ، ولمدة ٢١ يوماً في الإفرنجي المتأخر .

**مضادات الاستطباب** : الإفرنجي أثناء الحمل ، الإفرنجي الولادي الباكر ، الأرج للتتراسكلين والوهن العضلي الوخيم .

**المعالجة بالإريترومايسين عن طريق الفم** : لقد ثبتت فعالية الإريترومايسين في معالجة الإفرنجي غير أنه لا توجد خبرة كافية في معالجة الإفرنجي العصبي .

**المادة** : الإريترومايسين : يجب ألا يوصف الإريترومايسين إيستوليت Estolate بل مركبات أخرى مثل الإريترومايسين إتيل سوكسينات والستيريت Stearate . ويناسب استعماله أثناء الإرضاع والإفرنجي الولادي الباكر .

**المستحضرات** : حبوب مغلفة بالسكر ٢٥٠ ملغ . مضغوطة ٥٠٠ ملغ ( إريترومايسين ستيريت ) ، مضغوطة ٤٠٠ ملغ ( إريترومايسين إتيل سوكسينات ) .

**المقدار الدوائي** : **يعطى ٥٠٠ ملغ عن طريق الفم كل ٦ ساعات دون انقطاع ( ٢ غ يومياً ) أو مقدار معادل من** المضغوطات . كما يعطى ٤٠٠ ملغ لمدة ١٥ يوماً في الإفرنجي الباكر ولمدة ثلاثين يوماً في الإفرنجي المتأخر .

**مضادات الاستطباب** : الأرج للإريترومايسين .

## معالجة الإفرنجي القلبي الوعائي Cardiovascular Syphilis :

يجب معالجة الإفرنجي القلبي الوعائي إذا كان ممكناً بمستحضرات البنسلين G المنحل بالماء . ينصح باستعمال بنسلين G بروكائين أو كليميزول Clemizole بنسلين G . يجب أن تكون مدة المعالجة ثلاثة أسابيع على الأقل ويفضل أن تكون أربعة ، والمقدار مماثل لمعالجة الإفرنجي الباكر . ويجب إشراك المعالجة بالستيروئيدات القشرية Glucocorticoid إذا كان هناك خطر حدوث تفاعل هركسهايمر ( أم دم أبهرية ) .

## معالجة الإفرنجي العصبي Neurosyphilis :

يجب أن يكون تركيز البنسلين في السائل النخاعي والنسيج العصبي الدماغي والنخاع الشوكي كاف لقتل العوامل الممرضة . ويتحقق ذلك بإعطاء البنسلين G بروكائين أو الكليميزول بنسلين بمقدار يومي ١ × ١٠^٦ وحدة دولية ولمدة ٤ أسابيع . يمكن إعطاء بنسلين G المنحل بالماء بمقدار مرتفع . يدخل المريض إلى المستشفى ويسرّب ١٢ ــ ٢٤ × ١٠^٦ وحدة دولية أو أكثر ( حتى ٦٠ × ١٠^٦ وحدة دولية ) من البنسلين G المنحل بالماء يومياً مجزأة على أربع جرعات بفاصل ست ساعات ولمدة عشرة أيام .

ثم تتابع المعالجة بالبنسلين G بنزاتين ٢,٤ × ١٠^٦ وحدة دولية زرقاً عضلياً أسبوعياً ولمدة ثلاثة أسابيع . لا توجد معالجة واحدة للإفرنجي العصبي . يستجيب الإفرنجي العصبي اللا عرضي والإفرنجي السحائي الوعائي جيداً للمعالجة المذكورة سابقاً . بينما تكون الاستجابة في الشلل تابعة لشدة الأعراض ومدة الداء . لذلك قد يتطور ضمور العصب البصري والصمم حتى بعد المعالجة بالصادات . يجب الفحص المتكرر للسائل النخاعي .

## الإفرنجي والحمل Syphilis and Pregnancy :

يجب معالجة الإفرنجي فوراً إذا شخص أثناء الحمل . والدواء النوعي هو البنسلين لأنه يجتاز الحاجز المشيمي إلى الجنين . أما عند الأشخاص الأرجيين للبنسلين يعطى الإريترومايسين كما ذكر سابقاً . ويبدو أن المعالجة بالإريترومايسين سليمة بالنسبة للأم وطفلها ولكن نسبة نجاح المعالجة ليست تامة ، لذا يفضل استعمال البنسلين إن أمكن . يجب عدم استعمال التراسكلين ( بسبب ترسبه وتخريبه الدائم للأسنان والعظام . كما أن الإريترومايسين إيستوليت يسبب تأثيرات جانبية على الأم والجنين . يجب مراقبة الأم شهرياً أثناء الحمل بعد إنهاء معالجة الإفرنجي وذلك بإجراء الاختبارات اللا لولبية الكمية ( اختبار VDRL مثلاً ) . إذا ارتفع العيار بعد التمديد أربع مرات يجب إعادة المعالجة . يجب مراقبة الأم والوليد بعد الولادة بإجراء الاختبارات المصلية 19S IgM FTA – ABS .

ليس من الضروري إعادة المعالجة كإجراء وقائي أثناء الحمل وإذا كانت الأم قد عولجت بشكل جيد قبل الحمل وبقيت الاختبارات المصلية اللا لولبية كعيار ثابت أو إذا لم يرتفع عيار اختبارات المستضد الشحمي بعد التمديد مرتين .

يجب إجراء اختبار IgM FTA – ABS عند الوليد بعد الولادة مباشرة . يكون الاختبار غير متفاعل إذا كانت الوالدة قد عولجت بشكل جيد . إذ تختفي الأضداد IgG اللولبية واللا لولبية المنتقلة من الأم بشكل عفوي خلال ثلاثة أشهر ويجب معالجة الوليد إذا اكتشفت لديه الأضداد IgM .

## الولدان مع موجودات طبيعية في السائل النخاعي Newborns with normal CSF Findings :

إذا دلت الموجودات السريرية والمصلية في الولدان على إصابتهم بالإفرنجي الولادي الباكر ، وكانت موجودات السائل النخاعي طبيعية ، فإنه يكفي المعالجة بجرعة وحيدة من البنسلين ج بنزاتين ومقدارها ٥٠٠٠٠ وحدة/كغ بالحقن العضلي .

**مضادات الاستطباب** : في حالة عدم تحمل البنسلين ، يجب أن يستعاض بالإريترومايسين . وتعتبر المعالجة بالتراسكلين من موانع الاستعمال .

## الولدان مع موجودات شاذة في السائل النخاعي :

إذا كانت موجودات السائل النخاعي غير طبيعية يجب المعالجة بالبنسلين G الذواب بالماء ( بنسلين G صوديوم ) ٥٠,٠٠٠ وحدة دولية/كغ زرقاً عضلياً أو وريدياً يومياً مقسمة إلى جرعتين ولمدة عشرة أيام على الأقل . أو المعالجة بالبنسلين G الذواب بالماء – بروكائين والبنسلين G صوديوم ٥٠,٠٠٠ وحدة/كغ زرقاً عضلياً أو وريدياً ولمدة عشرة أيام على الأقل .

يجب متابعة المريض ومراقبته بإجراء اختبار VDRL في الشهر الثالث والسادس والثاني عشر ثم سنوياً ولمدة خمس سنين بعد المعالجة . يمكن تأكيد شفاء الإفرنجي بإجراء اختبار 19S IgM FTA – ABS بعد سنة وسنتين من إنتهاء المعالجة .

**مضادات الاستطباب** : إذا كان هناك أرج للبنسلين نلجأ للمعالجة بالإريترومايسين أو التراسكلين حسب الوزن ولكن بمقدار يساوي مقدار الكهل . يجب عدم إعطاء التراسكلين عند الأطفال الأقل من ثماني سنوات من العمر .

**الجدول ٤ – ٣ : الموجودات المصلية في مختلف مراحل الإفرنجي التي تحتاج للمعالجة**

| | |
|---|---|
| المرحلة البدئية والمرحلة الباكرة من الإفرنجي الثانوي | اختبار VDRL إيجابي<br>العيار ≥ ٤ ( عيار VDRL )<br>اختبار TPHA إيجابي<br>اختبار IgM FTA ABS إيجابي |
| المرحلة الباكرة من الإفرنجي الثانوي<br>عودة الخمج<br>الإفرنجي الولادي | اختبار VDRL إيجابي<br>العيار ≥ ٤ ( عيار VDRL )<br>اختبار TPHA إيجابي<br>اختبار 19S IgM FTA – ABS سلبي ( أ )<br>اختبار 19S IgM FTA – ABS إيجابي<br>اختبار SPHA إيجابي |
| المرحلة المتأخرة من الإفرنجي الثانوي<br>الإفرنجي الكامن<br>الإفرنجي الثالثي<br>الإفرنجي العصبي | اختبار VDRL إيجابي<br>عيار ≥ ٤<br>اختبار TPHA إيجابي<br>اختبار IgM FTA – ABS سلبي<br>اختبار 19S IgM FTA – ABS إيجابي ( أ )<br>اختبار SPHA إيجابي |

أ ) يثبط اختبار IgM FTA – ABS في هذه الحالات بسبب زيادة الأضداد IgG النوعية للولبية في المصل الكامل .

**الجدول ٤ – ٤ : الموجودات المصلية للإفرنجي الذي لا يحتاج إلى المعالجة ( معالجة كافية أو شافية )**

| إيجابي أ | سلبي ب |
|---|---|
| اختبار VDRL | عيار VDRL |
| اختبار TPHA | اختبار IgM FTA – ABS |
| اختبار IgG FTA – ABS | اختبار 19S IgM FTA |
| اختبار TPI | |

**أ – تبقى هذه الاختبارات إيجابية مدى الحياة غير أن هذا لا يتطلب معالجة .**

**ب – في الحالات الفردية تصبح هذه التفاعلات غير قابلة للكشف وتتبع مرحلة الحمج التي بدأت بها المعالجة .**

يصبح اختبار VDRL سلبياً بعد ٦ أشهر من المعالجة المناسبة للإفرنجي البدئي ، ولكن ليس قبل سنتين من معالجة المرحلة الباكرة من الإفرنجي الثانوي . يمكن أن يبقى اختبار VDRL إيجابياً لمدة أكثر من أربع سنوات بعد معالجة الإفرنجي الثالثي . يصبح اختبار 19S IgM FTA – ABS سلبياً خلال سنة إلى سنتين بعد المعالجة الناجحة للإفرنجي البدئي أو الثانوي . لم يدرس حتى الآن سلوك الأضداد IgM النوعية للولبية بعد معالجة الإفرنجي الثالثي .

**الجدول ٤ – ٥ : المراحل السريرية للإفرنجي والموجودات المصلية**

| المراحل السريرية | الطرق | | | | الاختبارات الخاصة |
|---|---|---|---|---|---|
| | التفاعلات المصلية اللاولبية RPRC – VDRL | التفاعلات اللولبية | | | |
| | | FTA – ABS | TPHA | 19SIgM FTA – ABS | TPI |
| الإفرنجي الباكر غير المعالج سلبي التفاعلات المصلية المرحلة I | غير متفاعلة Non Reactive | متفاعلة بشكل ضعيف إلى متفاعل | متفاعلة بشكل ضعيف إلى متفاعلة | متفاعل | غير متفاعل |
| الإفرنجي الباكر غير المعالج إيجابي التفاعلات المصلية المرحلة I | ارتفاع العيار ، متفاعل | متفاعل | متفاعل | متفاعل | غير متفاعل إلى متفاعل ضعيف |
| الإفرنجي الباكر غير المعالج المرحلة II والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في المرحلة الكامنة الباكرة | متفاعل عيار عالٍ | متفاعل | متفاعل | متفاعل | متفاعل |
| الإفرنجي الآجل غير المعالج المرحلة II الإفرنجي العصبي والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في المرحلة III المتأخرة من الإفرنجي الكامن | متفاعل إلى غير متفاعل ٣٠٪ عيار عالٍ إلى منخفض | متفاعل | متفاعل | متفاعل ضعيف | متفاعل |
| الإفرنجي الولادي غير المعالج الإفرنجي الولادي الباكر الإفرنجي الولادي المتأخر | متفاعل عيار أعلى مما هو في الأم | متفاعل | متفاعل | متفاعل | متفاعل |
| الإفرنجي الباكر المعالج جيداً المرحلة | غير متفاعل إلى متفاعل | غير متفاعل إلى متفاعل | غير متفاعل | غير متفاعل إلى متفاعل | غير متفاعل إلى متفاعل ضعيف |
| الإفرنجي المعالج جيداً المرحلة II والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية في مرحلة الكمون الباكرة | غير متفاعل إلى متفاعل | متفاعل | متفاعل | غير متفاعل | متفاعل |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| الإفرنجي الآجل المعالج جيداً المرحلة III والإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية المرحلة III من مرحلة الكمون الآجلة | غير متفاعل إلى متفاعل | متفاعل | متفاعل | غير متفاعل | متفاعل |
| الإفرنجي العصبي المعالج جيداً | غير متفاعل إلى متفاعل | متفاعل | متفاعل | غير متفاعل | متفاعل |
| لا يوجد إفرنجي ولادي عند الوليد ، انتقلت الأضداد IgG من الأم المصابة بالإفرنجي | متفاعل ، العيار عالي كما هو عند الأم ولكنه آخذ بالتناقص | متفاعل | متفاعل | غير متفاعل | متفاعل |
| الإفرنجي الولادي الباكر | متفاعل | متفاعل | متفاعل | متفاعل | متفاعل |
| عودة الخمج غير المعالج مع أو دون أعراض سريرية | متفاعل ، ارتفاع في العيار | متفاعل | متفاعل | متفاعل ارتفاع في العيار | متفاعل |

**الإفرنجي الولادي الآجل Late Congenitals :**

معالجته كمعالجة الإفرنجي الآجل .

**المنطـار المصـلي ( المراقبـة المصـليـة ) Serological Monitoring :**

يجب متابعة كل مريض عولج لإصابته بالإفرنجي بإجراء الاختبارات الكمية للتفاعلات اللا لولبية للمراقبة ( اختبار VDRL ) في الشهر الثالث والسادس والثاني عشر ثم كل سنة ولمدة خمس سنوات بعد انتهاء المعالجة . إذا استعملت مستحضرات أخرى غير البنسلين في المعالجة يجب أن تكون المراقبة السريرية والمصلية دقيقة ( وتشمل فحص السائل النخاعي ) . تستغرق الاختبارات اللا لولبية من ٨ – ١٢ شهراً لتبدي انخفاضاً في عيارها . وكلما طالت مدة الإصابة بالإفرنجي كلما طالت مدة إيجابية التفاعلات المصلية . ينبغي متابعة مريض الإفرنجي العصبي لمدة أطول ، وهي على الأقل ثلاث سنوات وبفترات قصيرة ، ومن ثم كل ستة أشهر مع إجراء فحوص منتظمة للسائل النخاعي .

**عودة الخمج Reinfeetion :**

من النادر جداً حدوث نكس في الإفرنجي ، وعادة ما يكون هناك عودة الخمج . تكون عودة الخمج بالإفرنجي أكيدة أو محتملة جداً إذا ظهر بعد المعالجة الجيدة والكافية ما يلي :

– ظهور أعراض جديدة للإفرنجي .
– ارتفاع عيار الاختبارات المصلية اللالولبية بعد التهديد أكثر من أربع مرات .
– إذا لم ينخفض العيار العالي الكمي المراقب في الاختبارات المصلية اللالولبية بأكثر من أربع درجات خلال سنة .

**إن خطة العلاج في حال عودة الخمج هي نفسها في معالجة الخمج البدئي .**

**التـوصيـات العـلاجيـة الأخرى Other Therapeutic Recommendations :** توجد توصيات علاجية مختلفة في الولايات المتحدة الأميركية وفي نشرة منظمة الصحة العالمية . على سبيل المثال هناك كتيب عن « الإرشادات العلاجية الموصى بها لمعاجة الإفرنجي » أصدرتها مراكز مراقبة الأمراض – القسم الصحي وخدمة الإنسان في أطلنطا . وقد ورد في هذا الكتيب الإرشادات العلاجية التالية والتي تختلف عن تلك التي ذكرت سابقاً .

يعطى في الإفرنجي الذي تكون **مدته أقل من سنة** ( الدور I, II ، الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية ) البنسلين G بنزاتين جرعة كاملة تساوي ٢,٤ × ١٠^٦ وحدة دولية عضلياً ( في الإليتين اليمنى واليسرى ) كجرعة وحيدة ، أو بنسلين G بروكائين منحل بالماء بمقدار كلي ٤,٨ × ١٠^٦ وحدة دولية ، حيث يعطى ٦٠٠,٠٠٠ وحدة دولية يومياً زرقاً عضلياً لمدة ثمانية أيام دون انقطاع . يعطى في الإفرنجي الذي تجاوزت **مدته السنة** ( الدور الثاني ، الإفرنجي الكامن إيجابي التفاعلات المصلية مدته أكثر من سنة ، الإفرنجي الوعائي القلبي ، الإفرنجي العصبي ) بنسلين G بنزاتين بمقدار كلي ٧,٢ × ١٠^٦ وحدة دولية بمعدل ٢,٤ × ١٠^٦ وحدة دولية زرقاً عضلياً ( في الأليتين اليمنى واليسرى ) مرة في الأسبوع ولمدة ثلاثة أسابيع ؛ أو بنسلين G بروكائين منحل بالماء ٩ × ١٠^٦ وحدة دولية كمقدار كامل بمعدل ٦٠٠,٠٠٠ وحدة دولية يومياً لمدة ١٥ يوماً دون انقطاع . تنصح منظمة الصحة العالمية أن يكون مستوى البنسلين في المصل ٠,٠٣ وحدة دولية/مل لمدة ٧ – ١٠ أيام على الأقل في معالجة الخمج باللولبيات . يمكن

الحصول على هذا المستوى من البنسلين في المصل بإعطاء ٠,٣ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية من البنسلين G بروكائين في زيت الفول السوداني مع الألمنيوم وحيد السيتارات ( ولكن يمكن بهذه الطريقة المحافظة على مستوى البنسلين المصلي المطلوب لمدة ٣ – ٤ أيام فقط ) . يمكن بإعطاء جرعة واحدة ٠,٣ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين المحافظة على مستوى البنسلين المطلوب لمدة سبعة أيام . ويمكن بإعطاء جرعة وحيدة ٢,٤ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين أن نحافظ على المستوى المطلوب للبنسلين في المصل لمدة ٣ – ٤ أسابيع ، إذا انخفض مستوى البنسلين دون العتبة ٠,٠٣ وحدة دولية/مل ولمدة ٢٤ – ٣٠ ساعة . يمكن للولبيات أن تتكاثر من جديد .

تحدد منظمة الصحة العالمية توصياتها للمعالجة كالتالي :

*الإفرنجي الباكر :* ( الدور II, I والكمون الباكر لأقل من سنتين : يعطى جرعة واحدة ٢,٤ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين زرقاً عضلياً أو ٠,٦ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية من البنسلين G بروكائين المائي زرقاً عضلياً ولمدة ١٠ أيام ، ( المقدار الكامل ٦ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية ) .

*الكمون الآجل أو الإفرنجي الآجل السليم :* ( مدته أكثر من سنتين ) : يعطى ٢,٤ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية من البنسلين G بنزاتين زرقاً عضلياً مرة أسبوعياً ولمدة ثلاثة أسابيع متتالية ( المقدار الكلي ٧,٢ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية ) ، أو ٠,٦ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية بنسلين G بروكائين مائي زرقاً عضلياً يومياً ولمدة خمسة عشر يوماً متتالية ، ( المقدار الكلي ٩ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية ) .

*الإفرنجي القلبي الوعائي والإفرنجي العصبي :* بما أن البنسلين G بنزاتين يؤدي إلى مستوى منخفض من البنسلين في السائل النخاعي وله تأثير مشكوك به على التبدلات الوعائية ، ينصح باستعمال البنسلين المائي G بروكائين فقط لمعالجة الإفرنجي القلبي الوعائي والإفرنجي العصبي بمقدار ٠,٦ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية زرقاً عضلياً لمدة عشرين يوماً متتالياً ، ( المقدار الكلي ١٢ × ١٠$^{٦}$ وحدة دولية ) .

*الإفرنجي الولادي :* يستعمل البنسلين G بروكائين المائي زرقاً عضلياً ولمدة عشرة أيام متتالية بمقدار ٥٠,٠٠٠ وحدة دولية/كغ من الوزن أو بنسلين G بنزاتين زرقاً عضلياً وبمقدار ٥٠,٠٠٠ وحدة دولية/كغ من الوزن .

**الحاجة إلى التبليغ Notification Requirement** : يجب التبليغ عن الإفرنجي في جميع البلاد . تساعد السلطات الصحية في تحديد الشريك الجنسي وتأمين المعالجة الكافية .

## اليوز ( الداء العلّيقي ) Yaws

*المترادفات :* Parangi, Parru, Bouba, Pian, Frambesia .

**التعريف** : داء اللولبية المزمن له علاقة بالإفرنجي وهو خمجي غير زهري وغير ولادي . يتصف بالمراحل الثلاثة التالية : القرح أو الحبيبوم البدئي ( اليوز الأم ) ، المرحلة الباكرة غير المخربة ، والمرحلة الآجلة المخربة مع تبدلات جلدية وعظمية وسمحاقية . وقد تؤدي التظاهرات المتأخرة إلى عجز فيزيائي شديد .

**العامل الممرض** : هو اللولبيات الرقيقة Pertenue ( كاستيلاني ١٩٠٥ ) يشبه شكلها اللولبيات الشاحبة . توجد مناعة متصالبة بين الإفرنجي واليوز . يبدي المرضى المصابون باليوز مناعة جزئية للإفرنجي وقلما يخمج المرضى المصابون بالإفرنجي باليوز ، وقد استطاع نوغوشي Noguchi من زرع هذه الجراثيم ونقلها إلى القردة والأرانب .

**الوَبَئيات Epidemiology** : يشاهد اليوز بين مدار السرطان ومدار الجدي (Capricorn) ويشمل الجزر الكاريبية ، وأمريكا المدارية ، وإفريقيا الإستوائية ، والهند ، وسيريلانكا ، وماليزيا ، وأندونيسيا ، وتايلاند ، وكامبوديا ، وفيتنام ، وشمال أوستراليا ، والفيليبين وبعض جزر جنوب المحيط الهادي . وتشيرُ التقديرات إلى أن خمسين مليون شخص مصابون باليوز . وبعكس الإفرنجي الذي يحدث بشكل رئيسي في المدن ، يشاهد اليوز في المناطق الريفية حيث يكون مستوى المعيشة منخفضاً . وتساعد الحرارة والرطوبة في انتشاره . « يبدأ اليوز حيث تنتهي الشوارع » . ورغم أن الإفرنجي واليوز يبديان بعض المظاهر المشتركة إلا أنه ثمة فوارق سريرية ووبئية واضحة بينهما . ليس داء اليوز ( العليقي ) مرضاً زهرياً ، ولا يحدث ولادياً ، وغالباً ما يصيب الأطفال ولا يؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز القلبي الوعائي في الدور الثالث . تتوضع الآفة البدئية عادة خارج المناطق التناسلية .

يتم الانتقال من شخص إلى آخر بالتماس المباشر . ولم تثبت إمكانية انتقاله عن طريق ذبابة هيبلاتس باليبس Hippelates Pallipes .

**الموجودات السريرية** : هناك ثلاث مراحل سريرية .

*المرحلة الأولى :* بعد فترة حضانة تستمر ثلاثة أسابيع تقريباً تظهر الآفة البدئية في أي مكان من الجلد ولكن غالباً ما تكون على الساق تحت الركبة . قد تصاب الأمهات بالخمج في أي مكان من الجسم بالتماس المباشر مع أطفالهن . كما يصاب الأطفال أيضاً بالتماس بأمهاتهم المريضات ، وعادة ما تتوضع الآفة البدئية

في الفم أو ما حوله . يتظاهر اليوز عند الأم بحطاطة أو مجموعة من الحطاطات مع ارتشاح التهابي يتطور بسرعة ليشكل قرحة ، أو آفة حليمومية كمثية عليقية الشكل ؛ تختلف عن الآفة البدئية في الإفرنجي بكونها طرية ويمكن أن تصبح كبيرة نسبياً ، تنضح القرحة بغزارة ويكون النضح غنياً باللولبيات الرقيقة التي يكشفها بسهولة الفحص مجهرياً بالساحة المظلمة .

تحدث ضخامة في العقد اللمفية الناحيّة عند غالبية المرضى . تكون العقد اللمفية صغيرة أو كبيرة ، قاسية وغير مؤلمة ولا تتنوسر . تحدث أعراض عامة مثل الترفع الحروري والآلام المفصلية . تستمر الآفة البدئية عدة أشهر وتشفى بشكل كامل تاركة ندبة ناقصة أو مفرطة التصبغ .

*المرحلة الثانوية* ***Secondary Stage*** : تظهر بعد ٣ – ١٢ شهراً من بدء الخمج آفات حطاطية ومتقرحة حبيبومية على شكل توت الأرض « توت الفريز **Raspberry – like** » ( اليوز البنت )، وتكون غنية بالعوامل الممرضة . وتكون الآفات المنتشرة متناظرة . يشاهد نمطان من السير السريري ، آفات كبيرة تشبه اليوز الأم ( الشكل الحطاطي الكبير **Macropapular Variant** ) ، وآفات صغيرة ( الشكل الحطاطي الدقيق **Micropapular** مع حطاطات دخنية جريبية وحزازانية ) . هناك ظواهر نادرة كالاندفاعات البقعية ( وردية اليوز ) ، والأشكال المضطربة الألوان **Dyschromic** مع سطوح وسفية . تعتبر إصابة الراحتين والأخمصين بتقرن الجلد من الصفات النموذجية . تؤدي التشققات والتقرن والألم إلى مشية خاصة ، يطلق عليها مشية سرطان اليوز **Crab Yaws** . تبدي الأشكال الخاصة الأخرى لهذه المرحلة الثانوية أثفاناً على الأخمصين ودواحساً في الأصابع والأباخس .

تعتبر الإصابة العظمية نموذجية لليوز وقد تكون التظاهرة الأولى للداء عند الأطفال . تؤدي إصابة العظم والسمحاق إلى انتباج مؤلم . وبعكس الإفرنجي ، من النادر جداً إصابة الأغشية المخاطية والتهاب العقد التصلبي **Polyscleradenitis** . تشمل الأعراض العامة ترفعاً حرورياً وصداعاً ، وآلاماً في العظام أثناء الليل . إن نكس الآفات الحطاطية الدقيقة والكبيرة كثير المشاهدة ، ويستمر لمدة أشهر ويشفى مع نقص التصبغ .

*المرحلة الثالثية* ***Tertiary Stage*** : تظهر المرحلة الثالثية عند المرضى غير المعالجين أو المعالجين معالجة غير كافية . قد تستمر أحياناً مرحلة الكمون عدة سنوات .

تظهر آفات المرحلة الثالثية عند الأطفال بعد عمر خمس سنوات ، يصاب الجلد والعظام والمفاصل ولكن لا يصاب الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز القلبي الوعائي . تكون التقرحات والتندبات والتقفعات بارزة . يتصف الدور الثالثي بسبع أنماط من التظاهرات :

– *الآفات العقيدية أو الدرنية الشكل* : تُشكل ٨ – ١٠ عقيدات لويحة قوسية الشكل .

– *الصموغ* : تحدث بشكل شائع على الساقين ، تكون الآفات وحيدة ، قاسية متحركة في البدء ولكنها تصبح جاسئة آجلاً وتكون غير مؤلمة وموضعة عميقاً تحت الجلد وتتقرح وتعطي نجيجاً . إن الاختلاطات المتأخرة هي ضمور العظام وقَسَطِها .

– *تقـــرن الجـــلد الراحي الأخمصي* ***Palmoplantar Keratoderma*** : تكون الآفات مفرطة التقرن غير مؤلمة ، متشققة وغير محددة ، غالباً مع انخماصات صغيرة في الطبقة المتقرنة وحطاطات متقرنة ( تقرن راحي أخمصي نقطي **Keratoderma Punctatum** ) .

– *الآفات العظمية المفصلية* : من الاختلاطات الهامة التهاب السمحاق ، التهاب العظم ، والتهاب العظم والسمحاق الصمغي وبخاصة في العظام الطويلة ( الظنبوب ، الكعبرة ، الزند ) مع إصابة الجلد الساتر للمنطقة . قد يأخذ الظنبوب شكل نصلة السيف .

– *التهاب الخيشوم الجادع ( كانكوزا )* ***Gangosa*** : يؤدي التهاب الخيشوم الجادع إلى حدوث صوت أنفي خاص رغم عدم إصابة اللسان والحبال الصوتية . تحدث جدوع لافتة للنظر في منتصف الوجه بشكل خاص مع إصابة العظام والغضاريف والأغشية المخاطية .

– *التهاب أنفي بلعومي جادع* ***Goundou or Gundu*** : وهو تشكل أعران عظمية في عظم الأنف والفك المجاور التي قد تبرز إلى الأمام بشكل ضخم جداً يعيق النظر .

– *العقيدات مجاورة المفصل* ***Juxtarticular Nodules*** : وهي عقيدات قاسية مدورة ذات أحجام مختلفة تتوضع بشكل رئيسي في الركبتين ، والمرفقين ، والرسغين ، وعنق القدم . لم تشاهد تلك العقيدات في البرازيل رغم كثرة حدوث اليوز . ولذلك يشك بعلاقتها باليوز .

**التشخيص** :يعتمد التشخيص على التوضع الجغرافي والآفات السريرية وكشف اللولبيات الدقيقة مجهرياً والاختبارات المصلية كالاختبارات التي تجرى في الإفرنجي .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه في المرحلة البدئية عن تقيح الجلد الكمئي **Fungating** ، والأخماج بالمتفطرات اللا نموذجية ، وسل الجلد ، والسرطانة التنبتية ( شائعة في المناطق المدارية ) والإفرنجي ، والليشمانية توتية الشكل ، وداء براغيث الرمل **Tungiasis** ( واللويحات الشبيهة بقرص العسل )

والجرب المتقوبيء . أما في المراحل الآجلة فيجب تفريقه عن الإفرنجي ، والجذام ، والليشمانية المخاطية الجلدية ، والسل والبنتا Pinta .

**المعالجة** : للنبسلين تأثير شافٍ . يعطى البنسلين G بروكائين ٦٠٠,٠٠٠ وحدة دولية كل يومين بأربع جرعات أو زرقة وحيدة من بنزاتين بنسلين G بمقدار ٢,٤ × ١٠٦ وحدة دولية .أو PAM ( بنسلين ألومنيوم وحيد الستيرات ) . وقد ثبتت فعالية المعالجة الوقائية بالبنسلين وتنصح بها منظمة الصحة العالمية .

## اللولبيات الأخرى Other Spirochetoses

### البنتا Pinta :

*المرادفات :* داء بنتا ، Carate ، Cute ، Cativa .

**التعريف** : هو داء اللولبيات ( اللولبية الملتوية T. Carateum ) الخمجي المتوطن وغير الزهري ، ذو تظاهرات جلدية تؤدي إلى نقص تصبغ واضح .

### الإفرنجي المتوطن Endemic Syphilis :

*المرادفات :* البجل ( سوريا ، العراق ، والبلاد العربية ، يوغوسلافيا ، زيمبابوي ، ديشوشيوا وريوان في إفريقيا ) .

**التعريف** : هو إفرنجي متوطن غير زهري يحدث في مناطق سكنية معينة . له سير يشبه الإفرنجي المنتقل بالجنس ولكنه يشبه الداء العليقي إلى حد كبير . تغيب الآفة البدئية غالباً . يحدث في المرحلة الثانوية لويحات في الأغشية المخاطية للفم والشرج والمناطق التناسلية وآفات مخربة في الجلد والهيكل العظمي . والإفرنجي المتوطن ، كالداء العليقي ، نادراً ما يؤدي إلى إفرنجي ولادي . ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن الداء في عمر النضوح الجنسي يكون موجوداً منذ زمن طويل بحيث يولد أطفال أصحاء . ويعالج معالجة الإفرنجي .

### داء البوريليات الحمامي الهاجر ، داء البوريليات الليمي Erythema Migrans Berreliosis, Lyme Borreliosis :

*المرادفات :* داء البوريليات باللبوديات Ixodes Borreliosis ، خمج البوريليات البورغدرفيري Borrelia Burgderferi Infection ، داء ليم Lyme Disease .

**التعريف** : خمج البوريليات البورغدرفيري هو مرض بشري حيواني المصدر منتشر في جميع أنحاء العالم وبخاصة في نصف الكرة الشمالي . يتظاهر هذا الداء لدى الإنسان ببعض المظاهر السريرية المختلفة . سميت بداء البوريليات الليمي ( في الولايات المتحدة الأميركية ) وداء البوريليات الحمامي الهاجر ( في أوروبا ) . ينجم المرضان عن لدغة القراد الحامل للملتويات ، ويترافق باضطرابات التهابية في أجهزة متعددة ، لكنها تصيب بشكل خاص كلاً من الجلد ، والمفاصل ، الجهاز العصبي والقلب . يميز ستير Steer ثلاث مراحل : التظاهرة الجلدية الرئيسية للمرحلة الأولى هي الحمامى الهاجرة وداء العقد اللمفية الجلدي السليم . بينما التظاهرة الرئيسية للمرحلة الثالثة هي التهاب جلد النهايات المزمن المضمر . وتتصف المرحلة الثانية بالأعراض الجهازية وبخاصة في الجهاز العصبي المركزي والمحيطي والقلب والجهاز العضلي الهيكلي .

**لمحة تاريخية :**

- ١٨٨٣ وصف بوشوالد Buchwald وكذلك بيك Pick ( ١٨٩٥ ) ضمور جلد منتشر غامض يبدي مظاهر وصفية لالتهاب جلد مزمن وقد سماه هركسهايمر وهارتمان التهاب جلد النهايات المزمن المضمر عام ١٩٠٢ .
- ١٩٠٩ /١٩١٣ وصف أفزيليوس Afzelius وليبشوتز Lipschütz الحمامى المزمنة الهاجرة لأول مرة .
- ١٩١١ وصف بيركهاردت Burckhardt لمفوما كاذبة جريبية سماها بافرستد Bafversted عام ١٩٤٣ بداء العقد اللمفية الجلدي السليم .
- ١٩٢٢ قدم غارن Garin وبوجادوكس Bujadoux حالة شلل بلدغ القراد .
- ١٩٤١ /١٩٤٤ وصفها بان وارث Bannwarth بالتهاب سحايا لمفاوي مزمن .
- ١٩٢٤ وصف جسنر Jessner ولوفنستام Loewenstamm بعض المرضى المصابين بالتهاب جلد النهايات المزمن المضمر ترافق عند بعضهم بإصابة المفاصل والعظام .
- ١٩٢٥ شك إهرمان Ehrmann وفالكنشتين Falkenstein بالمنشأ الخمجي لالتهاب جلد النهايات المزمن المضمر . وذكر سير المرض الشبيه بتصلب الجلد .
- ١٩٣٠ نشر هيللرستروم Hellerström حالة حمامى مزمنة هاجرة تبعها اضطرابات عصبية ( التهاب دماغ وسحايا ) .
- ١٩٤٢ وجد كاهل Kahle إيجابية التفاعلات الشاحبة ( مستضد اللولبية الآكلة Antigen: Treponema Phagedenis ) عند المرضى المصابين بالتهاب جلد النهايات المضمر .
- ١٩٤٦ /١٩٤٩ لاحظ سفارتز Svartz وثايرسن Thyresson أن البنسلين يفيد في معالجة التهاب جلد النهايات المضمر .

١٩٥٠ عالج بيانشي Bianchi ، الورم اللمفي ( داء العقد اللمفية الجلدي السليم ) بالبنسلين .

١٩٥١ عالج هولستروم Hollström الحمامى الهاجرة والتهاب السحايا المرافق بالبنسلين .

١٩٥٢ وجد غرنبرغ Grüneberg إيجابية التفاعلات الشاحبة عند مريض مصاب بالتهاب جلد النهايات المضمر وأشار إلى المنشأ الملتوي للداء .

١٩٥٤ نقل غوتز Götz التهاب جلد النهايات المضمر إلى المتطوعين .

١٩٥٥ بندر Binder ، دوبفمر Döpfmer ، هورنستين Hornstein : قاموا بنقل الحمامى المزمنة الهاجرة من إنسان إلى إنسان .

١٩٥٧ باشود Paschoud نقل داء العقد اللمفية الجلدي السليم من إنسان إلى إنسان .

١٩٦٥ هاوزن Housen : اعتبار الحمامى المزمنة الهاجرة كتظاهرة جلدية لداء خمجي جهازي .

١٩٧٠ سيريمنتي Serimenti : أول من وصف الحمامى المزمنة الهاجرة في الولايات المتحدة الأميركية .

١٩٧٦ كرامبيتز Krampitz : نقل الملتوية الشبيهة بالبوريلية من دم القوارض إلى حيوانات المخبر بلدغة اللبود الخروعي المخموج .

١٩٧٧ /١٩٧٩ ستير Steere ومساعدوه : وصفوا التهاب المفاصل الليمي ، وترافقه النادر بشذوذ عصبي وقلبي مسبوق بلدغ اللبود الدميني (Ixodes Dammini) وبالحمامى المزمنة الهاجرة . وقد لوحظ هذا الكيان السريري الجديد في مدينة ليم ( كونيكتيكت الولايات المتحدة الأميركية ) .

١٩٨٢ بورغدورفر Burgdorfer ومساعدوه : قاموا بكشف الملتويات وزرعها ( التي سميت فيما بعد البوريلليات بورغ دورفيري ) في أمعاء القراد اللبود الداميني . وفي عام ١٩٨٣ كشفت وزرعت أيضاً في القراد اللبود الخروعي . وقد وجدت الأضداد ضد الملتويات في مصل المرضى المصابين بداء ليم .

منذ عام ١٩٨٢ أثبتت عدة مجموعات في الولايات المتحدة الأميركية ، والسويد ، وألمانيا الاتحادية وفرنسا بواسطة التحريات النسجية والجرثومية والمصلية على أن البوريليات هي المسببة لداء ليم والحمامى الهاجرة .

**الوبئيات Epidemiology** : يبدو أن الأخماج ببوريليات بورغ دورفيري لها صلة بالناقل الجرثومي . وهذه النواقل هي القراد وبخاصة من زمرة اللبود مثل اللبود الخروعي واللبود Persulactus واللبود الداميني Dammini واللبود الباسيفيكي . يحوي ٤٪ إلى ٦٠٪ من القراد في الأمعاء المتوسطة على البوريلليات البورغ دورفيري . يمكن أن تنتقل هذه البوريليات إلى الحيوانات والإنسان ليس فقط عن طريق القراد الكهل ولكن أيضاً بالمراحل اليرقية والحورائية . يتواجد قراد الغنم اللبود الخروعي في الغابات والمراعي في أوروبا وحتى في الجزء الأوربي من الاتحاد السوفياتي إلى بحر قزوين في شمال إيران ، وفي بعض البلاد في شمال أفريقيا مثل الجزائر والمغرب . وقد وصف حديثاً أن اللبود Persulcatus هو الناقل لأخماج بوريليات بورغ دورفيري في الصين ، بينما يعتبر اللبود الداميني واللبود الباسيفيكي النواقل الرئيسية في الولايات المتحدة الأميركية . تشكل القوارض والأيل والعصافير الثوي الطبيعي لذلك القراد ومنبع الخمج . تلعب القطط والغنم والكلاب دوراً هاماً في نقل القراد إلى محيط الإنسان . إن حدوث الأخماج ببوريليات بورغ دورفيري في تزايد في بعض البلدان مثل الولايات المتحدة الأميركية ، وكندا ، وألمانيا الاتحادية ، وفرنسا ، والسويد ، وبريطانيا ، وإيطاليا ، وبولونيا ، يوغوسلافيا ، تشيكوسلوفاكيا ، روسيا ، الصين ، اليابان ، أوستراليا ومنتصف أفريقيا ( زائير ) .

**العامل الممرض Pathogen** : تنتمي بوريليات بورغ دورفيري إلى جنس البوريّليات من عائلة الملتويات التي تشمل أيضاً ملتويات الحمى الناكسة مثل البوريليات الناكسة B. Recurrentis وبوريليات دوتوني B. Duttonii . وهي كائن حي لولبي ذو حركة بطيئة وحلزونية ناجمة عن الدوران حول المحور الطولي . يحدث التكاثر بالانقسام الثنائي . يتراوح طولها بين ٥ ــ ٢٥ ميكرون وقطرها بين ٠,٢ ــ ٠,٦ ميكرون . البوريليات دقيقة أليفة الهواء تحتاج إلى حموض شحمية طويلة السلسلة لنموها الأمثل . يمكن زرعها على وسط بابر/ستونير/كيلي Barbour – Stoenner – Kelly (BSK) المعقد . وهي تتلون بملونات الأنيلين ويمكن رؤيتها بالمقاطع النسجية بعد تشريبها بالفضة . يمكن كشف البوريليات بالساحة المظلمة والمجهر مضاد الأطوار في نسج الناقل وفي الدم .

**الموجودات السريرية** : يبدي داء البوريليات اختلافاً كبيراً في الأعراض السريرية مثل الإفرنجي . وبشكل عام نشاهد تظاهرات شديدة ، وبخاصة في المرض الجهازي ، وآفات جلدية متعددة والتهاب مفاصل في أميريكا الشمالية أكثر من أوروبا ، لقد صنف ستير Steere الداء إلى ثلاث مراحل :

*المرحلة الأولى* : يمكن أن تحدث التظاهرات التالية بعد ٣ ــ ٣٠ يوماً تقريباًمن لدغ القراد .

*الجلد والأغشية المخاطية* :

ـ الحمامى المزمنة الهاجرة .
ـ داء العقد اللمفية الجلدي السليم .
ـ اعتلال العقد اللمفية الناحيّة أو المتعممة .
ـ طفح .
ـ شرى .
ـ آفات حلقية ثانوية .

*الجهاز العصبي المركزي/العيون :*
ـ وذمة حول الحجاج .
ـ صداع .
ـ تيبس عنق خفيف .
ـ التهاب ملتحمة .
ـ التهاب قزحية .
ـ حركات العين مؤلمة .

*الجهاز العضلي الهيكلي :*
ـ آلام ( هاجرة ) عضلية هيكلية .
ـ آلام مفصلية .

*السبيل الهضمي المعدي المعوي :*
ـ آلام البطن .
ـ إسهالات .
ـ غثيان .
ـ إقياء .
ـ نقص وزن .
ـ التهاب بلعوم .
ـ التهاب كبد .
ـ ضخامة طحال .

*السبيل التنفسي :*
ـ التهاب الحلق .
ـ التهاب الرغامى والقصبات .
ـ سعال لا مقشع .

قد تحدث وعكة شديدة ، وتعب ، وحمى ، وعرواء . ونادراً ما يشاهد تورم الخصيتين . تختلف الأعراض الباكرة عادة وتستمر مدة قصيرة وهي تميل للتحسن خلال عدة أسابيع حتى دون معالجة .

*المرحلة الثانوية :* يمكن مشاهدة الأعراض التالية بعد أسابيع إلى أشهر من بدء الخمج .

*الجهاز العصبي المركزي والمحيطي :*
ـ التهاب سحايا .
ـ التهاب الدماغ .
ـ التهاب الأعصاب القحفية ( خاصة شلل الوجهي وحيد أو ثنائي الجانب ) .
ـ التهاب الجذور والأعصاب الحسية والحركية .
ـ التهاب النخاع .
ـ الرقص .

يحدث التهاب سحايا خفيف نموذجي بالاشتراك مع شلل وجهي واعتلال الجذور العصبية المحيطي ( متلازمة Bannwarth ) .

*التظاهرات القلبية :*
ـ درجات مختلفة من الحصار البطيني الأذيني .
ـ التهاب العضلة القلبية والتأمور .
ـ ضخامة القلب .
ـ التهاب مجمل القلب .

*العيون :* التهاب قزحية أو التهاب مجمل العين .

*الجهاز العضلي الهيكلي :*
ـ آلام هاجرة في المفاصل ، والعضلات ،والعظام ، والأوتار أو المحافظ عادة دون ظهور تورم واضح في المفصل .

*المرحلة الثالثية :* تشاهد تظاهرات مختلفة بعد شهر إلى أكثر من سنتين من بدء المرض .

*الجلد :* يشاهد التهاب جلد النهايات المزمن المضمر بكثرة في أوروبا ، بينما لم توصف سوى بعض الحالات المفردة في أميركا الشمالية .

*الجهاز العصبي الهيكلي :* هجمات متكررة من التهاب المفاصل الوحيد ، أو القليل ، أو المتعدد . تصاب عادة المفاصل الكبيرة وبخاصة الركبتين ، وفقط عند عدد قليل من المرضى أصيبت المفاصل الصغيرة أيضاً . تشاهد هذه الهجمات المتكررة عند ٦٠٪ من المرضى ، يبدي ١٠٪ منهم التهاب مفاصل مزمن مع تآكل الغضروف والعظام . إن الاختلاطات ( المضاعفات ) المفصلية أقل مشاهدة في أوروبا .

*الجهاز العصبي المركزي :* قد تحدث آفات عصبية مزمنة تسمى التهاب الدماغ والنخاع المترقي بالبوريليات (Ackermann) مع خدر تشنجي ، وأعراض مخيخية ، واضطرابات عقلية وتعب شديد . شوهدت حالات تشبه التهاب الدماغ والنخاع المنتشر ( التصلب المتعدد ) .

*الخمج أثناء الحمل :* وصف حدوث انتقال بوريليات بورغ دورفيري من الأم إلى الجنين مؤدية إلى موت الجنين داخل الرحم والإجهاض أو مؤدية إلى عيوب ولادية عند الولدان . وكشف البوريليات في هذه الحالة بالزرع وبالفحص النسجي ( الدماغ ، الطحال ، الكليتين ، نقي العظم ) .

**التشخيص :**

*الموجودات المخبرية :* أكثر الاضطرابات المخبرية شيوعاً عند

المرضى المصابين بخمج البوريليات هي ارتفاع سرعة التثفل ، وزيادة تركيز الغلوبولينات المناعية المصلية ووجود معقدات مناعية جوالة ( أكثر مشاهدة في التهاب جلد النهايات المزمن المضمر منه في الحمامى المزمنة الهاجرة ) ، وزيادة مستوى GOT المصل ، وفقر دم ، ونقص المتممات في الدم ، وبيلة بروتينية ، وبيلة دموية مجهرية .

يمكن في حالة إصابة الجهاز العصبي المركزي والمحيطي كشف زيادة وحيدات النوى ( اللمفاويات والمصوريات ) ، واضطراب وظيفة الحاجز الدموي الدماغي ، وإنتاج أضداد نوعية في السائل النخاعي .

*كشف بوريليات بورغ دورفيري* : إن كشف البوريليات بالفحص المباشر والزرع هي الطرق المؤكدة لتشخيص هذا الداء الخمجي . ولكن الفحص المباشر للبوريليات بعد تلوينها بالفضة أو بطريقة بيروكسيداز المناعية Immunoperoxidase في الدم أو السائل النخاعي أو المقاطع النسجية وزرعها في الزجاج هو صعب التنفيذ .

*الدراسة المصلية Serology* : إن تمديد عيارات الأضداد البوريلية في المصل والسائل النخاعي بطريقة :

أ ـ المقايسة الومضائية المناعية اللا مباشرة باستعمال بوريليات بورغ دورفيري المزروعة في الزجاج بعد امتصاص المصل باللولبية الآكلة ( IFT – IgG, IFT – IgM و IFT – IgM بعد المعالجة بضد IgG ) أو .

ب ـ المقايسة بطريقة إليزا (ELISA) .

قد يحدث لدى سكان المناطق المتوطنة بنسبة عالية من إيجابية التفاعلات المصلية دون أعراض مرافقة . غير أنه لا يمكن الاعتماد على تفاعل إيجابي واحد لوضع التشخيص الصحيح .

**المعالجة** : إن البنسلين أقل فعالية مما كان يعتقد في الزجاج وعند حيوانات التجربة . ولقد تبين أن الأمبيسيلين والأموكسيسيللين والتتراسكلين والسيفالوسبورين من الجيل الثالث هي الأدوية الأكثر فعالية في الزجاج وفي الحياة . وليس للأمينوغليكوزيد والتريموكسازول فعالية علاجية .

إن نتائج الدراسات السريرية متناقضة . ينصح باستعمال التتراسكلين كعلاج منتخب في المرحلة الباكرة من داء ليم ( بمقدار ٢٥٠ ملغ/٤ مرات يومياً/عشرة أيام على الأقل ) .

أثبتت دراسة من ألمانيا الاتحادية أنه لا يوجد فرق في نتيجة المعالجة سواء استعمل البنسلين أو التتراسكلين ( حتى المينوسكلين ) أو الإريترومايسين في معالجة المرحلة الباكرة من الحمامى المزمنة الهاجرة . شوهد فشل المعالجة عند ٣٠٪ من المرضى بغض النظر عن الطرق العلاجية المتبعة . أبدى عدد قليل من المرضى المصابين بداء ليم أو بالحمامى الهاجرة تفاعل هيركسهايمر بعد بدء المعالجة . وبشكل عام يستجيب المرضى المصابون بالمرحلة الأولى من الداء للمعالجة بمضادات الجراثيم بينما تتطلب المراحل الثانية والثالثة طرقاً علاجية مديدة عن الطريق العام وبمقادير عالية . لم يثبت بعد أن المعالجة بالسيفالوسبورين مثل ( السيفوتكسيم Cefotaxime والسفترياكسون Ceftriaxone ) أو التراسكلين تفوق فعالية البنسلين G زرقاً وريدياً ( بجرعة ٢٠ × ١٠٦ وحدة دولية يومياً مجزأة على أربع جرعات ولمدة ١٤ يوماً على الأقل .

**الحمامى المزمنة الهاجرة Erythema Chronicum Migrans [ Lipschutz 1913, Afzelius 1921 ] :**

**التعريف** : هي حمامى مزمنة تنتشر بشكل نابذ تنجم عن لدغ القراد . ثبت أن بوريليات بورغ دورفيري هي العامل المسبب .

**الحدوث** : إن الداء شائع في المناطق المشجرة في أوروبا الوسطى وهو شائع في أوروبا الشمالية والشرقية وشمال أمريكا وهو يصيب الشبان والكهول .

**الإمراض Pathogenesis** : هو داء الملتويات الجلدي ( البوريليات ) الناجم عن لدغ القراد ( من نوع اللبود ) . يمكن إجراء التلقيح من جلد شخص مصاب إلى جلد سليم . وجدت أن الأضداد ضد البوريليات في دم المرضى يمكن أن يحدث التهاب مفاصل له علاقة بالحمامى المزمنة الهاجرة والذي وصف تحت اسم التهاب المفاصل لليم Lyme Arthritis ( ليم هي مدينة في كنكتيكت في الولايات المتحدة الأميركية حيث وصف الداء لأول مرة عام ١٩٧٥ ) . ( راجع الشكلين ٤ – ٣٧ و ٤ – ٣٨ ) .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن يحدث في أي مكان من الجلد ولكن يشاهد عادة على الأطراف السفلية بشكل حطاطات حمراء النهاية ، تتطور خلال أسابيع أو حتى أشهر إلى لويحات حمراء متوذمة مع إتساع محيطي وتراجع مركزي مزرق . وأخيراً تمتد البقع الحمامية المدورة أو البيضية إلى منطقة متسعة بقطر ٢٠ – ٨٠ سم أو أكثر . لا تحدث تبدلات ثانوية في محيط الآفات . وقد تتضخم العقد اللمفية الناحيّة ضخامة خفيفة . وتكون الحكة نادرة . يشاهد أحياناً حدوث حمى مع التهاب سحايا . وإذا كان الصداع شديداً يجب إجراء بذل قطني .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البشرة طبيعية وتبدي الأدمة العلوية تحتها وذمة مع رشاحة لمفاوية حول الأوعية . يدل وجود الخلايا المصورية على الخمج . وتشاهد أحياناً ناسجات

وحمضـات . يمكن كشف الملتويات أحيانا بإجراء تلوينات خاصة .

**السير** : بطيء ومترقٍ . تتسع اللويحات محيطياً . يمكن أن تحدث لدغة القراد لمفوم كاذب ( داء العقد اللمفية الجلدي السليم Lymphadenosis Cutis Benigna ) . يمكن أن يحدث التهاب دماغ يستجيب للمعالجة بالصادات . وقد يحدث شفاء عفوي بعد عدة أشهر .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن الحمامى الشكلية (Figurate Erythema) وبخاصة الحمامى الحلقية النابذة . وإذا أصابت الحمامى المزمنة الهاجرة ظهر اليدين يجب نفي الحمرانية ( بالقصة السريرية ) .

**المعالجة** : مثل معالجة الحمامى الهاجرة في داء البوريليات .

### داء العقد اللمفية الجلدي السليم Lymphadenosis Gutis Benigna :

*المرادفات :* اللمفوم الكاذب . الورم اللمفاوي Lymphocytoma . التنسج اللمفي الجلدي Lymphoplasia .

**التعريف** : هو فرط تنسج تفاعلي لمفي شبكي ناجم عن لدغة القراد مع انتقال الملتويات من جنس بوريلية بورغ دورفيري .

**الحدوث** : يحدث هذا الداء بعد لدغة القراد الحامل للملتويات بكثافة . وهو كثير المشاهدة في عدة مناطق من أوروبا مثل ألمانيا ، والنمسا واسكندنافيا ، حيث يشاهد القراد في المناطق الريفية الغنية بالغابات والأدغال . ويشاهد أيضاً في بعض أقسام أميركا الشمالية وبلاد أخرى . يصاب به الأطفال والكهول وبخاصة النساء .

**الإمراض Pathogenesis** : تنتقل الملتوية بوريلية بورغ دورفيري إلى الإنسان عن طريق لدغة القراد . يحدث مكان اللدغ تفاعلاً لمفاوياً تكاثرياً . يغيب الخمج بعد المعالجة بالصادات . ويعتقد أن القراد بنفسه قد يكون سبب داء العقد اللمفية الجلدي السليم ( تفاعل جسم أجنبي ) .

**الموجودات السريرية** : تأخذ الآفات أشكالاً متعددة . يحدث مكان اللدغ عقيدة ناتئة محددة . طرية عميقة ذات لون أحمر غامق أو أحمر مزرق . يتراوح حجمها بين عدة مليمترات إلى عدة سنتمترات . ومن النادر حدوث آفات متعددة ، يشاهد ارتشاح رمادي مصفر من خلال المعاينة بالشفوفية .

**المعالجة** : كمعالجة الحمامى الهاجرة في داء البوريليات .

### التهاب جلد النهايات المزمن المضمر Acrodermatitis Chronica Atrophicans :

*المرادفات :* احمرار الأطراف ، ضمور الجلد الغامض ، داء هركسهايمر .

**التعريف** : هو داء التهابي مزمن يؤدي آجلاً إلى ضمور الجلد . يصيب الأطراف وبخاصة النهايات . ناجم عن الخمج بالملتويات البوريلية .

**الحدوث** : يحدث الداء بشكل رئيسي في المناطق الريفية . توزعه الجغرافي ملفت للنظر . إذ تكثر مشاهدته في شمال وأواسط أوروبا . وتندر في فرنسا وشمال وجنوب أميركا ، وغير معروف تقريباً في الشرق الأقصى . تكثر مشاهدته في ألمانيا الاتحادية . تصاب النساء في ٧٥٪ من الحالات في عمر ٤٠ ـ ٥٠ سنة .

**الإمراض** : هو اختلاط متأخر للخمج ببوريليات بورغ دورفيري أو الملتويات الأخرى . يتبع التوزع الجغرافي للمرض توزع القراد خاصة اللبود الخروعي . ومن الملفت للنظر أن هذه الزمر من القراد هي ناقلة للحمامى الهاجرة المزمنة ، وداء العقد اللمفية الجلدي السليم ( لمفوم كاذب ) ، أو التهاب الدماغ الصيفي ( مرض بالحمات الراشحة ) . ( راجع الشكل ٤ ـ ٣٩ ) .

**الموجودات السريرية :**

*التوضع :* يظهر الداء عادة على السطوح الانبساطية للأطراف ونادراً ما تصاب السطوح الانعطافية للأطراف والجذع . يحدث الاضطراب الأساسي على الوجه الظهري لمفاصل الأصابع وعلى ظهر اليدين والقدمين أو على المرفقين والركبتين . تتصل الآفات على الساعدين بشرائط زندية وعلى الساقين بشرائط ظنبوبية . يميل المرض للبدء في الأماكن القاصية وينتشر نحو المناطق الدانية ، وأحياناً يشمل معظم الجلد . تعفّ الإصابة عادة عن الوجه والراحتين والأخمصين .

*المرحلة الالتهابية :* الوذمية : لا ينتبه لها المريض عادة . يحدث في البدء انتباج التهابي وذمي في الجلد ثم يصبح بلون مزرق ويتسع ويشبه التهاب الهلل . ولا توجد أعراض شخصية غالباً .

*المرحلة الضمورية :* تتبع المرحلة السابقة بسرعة فيحدث ضمور رخو . ويصبح الجلد رقيقاً ذابلاً فاقداً للشعر متغضناً كورقة لفافة التبغ . تشاهد توسعات شعرية وتبدلات تصبغية مما يعطي صورة متعددة الأشكال . تبدو الأوردة العميقة كحبال عريضة زرقاء بسبب ضمور النسيج الشحمي تحت الجلد . ويدل الهامش الالتهابي الوذمي على ترقي الداء .

### الأشكال السريرية المختلفة Clinical Variations :

*العقيدات الليفية :* تحدث ضمن الآفات الضمورية أحياناً عقيدات جلدية أو تحت الجلد قاسية قساوة غضروفية بقطر

يصل إلى ١ سم ، فوق المرفقين مثلاً . وقد تتكلس هذه العقد مؤدية لتشكل مهماز قاسي قساوة عظمية . ويجب تفريق هذه العقيدات عن العقيدات الرثيانية .

*التصلب :* يحدث بشكل إنتقائي على حرف الظنبوب وظهر القدمين . تتشكل صلابة شبيهة بتصلب الجلد ، بيضاء مبرقشة ببقع ناقصة أو مفرطة التصبغ . كما يحدث تنشؤ ملتصق مع السمحاق ومحفظة المفصل مؤدياً إلى حدوث الألم وإعاقة المشي .

*ضمور الجلد البقعي* ***Anetoderma*** *:* يحدث ضمور الجلد البقعي أحياناً داخل آفات الجلد الضمورية ونادراً ما يحدث خارجها . ويظهر كناتىء منفتق محدد من الجلد الضموري . ( راجع الشكلين ٤ — ٤٠ و ٤ — ٤١ ) .

*التبدلات الثانوية :* تغيب الجريبات الشعرية والغدد الزُّهمية والعرقية مع تشكل الضمور . يصبح الجلد جافاً بشدة وينتج عن ذلك حدوث أكزيمة بانعدام الزهم (Asteatotic) . يؤدي الرضح البسيط ، وبخاصة على الساقين ، إلى حدوث قرحات غير مؤلمة ، لأن الجلد الضموري لا يقاوم الرضح الآلي . تتشكل ضمن القرحات سرطانة وسفية الخلايا . وقد ذكر حدوث لمفوم كاذب ، وأورام شحمية ، وأورام ليفية ، ولمفوم خبيث ، وورد ذكر الأغران ولكن بشكل نادر .

**الموجودات الجموعية** : تكون الأعراض خفيفة . يحدث أحياناً ، أثناء تطور المرض ، انتباج بالعقد اللمفية الناحيّة وتبدلات في نقي العظم ( زيادة الخلايا المصورية ، والخلايا اللمفانية ، والحمضات ، وأحياناً الخلايا البدينة النسجية ) .

قد ترتفع سرعة التثفل ويبدي الرحلان الكهربي المصلي زيادة الغلوبولين غاما . يكون اختبار البوريليات إيجابياً عادة .

**المضاعفات ( الاختلاطات ) العصبية** : يحدث التهاب الجذور العصبية ، متلازمة بان وارث Bannwarth ، والمذل ، والشلل ، وضعف العضلات وضمورها . يجب إجراء استشارة عصبية .

**التشريح المرضي النسجي Histopathology** : يبدو في المرحلة الالتهابية الوذمية ، وذمة في الأدمة مع رشاحة التهابية شريطية الشكل تحت البشرة مؤلفة من لمفاويات . وناسجات ، ومصوريات مع توسع في العروق اللمفية والدموية . ومن العلامات النموذجية ضمور في الألياف الغرائية والألياف المرنة أيضاً ، وهذا ما يفرقها عن تصلب الجلد ، تبدو الألياف الغرائية منتبجة ومتجانسة وتكون الغدد الزُّهمية والجريبات الشعرية ضامرة . ويستر الأدمة الرقيقة الضامرة بشرة رقيقة ضامرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق التهاب جلد النهايات الضموري في المرحلة الالتهابية الوذمية عن الشرث وازرقاق النهايات . قد تشبه المرحلة الالتهابية والتصلبية المحددة لتصلب الجلد التهاب جلد النهايات . ويمكن للمفوم الخبيث أحياناً أن يقلد التهاب جلد النهايات المزمن الضموري المحدد .

**المعالجة** : كمعالجة الحمامى الهاجرة لداء البوريليات .

## الأدواء الناجمة عن المتدثرات

## Diseases Caused by Chlamydiae

**التعريف** : يشمل الخمج بالمتدثرات داء الطيور **Ornithosis** والحبيبوم اللمفي الزهري والحثر **Trachoma** والتهاب الملتحمة المشتمل ، وخمج الجهاز البولي التناسلي المنتقل عن طريق الجنس . سنذكر باقتضاب الحثر والتهاب الملتحمة المشتمل لأنها لا تسبب أي عرض جلدي وصفي .

**العوامل المرضة** : المتدثرات هي العوامل الممرضة التي تسبب الأدواء الخمجية المذكورة سابقاً . وهي طفيليات غير متحركة ، سلبية الغرام مجبرة على التطفل داخل الخلايا ، ولها صفات مشتركة وقدرة مستضدية نوعية لكل زمرة منها . تبدي آلية تطور وصفية في هيولى خلايا الثوي . تصيب المتدثرات الإنسان وكذلك الحيوان وقد تسبب أمراضاً خاصة هامة عند الإنسان . وكان يعتقد أن المتدثرات هي حمات راشحة ، ولكن يعتقد الآن أنها ناجمة عن تطور بعض الجراثيم السلبية الغرام بعد خسارتها لبعض التفاعلات الاستقلابية والمولدة للقدرة أثناء تطورها ، لهذا فهي بحاجة للتوضع داخل خلايا الثوي التي تعطيها القدرة على الاستقلاب . إن الدورة الحياتية للمتدثرات معروفة تماماً . يحدث خمج الخلايا بأجسام ابتدائية ( قطرها ٢٠٠ — ٣٠٠ نانومتر ) . يظهر بعد ٥ — ٨ ساعات أجسام شبكية ( بدئية ) بقطر ٨٠٠ نانومتر . تتكاثر هذه الذُريرات بانشطار ثنائي في فجوات خلايا الثوي . مشكلة مشتملات تتكثف بعد ٤٨ — ٧٢ ساعة وتتحرر من الخلية كجسيمات خمجية . وبما أن أشكال المتدثرات داخل الخلايا هي الوحيدة نشيطة استقلابياً وبالتالي قابلة للتأثر بالصادات لذلك فإن الأدوية ذات القدرة على النفاذ داخل الخلايا هي وحدها قادرة على مكافحة الخمج بنجاح ( لا تفيد صادات لاكتام بيتا ) . تتلون المتدثرات بملون غمزا **Giemsa** وتتلون المتدثرة أيضاً باليود . تبدو الأجسام الابتدائية أرجوانية بتلوين غمزا وتبدو الأجسام الشبكية غير الخمجية زرقاء . يمكن تقسيم المتدثرات الحثرية ضمن أنماط المصل المختلفة باستخدام مضادات المصل النوعية وعادة ما نرى في الأنماط المتوطنة من الحثر الذراري **A ، B ، Ba** و **C** . تحدث الذراري **D, E, F, G,**

H, I, J و K عند المرضى المصابين بالخمج البولي التناسلي ، والتهاب الإحليل اللا سيلاني (NGU) والتهاب الملتحمة المشتمل في المناطق غير المتوطنة نشاهد الذراري $L_2$ ، $L_1$ و $L_3$ عند المصابين بالحبيبوم اللمفي الزهري .

**التشخيص المخبري :**

*كشف العامل الممرض :* تعزل المتدثرات من النسج المزروعة ، يجب استعمال وسط خاص لنقل العينة إلى المخبر . يُحْضن الوسط الحاوي على المتدثرات في طبقات خلوية ، خلايا McCoY عادة . يظهر التكاثر بعد ٤٨ - ٧٢ ساعة بتلوين المشتملات باليود أو بالأضداد وحيدة النسيلة الموسومة بالفلوريسيئين .

لا يمكن تطبيق هذه الطرق الزرعية المعقدة إلا في مخابر مختصة . ولذلك كان اكتشاف المتدثرات المجهري المباشر في العينة بواسطة الأضداد وحيدة النسيلة الفلوريسيئينية هو خيار آخر . وليس من الضروري أخذ الاحتياطات لنقل العينة لأن الطريقة لا تتطلب كائنات عيوشة . إن حساسية الاختبار ونوعيته أقل مما هما عليه في اختبار زرع النسج . يمكن الكشف عن المتدثرات في بعض الشروط بتلوين غمزا ولكن هذه الطريقة أقل حساسية من الطرق السابقة .

*مبحث الأمصال Serology :* يمكن الكشف عن الأضداد المصلية الموجهة ضد المتدثرات بواسطة تثبيت المتممة (CF) أو بالومضان المناعي (IF) ، أو بالمقايسة المناعية الإنظيمية (EIA, ELISA) . إن اختبار تثبيت المتممة أقل حساسية من المقايسة المناعية الإنظيمية والومضان المناعي . إذا استعملت الذرية $L_2$ يكشف عن الأضداد النوعية للزمرة . ويسمح اختبار الومضان المناعي الدقيق Micro IF الأكثر تعقيداً باكتشاف التفاعلات النوعية للنمط المصلي . يمكن كشف الغلوبولين المناعي (IgM)M و (IgA)A المضاد للمتدثرات بإجراء اختباري الومضان المناعي (IF) والمقايسة المناعية الإنظيمية (EIA) . وتعتمد القيمة التشخيصية للاختبارات المصلية على توضع الخمج . إن الأخماج الجهازية بشكل عام ( مثل التهاب الرئة ، والحبيبوم اللمفي الزهري ) تشكل عيار للأضداد أعلى بكثير من أخماج الأغشية المخاطية ( مثل التهاب الإحليل ، التهاب عنق الرحم ) . لا يستعمل حتى الآن بشكل روتيني الكشف عن الأضداد النوعية في المفرزات ( الإحليل ، عنق الرحم ) . ومن الواضح أن مبحث الأمصال ذو قيمة تشخيصية ضئيلة في عدد كبير من أخماج المتدثرات .

*الاختبار الجلدي Skin Test :* لم يعد يستعمل اختبار فرط الحساسية المتأخر الجلدي حسب رأي فري Frei لأنه قليل الحساسية والنوعية .

**داء الطيور Ornithosis :**

*المرادفات :* داء الببغاء Psittacosis, Parrot Disease .

**التعريف :** هو خمج حاد وخطير مع ذات رئة لا نموذجية تحدثها المتدثرات التي تنتقل بواسطة الببغاء وبأنواع أخرى مماثلة وبطيور أخرى . يستمر الداء عدة أسابيع ويستجيب للمعالجة بالتراسكلين .

**العامل الممرض :** المتدثرة الببغائية .

**الإمراض :** إن أكثر الأعضاء إصابة هي الرئة رغم أن العامل الممرض قد يحدث أمراضاً جهازية . تدخل المتدثرة الببغائية إلى الجسم عن الطريق التنفسي ثم تنتقل إلى الخلايا الشبكية البطانية في الكبد والكلية حيث تتكاثر ثم تنتشر عن الطريق الدموي إلى الرئة والأعضاء الأخرى . تسبب هذه المتدثرة في الرئة التهاب الأسناخ والنسيج الخلالي الرئوي .

**الوبئيات Epidemiology :** تشاهد في جميع أنحاء العالم . إن عدداً كبيراً من الطيور المدارية الخالية من أعراض المرض قد تكون حاملة للعامل الممرض . وإن منابع الخمج هي الطيور الغريبة أو الأليفة ( حدائق الحيوانات ، مخازن بيع الحيوانات ، محبي الطيور ) . والمتدثرة الببغائية مقاومة جداً ، وتبقى فضلات الطيور المخموجة ممرضة لفترة طويلة . يصاب الإنسان عادة باستنشاق الغبار الملوث .

**الموجودات السريرية :** هناك نمطان من المرض ، يشاهد في الحالات الخفيفة أعراض شبيهة بالإنفلونزا ، وفي الحالات الشديدة تتطور إلى ذات رئة . يبدأ المرض فجأة بعد فترة حضانة تستمر ١٠ - ١٤ يوماً ولكن في بعض الحالات قد يبدأ المرض بالتدريج خلال ٢ - ٤ أيام مع حرارة وأعراض عامة شديدة .

*الأعراض الجلدية :* كان يشاهد قبل عهد الصادات طفح بقعي فاتح ( بقع هاردر Harder's Spots ) تشبه البقع الزهرية للحمى التيفية . تظهر في الأسبوع الأول أو الثاني بقع حمراء بنية خفيفة وبخاصة على الأليتين ، تغيب بالمعاينة الشفوفية . ومن النادر ظهور اختلاطات تالية مثل آفات حطاطية ، حمامى عديدة الأشكال أو حمامى عقدة .

**التشخيص :** يصعب تشخيص داء الببغاء بسبب تظاهراته المختلفة ، يجب سؤال المرضى المصابين بذات رئة عن قصة تماس مع العصافير غير أن ٢٠٪ من المرضى لا يستطيعون تذكر تماس سابق مع هذه الحيوانات . تستعمل عادة اختبارات مصلية لوضع التشخيص ، يبدي اختبار تثبيت المتممة (CF) ارتفاعاً في عيار الأضداد المصلية ، يصبح إيجابياً بعد ١٠ - ١٤ يوماً من بدء المرض . يثبت الخمج بارتفاع عيار الأضداد أربع مرات

على الأقل ، وإن عياراً واحداً أعلى من $\frac{١}{١٦}$ يشتبه به . تستطيع المعالجة المباشرة بالصادات إيقاف ارتفاع هذه العيارات . قد يحدث تفاعل متصالب مع الحبيبوم اللمفي الزهري ولكن سير هذا المرض مختلف . يمكن الكشف عن المتدثرة الببغائية في المفرزات القصبية بواسطة الومضان المباشر باستعمال أضداد وحيدة النسيلة النوعي للزمرة . هذا وإن عزل المتدثرة الببغائية خطر بالنسبة للعاملين في المخبر لذا يجرى هذا الاختبار في المخابر المختصة . وقد عزلت مؤخراً زمر جديدة من المتدثرات نذكر منها المتدثرة الرئوية وذرية TWAR . التي تتشارك مع أدواء تنفسية حادة وبخاصة عند الأطفال .

**الوقاية** : يجب إبقاء العصافير المستوردة محجورة . يضاف التتراسكلين إلى طعام الطيور في مناطق توطن الداء . وذلك لإنقاص العدد الحامل للمتدثرة . يكون الحمام الذي يعيش في المدن مخموجاً غالباً بالمتدثرة الببغائية التي قد يطرحها مع الفضلات بشكل دائم . قد تحدث العدوى المباشرة من إنسان إلى إنسان ولكن بشكل نادر جداً .

**المعالجة** : قد يستعمل الريفامبيسين Rifampicin والدوكسي سيكلين والتتراسكلين والمينوسيكلين أو الإريترومايسين . يعطى التتراسكلين بكميات كبيرة ٢ – ٣ غ باليوم أو الدوكسي سيكلين ٢ × ١٠٠ ملغ في اليوم لمدة ١٠ – ١٤ يوماً أو تعطى المقادير المعادلة من الصادات الأخرى . قد يحدث النكس . وقد ينقص عدد الوفيات من المرض من ٢٠٪ إلى أقل من ٢٪ بفضل استعمال الصادات .

يجب الإبلاغ عن هذا الداء .

## الأخماج البولية التناسلية بالمتدثرة الحثرية

## Urogenital Infections with Chlamydia : Trachomatis

*المرادفات* : التهاب الإحليل اللا سيلاني ، التهاب الإحليل ما بعد السيلان ، التهاب الإحليل اللا نوعي .

**التعريف** : تنتقل الأخماج البولية التناسلية الناجمة عن المتدثرة الحثرية عن طريق الجنس. بعكس الأنماط المصلية $L_1$ و $L_2$ و $L_3$ التي تجتاح النسيج اللمفي مسببة الحبيبوم اللمفي الزهري . تقتصر الأخماج بالأنماط المصلية D وحتى K على إصابة الأغشية المخاطية وبخاصة الأغشية المستورة بظهارة العصي والمخاريط .

**العامل الممرض Pathogen** : المتدثرة الحثرية والأنماط المصلية من D إلى K .

**الوبئيات Epidemiology** : تحدث الأخماج البولية التناسلية بالمتدثرة الحثرية ذات الأنماط المصلية من D إلى K في جميع أنحاء العالم . وتعرف الآن بأنها أكثر الأمراض المنتقلة بالجنس مشاهدة . إن النساء الحاملات للعامل الممرض في عنق الرحم واللا عرضيات هن مصدر عدوى هام . يكون أكثر من ٦٪ من الأشخاص الأصحاء النشيطين جنسياً وأكثر من ٢٠ – ٣٠٪ من المرضى المراجعين لعيادات الأدواء المنتقلة بالجنس مصابين بالخمج . يشاهد هذا الخمج بالمشاركة مع المكورات البنية في أكثر من ٤٠٪ من الحالات . بينت الدراسات المصلية أن حوالي ٢٥٪ – ٤٥٪ من الكهول قد تعرضوا للخمج بالمتدثرة الحثرية في الماضي . وقد ينتقل الخمج من الأم إلى الوليد عندما يمر الطفل في قناة الولادة المخموجة .

**الموجودات السريرية** : تشبه التظاهرات السريرية للأخماج البولية التناسلية بالمتدثرات الحثرية تظاهرات الإصابة بالمكورات البنية عند الرجل . وغالباً ما تصيب المتدثرة الحثرية الإحليل عند الرجال بينما تصيب عنق الرحم عند النساء . يبقى الخمج عادة مقتصراً على الأغشية المخاطية ؛ ولكن انتشار العامل الممرض إلى الملحقات ( التهاب النفير ، التهاب البربخ ) وإلى الصفاق ( أدواء الحوض الالتهابية ، والتهاب ما حول الكبد « متلازمة فريتز – هيوغ – كيرتس Fritz – Hugh – Curtis Syndrome » ) قد يؤدي إلى الاختلاطات . يبدو أن خمج أنابيب فالوب بالمتدثرة الحثرية هو أحد أسباب العقم المهمة .

أثبتت الدراسات المتعددة المصلية أن المتدثرة الحثرية هي عامل مهم في داء رايتر . قد يشكو المريض من التهاب مفاصل تالي للخمج ولكنهم لا يبدون الأعراض الأخرى لداء رايتر ( التهاب الإحليل ، والتهاب الملتحمة ، والآفات الجلدية المخاطية النموذجية ) . وقد ثبت حديثاً وجود جسيمات شبيهة بالمتدثرات في السائل الزليلي Synovial عند هؤلاء المرضى .

**التشخيص** : لا يمكن تفريق الخمج البولي التناسلي بالمتدثرات الحثرية سريرياً عن الخمج بالمكورات البنية ، رغم أنه ثبت إحصائياً أن الخمج بالمتدثرات الحثرية يُحدث مفرزات أقل قيحية ، ولكن هذا ليس من المعايير المفيدة في الحالات المفردة وبخاصة أن الخمج المترافق بكلا العاملين الممرضين ليس نادراً . وبما أن الصادات المستعملة لمعالجة الخمج بالمتدثرة الحثرية لا يفيد في المكورات البنية والعكس بالعكس لذا يجب إجراء التحري المخبري عن العاملين الممرضين معاً . وإن الطريقة المثلى هي إظهار الكائنات الحية في العينة المأخوذة سواء من الإحليل أو من عنق الرحم أو من المستقيم أو من النسج المأخوذة بالخزعة . تتبع النتائج نوعية العينة المأخوذة التي يجب أن تحتوي على خلايا ظهارية كثيرة قدر الإمكان . نحصل على عينة جيدة بإدخال قضيب رفيع ملفوف عليه قطعة قطن رقيقة عميقاً في الإحليل أو في قناة العنق . وقبل سحب القضيب يدار لمدة قصيرة لكشط الخلايا الظهارية . يمكن رؤية المتدثرات إما

بالومضان المباشر باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة أو بعزلها بزرع النسج . فإذا تم انتقاء الطريقة الأخيرة يجب نقل العينة في دارئه Buffer فوسفاتية سكرية تحتوي على الصادات وموضوعة ضمن وسط ثلجي بارد ورغم أن الفحص المجهري بالومضان المباشر سهل لكن يجب أن يجرى من قبل أشخاص مدربين على القراءة المجهرية للحصول على نتائج مَرضية . إن حساسية الطريقتين هي أقل من ١٠٠٪ . ولا يمكن استعمال الاختبارات المصلية لتشخيص الخمج البولي التناسلي بالمتدثرات . هناك مشكلتان رئيسيتان مسؤولتان عن ذلك . أولاً : إن وجود الأضداد في الأشخاص النشيطين جنسياً مرتفع يصل غالباً إلى ٥٠٪ من جميع الأشخاص المختبرين ، لذا فإن القيمة التكهنية للنتائج الإيجابية تكون منخفضة . ثانياً : يبدأ الخمج غالباً دون بدء حاد وقد يكون مزمناً . وإن عودة الخمج كثيرة المشاهدة . ولهذه الأسباب من الصعب إظهار ارتفاع في عيار الأضداد وتكون الغلوبولينات المناعية M نادرة الوجود .

**المعالجة** : إن البنسلينات والأمبيسيللين والسيفالوسبورين أو السبيكتينومايسين التي تعطى لمعالجة السيلان لا تفيد في إزالة خمج المتدثرات المرافق . إن الأدوية الأكثر إفادة في معالجة المتدثرات الحثرية هي التتراسكلين والدوكسي سيكلين ٢ × ١٠٠ ملغ في اليوم ، أو الإريترومايسين ٤ × ٠,٥ ملغ في اليوم ولمدة ٧ ـ ١٤ يوماً في الأخماج غير المختلطة . وقد يفيد الريفامبيسين والكليندامايسين والسولفوناميد . إن الكينولونات الحديثة فعالة في الزجاج غير أنه لا تتوفر معلومات أكيدة عن محاولات سريرية لاستعمالها عند الإنسان ، وإذا كان لها ميزات مفضلة عن الأدوية الأخرى الفعالة والمستعملة عادة في حالات النكس التي يحدث في ٥ ـ ١٠٪ عند المرضى المعالجين بالتتراسكلين فإنه يمكن استعمال الكينولونات الحديثة لشفاء المرض مثل سبروفلوكساسين Ciprofloxacin . يجب إعطاء معالجة مشتركة بجرعة واحدة من الدواء الفعال ضد المكورات البنية ( فعل البنسلين G والسبكتينومايسين والجيل الثالث من السيفالوسبورين مثل سفترياكسون Ceftriaxone ) يتبع ذلك معالجة ناجعة مضادة للمتدثرات الحثرية ويجب معالجة الشريك الجنسي لتجنب عودة الخمج .

### التهاب الملتحمة المشتمل Inclusion Conjunctivitis :

تسبب هذا الداء المتدثرات الحثرية ذات الأنماط من D إلى K . يحدث المرض بشكل إفرادي في نصف الكرة الغربية ويكون عادة بشكل سليم ، وسيره محدود ذاتياً رغم أنه يمكن أن يُحدِث اختلاطات مزمنة مثل ندبات في الملتحمة القرنية . يعتبر الطريق التناسلي مستودع للخمج ، وقد يصاب الوليد عند اجتيازه القناة الولادية . لا يُفرّق التهاب الملتحمة المشتمل المسبب عن المشتملات الحثرية عند الوليد من الناحية السريرية عن التهاب الملتحمة بالمكورات البنية . قد لا تفيد وقاية كريديه Crede's ونوقشت فعالية قطرة التتراسكلين . قد يعقب التهاب الملتحمة عند الوليد إصابته بذات رئة بالمتدثرات .

### الحثر Trachoma :

عرف هذا الداء منذ القدم وتسببه الأنماط المصلية A ، B ، Ba و C للمتدثرات الحثرية . وإن التهاب الملتحمة الحثري من الأسباب الرئيسية للعمى التي يمكن اتقاؤها . يشاهد في جميع أنحاء العالم ، وبخاصة في المناطق المدارية وتحت المدارية والمناطق المتوطنة . وقد وجد كل من هالبرستادلر Halberstadler وفون بروازك Von Prowazek عام ١٩٠٧ مشتملات خلوية نموذجية داخل الهيولى في اللطاخات المأخوذة من ملتحمة الأشخاص المصابين بالحثر . وفي عام ١٩٠٩ كشفا عن مشتملات خلوية مماثلة من مفرزات الإحليل عند امرأة وليدها مصاب بالتهاب عين . وقد تم عزل المتدثرات من المرضى المصابين بالحثر عام ١٩٥٧ .

### الحبيبوم اللمفي الزهري Lymphogranuloma Venereum [ Hunter 1786, Nicolas – Favre – Durant 1913 ] :

*المرادفات* : الحبيبوم اللمفي المغبني ، الاعتلال اللمفي الزهري ، الدبل المناخي ، داء نيكولا ـ دوران ـ فافر Nicolas, Durant – Favre Disease .

**التعريف** : ينتقل هذا الداء غالباً وفقط عن طريق الاتصال الجنسي . وتسببه المتدثرات ويحدث بشكل رئيسي في المناطق المدارية وتحت المدارية .

**العامل الممرض** : المتدثرات الحثرية الأنماط $L_1$ و $L_2$ و $L_3$ . كان يعتقد سابقاً أن سبب الداء حمة راشحة . ولم تعرف هوية المشتملات الخلوية على أنها متدثرات حتى العقد الأخير .

**الوبئيات** : يحدث الداء عادة في المناطق المدارية وتحت المدارية . في نصف الكرة الأرضية الغربي . يشاهد الداء غالباً فقط بين البحارة ، واللوطيين ، والمومسات ، والجنود والمسافرين العائدين من المناطق المتوطنة . يحدث تورم عند الرجل بشكل رئيسي في المغبن بينما تشكو النساء من المناطق التناسلية والشرجية والمستقيمية . ينجم اختلاف مكان الإصابة بين النساء والرجال عن مكان الإصابة البدئية . تدخل المتدثرة الحثرية عند الرجال عن طريق القضيب وتنزح نحو العقد اللمفية المغبنية . بينما تدخل المتدثرة الحثرية عند النساء عن طريق المهبل أو عنق الرحم وتنزح نحو العقد اللمفية الحوضية والشرجية والمستقيمية .

والمصاب الذي شفي سريرياً قد يبقى خمجياً . يعتمد سير الداء على مناعة المريض ، يكون الداء سلبياً وذا سير قصير إذا تشكلت الأضداد بسرعة . وفي حال المناعة الضعيفة يكون الداء أكثر انتشاراً وغير قابل للشفاء بسهولة ويستمر لفترة طويلة . قد يصاب عدد من الأشخاص دون الانتباه إلى الإصابة بينما يبقى آخرون في السرير مع شعور بعدم الارتياح وغير قادرين على العمل . يحدث الموت في الخمج الثانوي فقط ومع ذلك فإن مجموعة الأعراض الشرجية المستقيمية قد تكون خطرة على الحياة .

**الموجودات السريرية** : إن ذراري الحبيبوم اللمفي الزهري قد تؤدي إلى صورة سريرية مشابهة للصورة المحدثة من قبل الأنماط المصلية D إلى K من المتدثرات الحثرية والموصوفة تحت الأخماج البولية التناسلية . تقسم الصورة السريرية النموذجية إلى ثلاث مراحل :

*المرحلة الأولى : الآفة البدئية :* تستمر فترة الحضانة أربعة عشرة يوماً على الأقل وقد تزيد على ذلك . تكون الآفة البدئية بشكل حطاطة صغيرة يتراوح قدّها بين ١ – ٥ مم تتطور إلى حطاطة حويصلية أو بثرة ثم تصبح أخيراً قرحة سطحية . تنضح مفرزات مصلية وتُستر غالباً بمخاط رمادي . لا يوجد آفة بدئية نموذجية . تشبه الحطاطات والقرحات السطحية تلك التي تشاهد في القريح . وقد تبدو الآفات كما في الإفرنجي . تحدث التبدلات عند الرجل على الحشفة ، في التلم الإكليلاني ( الحوق ) وعلى القلفة **Foreskin** أيضاً أو الإحليل الأمامي . تحدث التبدلات عند المرأة في الفرج أو المهبل ، وعنق الرحم أو فوهة المهبل ، إن التظاهرات البدئية هي أحياناً التهاب إحليل أو التهاب عنق الرحم . قد تحدث آفات بدئية في الفم أو البلعوم نتيجة الاتصال الجنسي الفموي التناسلي **Fellatio or Cunnilingus** . تكون الآفة البدئية غير مؤلمة وغالباً ما تمر دون الانتباه إليها . وتبقى عادة مدة قصيرة .

*المرحلة الثانية : الأدبال* ***Buboes*** : بعد أسبوعين تقريباً من ظهور الآفة البدئية ينتشر الداء عبر الأوعية اللمفية . وغالباً ما يكون انتباج العقد اللمفية المغبنية وحيد الجانب . ونادراً ما يكون ثنائي الجانب . تنتبج العقد اللمفية عادة فوق الرباط المغبني . ونادراً ما تنتبج العقد المتوضعة تحته . وهي تلتصق ببعضها مشكلة عقداً قدّها ٢ – ٤ سم وأحياناً ٦ – ٨ سم . قد تتشكل هذه العقد فوق الرباط المغبني وتحته مؤدية إلى تشكل علامة الميزابة . وهي تلتصق على الجلد ولكنها تظل متحركة على الأنسجة العميقة . يكون لون العقد المؤلمة أولاً أحمر ثم تصبح حمراء مزرقة أو حمراء بنية . يتشكل خراج في مركز العقدة غالباً وكثيراً ما تنثقب وتشكل ناسوراً يخرج من فوهته قيح أبيض مخضر رهيمي القوام . ثم ينغلق الناسور تاركاً وراءه ندبة منخمصة . ( راجع الشكل ٤ – ٤٢ ) . إذا كانت الآفة البدئية في المستقيم أو المهبل تصاب العقد اللمفية حول المستقيم وحوالي الأبهر وقد تصاب هذه العقد أيضاً إذا توضع الداء في الأعضاء التناسلية الخارجية . تجس الحفرة الحرقفية والبطن بوضعية الارتخاء والركبتين منثيتين فنشعر بالعقد المنتبجة . ولهذه الأدبال البطنية أهمية تشخيصية كبيرة ، وتتشكل مع أو دون أعراض عامة ، تشمل هذه الأعراض ترفعاً حرورياً ، وتوعكاً ، وفقد الشهية والوزن . قد تظهر أعراض انتشار الداء مثل الأعراض الرثيانية ، تورم المفاصل ، طفح ظاهر للحمامى العقدة والحمامى عديدة الأشكال أو اندفاعات حمامية بسيطة عابرة أو شروية . ومن النادر حدوث الاختلاطات التالية : التهاب ملتحمة ، التهاب دماغ وسحايا ، ضخامة كبد وطحال ، تيبس الرقبة وصداع . يوجد بالبدء كثرة الكريات البيضاء وفي زمن تال يحدث كثرة اللمفاويات . وتكون سرعة التثفل (ESR) مرتفعة .

*المرحلة الثالثة : الفيل القرحي التناسلي المستقيمي الشرجي :* ***Ulcerous Genitoanorectal Elephantiasis*** : قد تستمر المرحلة الأخيرة لعدة سنوات وتتصف بتليف وتضيق في السبيل التناسلي ومنطقة المستقيم . والاختلاط الذي يخشى منه هو فيل الأعضاء التناسلية الخارجية ، الأشفار ، القضيب ، والصفن ، يحدث تضيق في المستقيم عند النساء والجنوسيين .

*القصة :* كانت توصف هذه المرحلة الثالثة ولمدة طويلة تحت اسم الداء الفيلي في الأعضاء التناسلية أو المعقد العرضي الشرجي المستقيمي (Fournier) . لم تثبت طبيعة المرض كمرحلة ثالثة من الحبيبوم الزهري إلا بعد إجراء اختبار فراي **Frei** وإظهار المتدثرات في الآفات . تختلف الأعراض السريرية حسب توضع الداء في الأعضاء التناسلية أو في الشرج والمستقيم .

*فيل الأعضاء التناسلية* ***Genital Elephantiasis*** : يبدأ الحبيبوم اللمفي الزهري بإصابة أولية لمنطقة الأعضاء التناسلية مثل الشفر الكبير أو الشفر الصغير ، فوهة الإحليل ، البظر ، المهبل ، عنق الرحم أو العويكشة . ثم يحدث تقرح مع فيل مرافق يستمر لمدة سنتين ، أحياناً تبقى التبدلات موضعة في منطقة محددة مثل الصماخ البولي ( الإحليل بشكل فم السمكة **Fish – Mouth – Urethra** ) أو البظر . يصاب الشفر الكبير بشكل كامل في أغلب الحالات . ويكون متضخماً كثيراً ذا قوام مطاطي . قد يحدث انتباج أملس مع تشققات عميقة أو تبدلات حليمومية ثؤلولية مع تقرح . وقد يظهر تورم فيلي في المهبل والعجان ، وتصاب المنطقة الشرجية المستقيمية . تختلط الصورة بتضيق الإحليل وتشكل نواسير بين الإحليل والمهبل أو

بين المهبل والمستقيم . ومن النادر حدوث فيل الصفن أو القضيب عند الرجال .

*مركب الأعراض المستقيمية الشرجية* ***Anorectal Symptom Complex*** : ينشأ عادة من خمج ثانوي في المنطقة التناسلية . ولكنه قد يحدث بشكل مباشر من آفات بدئية في منطقة الشرج أو المستقيم . إن إصابة المستقيم والشرج من أخطر الإصابات في الحبيبوم اللمفي الزهري . يحيط بالشرج انتباج يشبه البواسير أو اللقموم المؤنف . تشمل الإصابة العقد اللمفية حول الشرج مما يؤدي إلى احتقان في منطقة تبعد من ٢ - ٦ سم فوق المعصرة الشرجية يتسمك المستقيم ويصبح قاسياً مع تشكل تبارزات فتصبح اللمعة ضيقة . ويصبح البراز بشكل القلم ومغطى بالدم والقيح الآتيان من المستقيم . يشاهد في المستقيم تقرحات متعددة بأحجام مختلفة . وأخيراً تظهر النواسير حول الشرج وحول المستقيم . بعد مدة طويلة تنقص المفرزات تاركة نواسير جافة مستمرة وغير مؤلمة . يصبح التبرز صعباً جداً ، وتكون حالة المريض العامة سيئة للغاية في هذه المرحلة . قد يختلط الحبيبوم اللمفي الزهري بوجود أدواء أخرى منتقلة بالجنس مثل الإفرنجي ، والسيلان والقريح .

**الإنذار** : جيد نسبياً إذا اكتشف الداء وعولج في المرحلة الأولى وبدء المرحلة الثانية ويكون الإنذار سيئاً في المرحلة الثالثة مع الفيل ومركب الأعراض الشرجية المستقيمية .

**التشخيص** : الجماع الجنسي في المناطق المتوطنة ، وعقيدات متقرحة غير مؤلمة ، وأدبال ملتهبة . ومركب الأعراض الشرجية المستقيمية .

**التشخيص المخبري** : من النادر أن ينجح الفحص المجهري المباشر في كشف المتدثرات الحثرية في الآفات البدئية أو القرحات ، أو في قيح الدبل أو الخزعة الملونة بالغمزا أو التلوين بالفلوريسئين .

*الزرع* : ينجح زرع المواد الخمجية على أوساط زرعية إذا أخذت العينة من الدبل .

*اختبار التألق المناعي الدقيق (Micro – IF)* : هو أكثر حساسية من اختبار تثبيت المتممة . تكشف الطريقة الأولية الأضداد ضد مستضدات نوعية . أما الاختبار المعدل الذي يستعمل الزمرة $L_2$ كمستضد وحيد هو أكثر ممارسة ويمكن كشف جميع الأضداد ضد جميع أنماط المتدثرات الحَثَرية . وبما أنه نادراً ما نشاهد الداء في المرحلة الحادة فمن النادر أيضاً ملاحظة ارتفاع ملحوظ في عيار الأضداد أو إظهار وجود الغلوبولين المناعي IgM . يحدث في الحبيبوم اللمفي الزهري ارتفاع شديد في عيار الضد IgG ( > ١ : ٢٠٠٠ ) وهو يتجاوز كثيراً العيارات المشاهدة في التهاب الإحليل اللا سيلاني الناجم عن المتدثرات .

*الرحلان المناعي الكهربي* ***Immunoelectrophoresis*** : تستعمل هذه الطريقة المصلية مستضداً نقياً قابلاً للانحلال مستخلصاً من ذرية معزولة من حالة حبيبوم لمفي زهري لتشخيص هذا الداء . حتى الآن نستطيع كشف أضداد نوعية ضد الحبيبوم اللمفي الزهري فقط . لا يوجد بهذه الطريقة تفاعل تصالبي مع أنماط مصلية أخرى من المتدثرات الحثرية . تجرى هذه الطريقة في المخابر المختصة فقط .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن الأمراض الأخرى التي تسبب اعتلال عقد لمفية مغبنية مثل الحلأ التناسلي الناكس الإفرنجي ، القريح ، السل ، وداء هودجكين ونادراً الطاعون والتولارمية .

**المعالجة** : يعطى في المراحل الباكرة من الداء كميات كبيرة من التتراسكلين ( ٢ - ٣ غ يومياً ولمدة ١٠ - ١٤ يوماً على الأقل ) أو الدوكسي سيكلين ( ١٠٠ ملغ مرتين يومياً ) . يفيد أيضاً الإرثرومايسين والريفامبيسين أو السلفاميتوكسازول والتريميتوبريم بمقادير مناسبة . يدل انخفاض عيار الأضداد على زوال العامل الممرض ولكن رغم المعالجة الكافية قد لا تتبدل العيارات ويستمر الخمج . يجب ملاحظة الخمج الثانوي بالجراثيم سلبية الغرام . تفيد المعالجة في المرحلة الثالثة فقط في إزالة الأعراض ويجب اللجوء إلى التدابير الجراحية الملطفة لتصحيح النواسير والتضيقات .

يجب التبليغ عن الخمج في العديد من البلدان .

## القريح Chancroid

[ Ducrey 1889 ]

*المرادفات* : القرح اللين ، القرحة اللينة .

**التعريف** : القريح هو داء ينجم عن خمج جرثومي بعصيات دوكري Ducrey المستدمية وتنتقل غالباً بالطريق الجنسي . العدوى الذاتية ممكنة . تظهر قرحة أو قرحات مؤلمة مشرشرة مرتفع هامشها تترافق بتورم مؤلم في العقد اللمفية . ولا تتشكل مناعة .

**القصة** : وجد دوكري عام ١٨٨٩ العامل الممرض في القيح المأخوذ من القرحات وعزله Unna عن النسج عام ١٨٩٢ وسماه السِلْسِلية Streptobacillus .

**العامل الممرض** : العصية المستدمية لدوكري ، وهي جراثيم قصيرة ، سلبية الغرام ، عصوية طولها حوالي ٦,٠ × ١ - ٦,١ ميكرون $\mu$ m مع نهايات مستديرة

وميل لتشكيل سلاسل ، يبدو بالتلوين الغمزا أو بأزرق المتيلين عصيات ثنائية القطب تشبه دبوس الأمان ( الشكالة ) Safety Pin .

**الوبئيات**: يحدث الداء في جميع أنحاء العالم وبخاصة في المناطق المدارية وتحت المدارية . وهو نادر الحدوث . يشاهد خاصة في المدن الكبيرة والمرافىء . وهو عند الرجال أكثر منه عند النساء بحوالي ٥ – ٢٠ مرة ، ولعل ذلك بسبب إصابة النساء اللا عرضية والتي تكون حاملة للمرض ، يفسر انتشار الوباء في بعض البلاد الآخذة بالتطور بقلة النظافة ونقص الرعاية الصحية . وتكون نسبة الإصابة في الحروب مرتفعة . ففي الحرب الكورية والفيتنامية كانت الإصابة بالقريح تعادل الإصابة بالسيلان في الجيش الأمريكي . وكان نادراً ما يشاهد القريح خلال الثلاثين سنة الماضية في ألمانيا . ولكن منذ عام ١٩٧٧ ازداد عدد الإصابات في تركيا والولايات المتحدة الأميركية وكندا وألمانيا .

**الموجودات السريرية** : تحدث الآفة البدئية بعد فترة حضانة تستمر من ٢ إلى ٤ أيام . وهي حطاطة على قاعدة حمامية تتحول بسرعة إلى بثرة ومن ثم إلى قرحة لينة مؤلمة مشرشرة الحواف . تكون الحواف في الحالات النموذجية مرتفعة وغير منتظمة مع محيط مزدوج : محيط خارجي أحمر قانٍ ملتهب وفي الداخل شريط متنخر ضيق ضارب للصفرة أما قاع القرحة فأصفر رمادي اللون ويكون تحتها نسيج وعائي حبيبي . يتفاوت حجم القرحة وتكون طرية ومؤلمة بالجس . يصيب القريح عادة الأعضاء التناسلية ، وقد يتوضع في أي مكان . وغالباً ما يشاهد القريح عند الرجال بشكل قرحة ثاقبة بحجم رأس الدبوس تتوضع على الحشفة ، سواء على فوهة الإحليل أو على اللجام . وقد تظهر على التلم الإكليلاني Coronal Sulcus ، على جسم القضيب ، في جذر القضيب ، على العانة ، على الصفن أو في الوجه الأنسي للفخذين .

أما عند النساء فيصيب الشفر الكبير والشفر الصغير ، منطقة الإحليل ، العويكشة وبشكل نادر يصيب المهبل أو عنق الرحم . وقد يحدث تقرح في العجان أو الشرج . يجب استعمال المنظار المهبلي والشرجي لفحص المهبل والشرج . إذا شككنا بالإصابة بالقريح وبخاصة في حالة الاتصال الجنسي غير الشرعي Promiscuity . يتراوح عدد القرحات بين واحدة إلى عدة قرحات تبعاً لمكان الخمج وإمكانية العدوى الذاتية .

*الأشكال السريرية الخاصة :*

*القريح الجريبي* **Follicular Chaneroid** *( القريح الجريبي الدخني (Vörner) )* : تحدث قرحة صغيرة حول جريب شعري ، غالباً في منطقة العانة مع وجود شعرة منتصبة في وسط الآفة . يمكن أن يحدث عدة قرحات جريبية في نفس الوقت .

*القريح المرتفع* **Raised Chaneroid** *( القرحة اللينة المرتفعة )* : يتشكل في قاع القرحة نسيج حبيبي التهابي مفرط النمو مشكلاً كتلة لاطئة ترتفع حتى مستوى الجلد ، تبقى حواف القرحة مشرشرة . ( راجع الأشكال ٤ – ٤٤ ، ٤ – ٤٥ ، ٤ – ٤٦ ) .

*القرحة الآكلة* **Phagedena** *( القرحة اللينة المواتية )* : مرض نادر ، يعزى إلى خمج جرثومي مشترك . تسبب هذه القرحة نخرات سريعة التشكل .

*القريح الساعي* **Serpiginous C.** *( القرحة اللينة الساعية* **Ulcus Malle Serpiginosum** *)* : يحدث نخر قرحي ينتشر بسرعة إلى جدار البطن والوجه الأنسي للفخذين ناجم عن العدوى الذاتية والخمج المشترك ونقص مقاومة الخمج .

*القريح العابر* **Transient Ch.** : تكون القرحة صغيرة جداً تشفى بسرعة يتبعها اعتلال واضح في العقد اللمفية .

*الدبل* **Bubo** *( اعتلال العقد اللمفية )* : يقتصر الداء في أكثر من ٥٠٪ من المرضى على القرحة النموذجية ، ولكن قد يحدث التهاب أوعية لمفية جرثومي وصفي وأدبال موضعة . يبقى التهاب الأوعية اللمفية غير واضحاً ، وعلى وجه التحديد نادراً ما يجس الوعاء اللمفي المتثخن كالحبل على الجانب الظهري من القضيب . ثم قد تتشكل خراجات على جذر القضيب بقدّ ٥ – ١٠ مم . تعرف بالأدبال Bubonuli ، وإن أكثر الاختلاطات إزعاجاًهو انتباج العقد اللمفية في المنطقة ( الدبل Bubo ) الذي يظهر بعد أسبوع أو أسبوعين من الآفة البدئية ، وبشكل نادر بعد عدة أيام من ظهور القرحة ، أو بعد شفاء الآفة البدئية . ينتبج المغبن خلال ليلة ويصبح مؤلماً . فيبدو الجلد أحمراً ، ملتهباً ووذمياً . وقد تصاب عقدة لمفية أو أكثر . يحدث تموج واضح بعد ٢٤ ساعة مع تميه واضح . يكون الجلد الساتر للخراج رقيقاً ومشدوداً ، وقد ينفتح الدبل عبر الجلد مع خروج القيح . وغالباً ما تكون العقد ملتصقة مع النسج المجاورة . وإذا لم يعالج الداء بشكل جيد وفي وقت مبكر تظهر نواسير في العقد اللمفية ، وإذا كان محتوى الدبل غنياً بعصية دوكري المستدمية وتكثر في هامش الناسور مؤدية لتشكل الدبل القريحي . يصل حجم القريح حول الناسور غالباًإلى قد الليرة ، ومن الممكن أن يحدث أيضاً تنخر مواتي .

***الأعراض***: يكون المصاب عليلاً ويحدث ترفع حروري بسيط ، قد تؤدي الاختلاطات إلى تضيق القلفة وحوالي القلفة Paraphimosis ، وتضيق الإحليل أو نواسير الإحليل .

*القريح المختلط* ***Mixed Chancroid*** : قد يصاب المرضى بأمراض أخرى منتقلة بالجنس مرافقة لإصابتهم بالقريح مثل الإفرنجي . وإذا حدثت إصابة باللولبيات الشاحبة في نفس وقت الإصابة بالقريح ، تصبح آفات القريح قاسية بعد ثلاثة أسابيع وتتشكل قرحة مختلطة مع وجود العاملين الممرضين في الآفات . إن كي القريح بنترات الفضة يؤدي أيضاً إلى قساوتها ويصبح التشخيص أكثر صعوبة .

**التحري عن العامل الممرض :**

*اللطاخات* ***Smears*** : يؤخذ النسيج المنتخر من القريح أو الدبل أو من حواف الآفة المقتلعة بواسطة عروة من البلاتين وتفرش على صفيحة زجاجية . ويعد تلوينها بتلوين غمزا أو غرام تفحص بالمجهر حيث تشاهد عصيات دوكري المستدمية ذات التلون القطبي المزدوج وتبدو مثل قطع السمك **Shoal of Fish** . يمكن إظهار العصيات بسرعة وبتكبير صغير بعد تلوينها بأخضر ميتيل البيرونين حسب ما ذكر **Pappenheim and Unna** . نضع الملون لمدة خمس دقائق ثم نقوم بالغسل . تبدو عصيات دوكري والجراثيم الأخرى بلون أحمر قانٍ بينما تبدو نوى العدلات بلون أخضر ضارب للزرقة . ونحصل على محضرات جيدة بتسخين محلول الملون لدرجة ٥٦° مئوية . يبدو العامل الممرض كسلاسل طويلة ١٠ ــ ٣٠ ميكرون بين بقايا الخلايا . تأخذ الجراثيم العصوية اللون بشدة في قطبيها فتشبه الدَّمْبَل **Dumbbells** ( الأثقال التي يرفعها الرياضيون ) أو دبوس الأمان ( الشكالة ) . يكون التحري عن العامل الممرض إيجابياً في ٥٠٪ من الحالات .

*بزل أو رشف محتوى الدبل* ***Puncture or Aspiration of the Bubo*** : قد يؤخذ القيح من الدبل بطريقة الرَّشْف مع أخذ الاحتياطات لإبقاء الطريقة عقيمة . ثم نضع الرشافة على صفيحة زجاجية ، تجفف بالهواء وتلون كما مر سابقاً .

*الزرع* ***Culture*** : ليس من السهل زرع عصية دوكري . يجب أخذ القيح من الدبل إذا وجد . تؤخذ المفرزات من القرحة للعزل البدئي . يمكن استعمال أوساط زرعية خاصة تحتوي على الدم . تنمو عصيات دوكري بشكل مستعمرات صغيرة رمادية مصفرة بأحجام مختلفة . تعتمد التحريات في المستقبل على شكل العصية بتلوين غرام وتفاعلها للتأكسد واحتياجها للعامل X وليس للعامل V . نحصل على النمو الأمثل في جو رطب وبدرجة حرارة ٣٣° مئوية وبوجود غاز ثاني أوكسيد الكربون بنسبة ٥ ــ ١٠٪ . نشاهد سلاسل على شكل كرتين يصل بينهما خط رفيع **Dumbbells** أو على هيئة دبوس الأمان ( الشكالة ) .

*اختبار العدوى الذاتية* ***Autoinoeulation*** : قبل اكتشاف عصية دوكري كان يعرف أنه من الممكن تلقيح الإنسان بمادة القريح ، وكانت تستعمل هذه الطريقة للتشخيص . نضع القيح المأخوذ من القرحة أو الدبل على الجلد المشطب للمريض سواء على الساعد أو على البطن ونستره بزجاجة الساعة . في الحالات الإيجابية تظهر آفة وصفية خلال يوم إلى يومين تشبه الآفات البدئية على الأعضاء التناسلية أو تظهر بقعة حمراء تتحول إلى حطاطة ثم إلى بثرة ومنها إلى قرحة حوافها مقتلعة وقاعدتها متنخرة . يمكن عزل العامل الممرض من هذه القرحة التي تحيط بها هالة ضيقة حمراء التهابية . يُحدث أخذ العينة من القرحة ألماً . لقد توقف العمل بهذا التلقيح لأنه تم الإبلاغ عن حدوث حالات من التلقيح الذاتي للحلأ البسيط سواء من خمج حلئي غير مشخص أو من خمج مزدوج بعصية دوكري والحمة الحلئية من نمط I أو II .

*نقل العامل الممرض إلى الحيوانات* : لقد تم نقل العامل الممرض إلى القردة بنجاح .

*الخزعة* : تؤخذ من حافة القرحة ولكنها ليست نوعية . يشاهد ثلاث مناطق : الطبقة النخرية السطحية غنية بالعدلات والفيبرين والكريات الحمر في قاع القرحة . طبقة متوسطة من الأدمة الالتهابية المتوذمة مع توسعات وعائية وخثرات ضمن الأوعية . وطبقة عميقة غنية برشاحة من المصوريات واللمفاويات .

*تفاعل إيتو ــ رينستيرنا* ***Ito – Reenstierna*** : وضع لقاح من قيح الدبل المعقم للحقن المعقم في الأدمة . في الحالات الإيجابية يحدث تفاعل خلوي متأخر من نمط اختبار السلين ، ينقلب بعد ٢٤ ــ ٤٨ ساعة إلى عقيدة أكبر من ٥ مم . يزول التفاعل بعد عشرة أيام . يكون الاختبار إيجابياً في ٧٥٪ من المرضى المصابين بالقريح ، ويبقى إيجابياً بعد شفاء الداء ، ومع ذلك لا تتشكل مناعة . لذا لا يستعمل هذا الاختبار للتشخيص وهو ذو قيمة تاريخية فقط . ( راجع الشكل ٤ ــ ٤٧ ) .

*اختبار تثبيت المتممة* ***Chancroid Complement Fixation*** : يبدي هذا الاختبار زيادة في عيارات الأضداد بعد ثلاثة أسابيع من تشكل الآفة القريحية ، وهو لتأكيد التشخيص الراجع لذلك فهو ليس ذا أهمية تشخيصية .

*الإفرنجي واختبار* ***HIV*** *المصلي* : يجب إجراء الاختبارات المصلية في نهاية المعالجة وبعد ست أسابيع حتى لا يمر الخمج المرافق باللولبية الشاحبة يجب إجراء اختبارات **HIV** المناسبة .

**الإنذار** : الإنذار جيد إذا شخص باكراً . تشفى الآفة تاركة ندبة صغيرة . يؤدي الدبل إلى تليف العقدة اللمفية .أما إذا تأخر التشخيص وشكل الدبل خراجاً يمتد سير المرض وينتج

عنه نواسير وندبة منخمصة . تصبح القرحة مزمنة إذا لم تعالج . ولا تشفى القرحة والدبل والنواسير شفاء عفوياً .

**التشخيص** : قرحة طرية ومؤلمة ذات حواف مشرشرة Undermined ، خراجات مؤلمة متموجة ملتهبة مشكلة للدبل ، تشاهد عصيات دوكري في اللطاخة والزرع .

**التشخيص التفريقي** : تكون القرحة الصلبة في الإفرنجي وحيدة عادة . يجب التفكير بالقرحة المختلطة والتفتيش عن اللولبية الشاحبة . قد يحدث خمج مترافق مع السيلان . يجب التفريق عن الحلأ البسيط وبخاصة في الآفات المتقوئية ثانوياً مؤدية إلى تآكلات مؤلمة مع حواف متعددة الحلقات . قد يكون هناك تصالب تفاعلي مع الحبيبوم اللمفي الزهري في المناطق المتوطنة . إن القرحة الفرجية الحادة نادرة ، ولكنها عندما تتشكل فهي لا تتسع ، كما أنها ليست ذات حواف مجوفة Undermined ولا حلقية الشكل .

**المعالجة** :

*الجهازية* :

*السلفاميدات* : وهي الأدوية المنتقاة ، وتستعمل عادة قبل اللجوء إلى الأدوية الأخرى . فهي لا تحجب إصابة الإفرنجي . تكون مدة المعالجة عشرة أيام على الأقل ، ونسبة فشل هذه المعالجة حوالي ١٠٪ .

*التري ميثوبريم سولفاميثوكسازول* : ٨٠٠ ملغ سلفاميثوكسازول و ١٦٠ ملغ تري ميثوبريم يومياً عن طريق الفم ولمدة عشرة أيام على الأقل .

*السولفاديازين Sulfadiazine* : الجرعة البدئية ٤ غ في اليوم مع تناول كمية كبيرة من السوائل خلال ساعتين ثم ١ غ ثلاث مرات يومياً ولمدة ٧ — ١٠ أيام حتى تشفى القرحة سريرياً . ويجب المعالجة مدة أطول إذا كان هناك أدبال .

*السلفيزوكسازول Sulfisoxazole* : الجرعة البدئية ٢ غ ثم ١ غ ٤ مرات يومياً .

*الأمينوغليكوزيد Aminoglicosides* : لا تحجب الإصابة المترافقة بالإفرنجي ومن سيئاتها إعطاؤها حقناً إضافة إلى سميتها .

*الستربتومايسين* : يستعمل بمقدار ١ غ حقناً عضلياً يومياً ولمدة ٧ — ١٠ أيام .

*التراسكلين* : هو من الصادات المفيدة ولكنه يحجب إصابة الإفرنجي المرافقة حيث لا يكون علاجاً فعالاً في الإفرنجي بالجرعة الاعتيادية في معالجة القريح . المقدار : ٢ غ من الأوكسي تراسكلين يومياً مقسمة على جرعتين ( أو ما يعادلها من مشتقات التراسكلين الأخرى ) ولمدة ١٠ — ١٤ يوماً . قد تحدث مقاومة للتراسكلين .

*البنسلين* : ثبت أنه غير فعال ، رغم أن عصية دوكري حساسة للبنسلين في الزجاج . قد يستعمل البنسلين في حال القرحة اللينة المواتية والأخماج المختلطة للدبل القرحية . وقد يستعمل **السيفالوسبورين** .

*سيفترياكسون Ceftriaxone* : بما أن عصية دوكري أصبحت مقاومة للمعالجات الكيماوية والصادات المستعملة في الماضي ( مثل التراسكلين ) يجب إعطاء السيفترياكسون جرعة واحدة ٢٥٠ ملغ زرقاً عضلياً . قد تفيد الكينولونات الجديدة مثل السبروفلوكساسين .

*المعالجة الموضعية* : الاستحمام أو وضع الرفادات بمادة ٨ — كينولول سلفات أو برمنغنات البوتاسيوم . قد يصبح من الضروري إجراء خزع ظهري في الجلاع Paraphimosis أو تضيق القلفة الالتهابي . إذا كانت الدبل متموجة يجب رشف القيح مع تكرار العملية إذا لزم الأمر . يجب تجنب شق الدبل .

**الجدول ٤ — ٦ : التشخيص التفريقي بين قرح الإفرنجي الصلب والقريح ( القرح اللين )**

| | القرح الصلب | القريح |
|---|---|---|
| مدة الحضانة | ثلاثة أسابيع | ٢ — ٤ أيام |
| عدد القرحات | عادة وحيدة | عادة متعددة |
| القوام | صلب | لين |
| شكليائية القرح | يفقد بنية الثلاث مناطق | بنية الثلاث مناطق |
| حواف القرح | غير مقتلعة | مقتلعة |
| الأعراض | غير مؤلم إلا إذا كان في المعصّرة الشرجية | مؤلم |
| انتباج العقد اللمفية الناحيّة | غير ملتهبة ، قاسية ، غير مؤلمة | ملتهبة مع ميل للتميه ، طرية مؤلمة |

## الحبيبوم الأُربي Granuloma Inguinale

[ Mocleod 1882 ]

*المرادفات* : الداء الدونوفاني Donovan 1905 ، الحبيبوم الزهري .

**التعريف** : هو مرض حبيبومي مزمن معتدل السراية . يشاهد عادة خارج أوروبا وأميركا الشمالية . غالباً ما يصيب المناطق التناسلية عند الرجال ولذلك صنف مع الأمراض المنتقلة بالجنس . لا يبدي ميلاً للشفاء العفوي .

**العامل الممرض** : ينجم الحبيبوم الإربي عن جرثوم كاليما الحبيبي Calymamatobacterium Granulomatis المعروف سابقاً

باسم الدونوفان الحبيبي **Donovania Granulomatis** الذي ينتمي من الناحية الشكلية والمستضدية إلى أنواع الكِلبسِلّة . يبلغ طول الجرثوم ١ ــ ٢ ميكرون ويتلون بملون غرام أو غمزا فيأخذ اللون الأزرق الفاتح أو الغامق أو يأخذ اللون الأرجواني مع تلوّن أشد وأغمق في القطبين تشاهد الجراثيم في وحيدات الخلايا الكبيرة ( أجسام دونوفان ) . يمكن زرعها على بيض الدجاج المُخصب . وقد أمكن نقل الداء إلى جنين الدجاج فقط . كما نقل بشكل تجريبي إلى الإنسان حيث بدأ الخمج بعد خمسين يوماً .

**الوبئيات Epidemiology** : يشاهد بشكل خاص في المناطق المدارية وتحت المدارية . يصاب السود والجنوسيين في العالم الغربي ، يصاب به الرجال بمعدل عشرة مرات أكثر من النساء اللواتي قد يكن حاملات لا عرضيات للمرض .

**الإمراض** : ينتقل الداء بالعدوى التناسلية بعد الإصابة بالخمج بجرثومة الكاليما الحبيبية **Granulomatis Calymomatobacterium** . يشاهد نسيج حبيبي شديد مع مصوريات كثيرة وبعض اللمفاويات . كما تشاهد العدلات بشكل مجموعات متوضعة في ذرى الحليمات الأدمية وفي البشرة مفرطة التنسج . وأهم العلامات الواسمة هو وجود الخلايا الكبيرة الوحيدة النوى مع فجوات هيولية . يبدو أن تخريش المناطق الأربية والتهابها تؤهب إلى انتقال الداء في طقس مداري حار ورطب .

**الموجودات السريرية** : التوضع الرئيسي في المناطق التناسلية وبخاصة المنطقة الأربية . فترة الحضانة ٨ ــ ١٢ أسبوعاً . يبدأ المرض بظهور بثرة حاكة أو أكثر تزداد حجماً وتشكل قرحات تتحد مع بعضها متحولة إلى لويحات قرحية طرية مرتفعة الحواف سطحها جبيبومي زغبي . تبدو حمراء بلون لحم البقر ، وتنزف بسهولة . تحدث بقع نابتة جديدة تتحد مع بعضها مشكلة كتل ساعية . تستمر الكتل النابتة غير المؤلمة في الثنيات بالاتساع البطيء لمدة أسابيع أو شهور . وتظهر عقيدات وحيدة أو متعددة تحت الجلد قد تلتبس مع العقد اللمفية ، لا تتضخم العقد اللمفية الناحيّة عادة رغم أنه قد تتشكل في المنطقة الأربية البؤرة البدئية للحبيبوم الأربي آخذة شكل دبل كاذب . تكون حواف القرحة المرتفعة غير مشرشرة ، ويظهر نتح كريه الرائحة يحتوي على دم وقيح . ومن التظاهرات السريرية النادرة ظهور البقع القرحية النابتة الموضعة ، حطاطات مفرطة التصبغ أو انخماصات شبيهة بالندبات . قد يحدث فيل في القضيب والصفن والأشفار نتيجة انسداد الأوعية اللمفية . يصبح الحبيبوم الأربي مؤلماً ومخرشاً فقط في التبدلات الثانوية . وقد يترافق بأخماج تنتقل عن طريق الجنس مثل الإفرنجي ، السيلان ، الحبيبوم اللمفي الزهري والقريح .

**الأعراض** : تكون الحالة العامة جيدة . وقد ورد حدوث الداء في الفم والعين والأصابع .

**السير Course** : مزمن ، ولا يوجد شفاء عفوي دون معالجة . الاختلاطات هي خمج الطريق البولي التناسلي ، والنزف الذي يعزى إلى تآكل الأوعية الدموية الكبيرة ، وفقر الدم ، قد تحدث سرطانة وسفية الخلايا بعد سنين ناجمة عن فرط التنسج المزمن الظهارومي الكاذب .

**الإنذار Prognosis** : سيء إذا لم يعالج المرض ، وجيد إذا عولج بالصاد المناسب وفي وقت باكر غير أنه تبقى ندبات بعد الشفاء .

**التشخيص** : يُعزل العامل الممرض بتجريف الآفة عميقاً . ثم تهرس العينة المأخوذة بين صفيحتين زجاجيتين ، تجفف بالهواء وتلون بملون غمزا . تكون العوامل الممرضة متوضعة داخل الخلايا وحيدات النوى مكورة أو عصوية الشكل ومحاطة بمحفظة . يصعب زرع الخلايا المؤوفة في الزجاج ، ولا يوجد اختبارات مصلية أو جلدية .

**التشخيص التفريقي** : اللقموم المنبسط ، الفقاع التنبتي ، الحلأ البسيط التناسلي ، الحبيبوم اللمفي الزهري ، السرطانة وداء الأميبيات .

**المعالجة** :

*الجهازية* :

*التتراسكلين* : ٥٠٠ ملغ تتراسكلين هيدروكلورايد أو ما يعادله أربع مرات يومياً ولمدة ١٠ ــ ٣٠ يوماً .

*السلفوناميد* : تري ميثوبريم سلفاميتوكسازول ٠,٥ غ أربع مرات يومياً ولمدة ٢ ــ ٣ أسابيع أو لمدة أطول إذا اقتضى الأمر وهو الدواء المنتخب لمعالجة الحبيبوم الأربي .

*الإريترومايسين* : ٠,٥ غ كل ٦ ساعات ولمدة ٢ ــ ٣ أسابيع .

*جنتامايسين* : ٤٠ ملغ حقناً عضلياً مرتين يومياً ولمدة ثلاثة أسابيع . استعمل الأمبيسيللين بنجاح في معالجة الحالات المكتسبة في فيتنام . أما البنسلين فهو غير مفيد . قد يحدث خمج إضافي ، ويجب التأكد من المقاومة للصادات .

*الموضعية* : إن التدابير الموضعية مهمة في المعالجة . تستعمل الكمادات الرطبة المبللة بمحلول بولي فينيل بيروليدون إيودايين ، أو ٨ ــ كينولينول سلفات أو برمنغنات البوتاسيوم . يمكن إزالة البقع المتنبتة جراحياً . يجب التبليغ عن هذا الداء .

## سل الجلد Tuberculosis of the Skin

الملاحظات العامة : ليس سل الجلد مرض واحد سهل التحديد ، بل عدد كبير من الأمراض الجلدية تختلف سريرياً وبالإنذار وهي مسببة عن المتفطرة السلية . يحدد شكل الإصابة السلية عدة عوامل مهمة وهي :

١ ـ الأنماط المختلفة للعامل الممرض .
٢ ـ طرق العدوى المختلفة .
٣ ـ الحالة المناعية في زمن الخمج .
٤ ـ عوامل مرتبطة بالجلد مباشرة ( التربة Terrain ) .

يبلغ عدد الإصابة بالسل في جمهورية ألمانيا الفيدرالية حوالي ٥٩ لكل ١٠٠,٠٠٠ بين السكان الأصليين و ١٢٩/١٠٠,٠٠٠ بين المهاجرين . أما الإصابة بالسل الجلدي فهي حوالي ٠,٥ ـ ١/١٠٠,٠٠٠ من السكان . وهذا الداء نادر جداً في الولايات المتحدة الأميركية وبريطانيا . سل الجلد من الأمراض التي يجب التبليغ عنها .

**لمحة تاريخية** : بعد اكتشاف المتفطرة السلية عام ١٨٨٢ بسنتين وجد روبرت كوخ العصية في الآفات الجلدية للذأب الشائع . وبهذا أصبح من الممكن جمع عدد من الآفات الجلدية تحت اسم سل الجلد . وفي عام ١٨٩١ تعرف كوخ على التبدلات المختلفة في تفاعل الجلد تجاه العصيات السلية المقتولة أو الحية وتالية للإصابة المسبقة للثوي بالخمج السلي . في عام ١٩٠٦ فسر فون فيركت C. Von Pirquet التفاعلات المختلفة للجلد تجاه العصية السلية المقتولة أو المعطلة بالحرارة ، بعد شفاء سل بدئي ، على أنه أرج نوعي تجاه عصية السل . ومنذ ذلك الوقت أصبح اختبار السلين طريقة هامة في معرفة الحالة المناعية الخلوية ( عطالة ، مناعة طبيعية أو فرط مناعة ) .

أدت هذه الملاحظات إلى وضع مفهوم الطفحات السلية . وهذا يعني تظاهرة جلدية غير مسببة عن العصيات السلية ولكنها تظهر في الجلد كتفاعل متأخر للمستضدات العصوية السلية عند مريض لديه فرط مناعة . وتعتمد الوقاية من السل بالتلقيح بعصية كالمت غورين (BCG) Calmette – Guérin على تحريض المناعة الخلوية النوعية للسلين ( النمط الرابع Type IV ) .

**الوبئيات** : يشاهد سل الجلد في جميع أنحاء العالم ولكن تغلب مشاهدته في المناطق الباردة قليلة الشمس . مصدر العدوى هو السل عند الحيوانات ( السل البقري ) والمرضى المصابون بسل فعال في الأعضاء الداخلية وبخاصة في الطرق التنفسية . من العوامل المهمة في تحديد نسبة الإصابة بالتدرن الوضع الاجتماعي والاقتصادي حيث تزداد نسبة الإصابة بالخمج السلي في الحروب ، والفقر ، والازدحام السكاني ، والتصحح السيء Poor Hygiene ونقص التغذية ، كما تزداد هذه النسبة في اضطراب المناعة الخلوية كما هو الحال لدى السكريين ، والحوامل والمصابين بنقص المناعة المكتسب (AIDS) ، والغرناوية ، والورام الحبيبي اللمفي أو اللمفومات الخبيثة الأخرى . كما يزداد الخمج وبخاصة التدرن الرئوي في المعالجة المديدة بموقفات الخلايا Cytostatics أو الستيروئيدات . وقد أصبح تدرن الجلد نادراً منذ أن تناقص عدد الإصابات بالتدرن الإنساني والبقري .

**العامل الممرض** :

*المتفطرة السلية* : وهي كائنات حية دقيقة طولها ٢,٥ ـ ٣,٥ ميكرون وعرضها ٥٣ ـ ٥٦ ميكرون ، إيجابية الغرام ، لا تشكل أبواغاً وهي منحنية قليلاً وغير متحركة ، تقاوم الحموض والقلويات والكحول . تحتوي على كمية كبيرة من الشحميات وتكبر ببطء ، ينجم التدرن الجلدي عن المتفطرة السلية أو عن المتطفرة البقرية . لا تشير الصورة السريرية إلى نوع المتفطرة المسببة للتدرن الجلدي . إن تحديد زمر المتفطرات هام إذا شككنا بأن سبب التدرن الجلدي هو من منشأ مهني كما هو الحال عند الأطباء البيطريين والمزارعين . وقد تحتوي بعض أشكال السل الجلدي على عصيات كثيرة بينما لا يحتوي البعض الآخر سوى عدداً قليلاً .

*المتفطرة اللا نموذجية Atypical Mycobacteria* : وتشمل المتفطرة بالني Balnei ( حبيبوم حوض السباحة ) والمتفطرة آفيوم Avium ( سل الدجاج ) . قد تؤدي هذه المتفطرات إلى حدوث تظاهرات جلدية تشبه سل الجلد ، ولكن يجب ألا تناقش على قدم المساواة معه .

قد يكون **انتقال المتفطرة السلية إلى الجلد** عن طريق التلقيح الخارجي أو الداخلي ( الطريق اللمفي أو الدموي ) بالانتشار المباشر إلى جانب الحالة المناعية والعوامل الموضعية . يتبع حدوث الأشكال المختلفة من سل الجلد كلاً من طراز الانتقال وعدد العصيات المنتقلة ومكان الجراثيم في مختلف طبقات الجلد .

**الحالة المناعية State of Immunity** : تحتوي المتفطرة السلية على ثلاثين نوعاً مختلفاً من المستضدات ، أهمها البروتين السلي وهو المادة الفعالة في السلين . ويؤدي دخول العامل الممرض عند الإنسان إلى تشكل استجابات مناعية أهمها التفاعل الخلوي المتأخر والنمط الرابع لكومبس وجل Coombs, Gell ) .

أدخل طبيب الأطفال كليمنس فون ـ بيركة Clemens von Pirquet اختبار السلين الجلدي للتحري عن الأرج للسلين . وكان المستضد المستعمل هو إما سلين قديم (OT) أو

المشتق البروتيني النقي من السلين (PPD) الذي أصبح يستعمل كثيراً في الوقت الحاضر . ولإجراء اختبار الحساسية للسلين يستعمل :

١ - اختبار شريط السلين عبر الجلد مع رهيم السلين .
٢ - اختبار الوخز المتعدد ( اختبار Tine واختبار Tubergen ) .
٣ - اختبار داخل الجلد حسب مندل ومانتو (Mendel and Mantoux) باستعمال السلين OT أو PPD بتمديدات مختلفة .

وبما أن التفاعل يحتاج إلى وقت كي يتشكل ، يجب قراءة مكان الاختبار بعد ٤٨ إلى ٧٢ ساعة .

يكون تفاعل الجلد للسلين سلبياً عند بعض الأشخاص الذين ليسوا على تماس مع العصية السلية من قبل وهذا هو تعطل المناعة Anergy أو تعطل المناعة الإيجابي (Positive Anergy) ؛ لأن الثوي يستطيع تشكيل أرج مناعي خلوي بعدتماسه مع عصية السل أو جزيئاتها المستضدية .

إذا شفي المريض من الخمج السلي البدئي يكون اختبار السلين إيجابياً . إن التفاعل الأرجي الخلوي من النمط المتأخر الذي يظهر بعد فترة٢٤ - ٧٢ ساعة ، هو عبارة عن حطاطة حمراء ملتهبة في مكان الزرق . وتبقى هذه الاستجابة الأرجية السلية النوعية عادة مدى الحياة . وبالرغم من ذلك قد تضعف وتصبح سلبية بتأثير بعض الأمراض مثل نقص المناعة المكتسب (AIDS) ، والورام الحبيبي اللمفي والغرناوية أو اللمفوم الخبيث . وقد يفقد الثوي ذو الاستجابة المناعية الجيدة المثبتة باختبار السلين الإيجابي مناعته ( أي يصبح تفاعل السلين سلبياً ) كنتيجة لخمج سلي مترقٍ . فيصبح الثوي متعطل المناعة ثانية وهو ما يطلق عليه تعطل المناعية السلبي (Negative Anergy) . يصبح تفاعل السلين إيجابياً بشكل طبيعي عندما يصاب الشخص بخمج سلي بدئي ويشفى منه مما يدل على تشكل حالة أرجية تقي الجسم بأكمله من خمج تالٍ . قد تضطرب هذه الحالة ببعض العوامل المؤذية للجلد بعوامل خاصة ( معروفة بعوامل التربة ) مؤدية إلى خمج إضافي Superinfection . يحدث سل الجلد فقط إذا وصلت عصية السل إلى الجلد ، وقلما يحدث ذلك ، أو إذا كان زرعها وانتشارها سهلين بسبب نقص عوامل المقاومة الموضعية . وبما أن هذين العاملين لا يشاهدان إلا سوية ، لذا كان تدرن الجلد نادراً .

وأخيراً قد تزداد شدة الأرج السلي بشكل يتجاوز حدود الأرج الطبيعي وهذا هو تفاعل فرط الأرج أو فرط الفعالية الأرجية Hypereregy . وفي هذه الحالات يكون اختبار السلين داخل الجلد إيجابياً بالتمديدات الشديدة للسلين ( $10^{-8}$ - $10^{-9}$ ) . وإن حالة فرط الأرجية ضرورية لتشكل السليات Tuberculids .

**التشريح المرضي النسجي Histopathology** : يتبع المظهر المجهري للسل ، شأنه شأن الأشكال الأخرى من التدرن ، الحالة المناعية للثوي . تتصف حالة العطالة المناعية بتفاعل التهابي موضع لا نوعي مع نضح وظهور العدلات ، وآجلاً ، الخلايا وحيدة النوى . يتشكل الحبيبوم السلي الوصفي عند الثوي الأرجي أو مفرط الفعالية الأرجية Hypereregic ويتصف بالتجبن المركزي مع تخرب البنية النسجية يحيط بها جدار من الخلايا الظهارانية مع خلايا لانغهانس Langhans العملاقة ومنطقة خارجية من اللمفاويات . من النادر رؤية العصيات السلية مجهرياً في الحبيبوم درني الشكل . ولا يشخص السل الجلدي رؤية الحبيبوم الظهاراني النموذجي لأن هناك أمراضاً جلدية أخرى قد تبدي نفس المظهر النسجي ( الحبيبوم درني الشكل ) مثل التهاب الشفة الحبيبومي ، ووردية الوجه ، والعد الشائع ، والخمج الفطري العميق ، والغرناوية ، والجذام الدرني ، أو حبيبوم المسابح .

**التشخيص** : تشخص الأشكال المختلفة لسل الجلد استناداً إلى الموجودات السريرية والشكليائية . ولوضع التشخيص يجب أخذ الأمور التالية بعين الاعتبار .

*بيان المتفطرة السلية* : إن إظهار العامل المرض ممكن في جميع أشكال سل الجلد ما عدا السليات ، من السهل جداً إظهار المتفطرة في الأشكال الغنية بالعصيات المشاهدة في حالة العطالة : الاندفاع السلي الأولي ، سل الجلد الدخني ، سل الجلد حول الفوهات والسل الكمئي الساعي Tuberculosis Fungosa Serpiginosa . من النادر رؤية المتفطرات مجهرياً في الأشكال الأرجية من سل الجلد ولكنها قد تظهر بالزرع أو بتلقيح الحيوانات ولا تشاهد المتفطرات السلية في السليات .

**التشريح المرضي النسجي** : إن وجود الحبيبوم درني الشكل قد يرجح التشخيص ولكن الفحص النسجي ليس كافياً لوحده لوضع التشخيص الأكيد .

*الحساسية للسلين* : لا نستطيع الاعتماد على تفاعل السلين لوضع تشخيص نهائي . ولكن يفيد فقط في تحديد ما إذا كان المريض قد تعرف سابقاً على المتفطرة السلية أم لا . ويمكن الاستفادة أحياناً من شدة التفاعل ونوعيته لمعرفة حالة تفاعل مفرط الأرجية .

*فحص الأعضاء الأخرى للكشف عن السل المتعمم* : لا يفيد هذا في تشخيص سل الجلد إذ أنه قد يحدث مع السل المتعمم في الأعضاء الأخرى أو دونه .

**تصنيف سل الجلد :**

*ســـل جـلد مع عطـالة مناعيـة* ***Skin Tuberculesis with Anergy :***

– المعقـد الســلي الأولي ( التـلقيح الوقائي بلقـاح ب ث ج (BCG) .

– سل الجلد الدخني Miliarytuberculosis of the Skin .

– سل الجلد حول الفوهات .

– السل الكمئي الساعي .

*سل جلدي مع أرج* ***Skin Tuberculosis with Allergy :***

– سل الجلد الثؤلولي .

– الذأب الشائع .

– تدرن الجلد ( الخنزرة ) Scrofuloderma .

*الطفحات السلية* ***Tuberculids*** .

## سل الجلد مع عطالة مناعية
## Skin Tuberculosis with Anergy :

تظهـر هذه الأشكـال عند اللذين لم يتعرفوا ســابقـاً على المتفطرة السـلية ( العطالة الإيجابية ) ، أو تشكل لديهم عطالة تفـاعليـة نتيجـة الإصـابة بالسـل المترقي ، مثل السـل الرئوي ( عطالة سلبية ) الذي كان مميتاً في الماضي ، فإذا فقدت المناعة الخلويـة يستطيع العـامل الممرض الدخول بسهولة إلى الثوي ويتكـاثر دون حدود . تكون الآفات الجلدية والمخاطية محملة بالمتفطرات .

### المعقد السلي الأولي في الجلد
### Primery Tuberculous Complex of the Skin :

*المرادفات : القرح السـلي ، السل البدئي الجلدي .*

**التعريف** : يتشكـل المعقد السـلي الأولي عادة في الرئتـين أو الأمعـاء وهو نادر جداً في الجلد . إذ يجب توفر ثلاثة شروط لحدوثه :

١ – العصية الدرنية مثلاً ؛ أحد المرضى المصابين بسل مفتوح بتماس مباشر مع المريض .

٢ – باب دخول : آفة صغيرة في الجلد لتأمين دخول العامل الممرض .

٣ – عطالة إيجابية : يجب أن يكون المريض غير متعرف سابقاً على المفطورة السـلية .

**الموجودات السريرية** : يتصف المعقد السلي الأولي بطورين : بعد فترة حضانة تستمر من ٣ – ٤ أسابيع يظهر مكان دخول المتفطرة السلية حطاطة صغيرة ملتهبة ، تتقرح بسرعة ولا تبدي ميلاً للشفاء العفوي خلال أسـابيع ( الخمج البدئي ) . يوجد ضخامة التهابية بالعقد اللمفية الناحيّة وتنخر وكثيراً ما يحدث تقرح مترافق أو غير مترافق بالتهاب الأوعية اللمفاوية . وقد لا تظهر إصابة العقد سريرياً . كما يمكن مشاهدة أعداد كبيرة من العصيات في اللطاخة المأخوذة من القيح أو في الخزعة النسجية .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي المعقد السلي الأولي في البدء تفاعلاً التهابياً حاداً لا نوعياً يتطور ليشكل خراجاً . ولا يظهر الحبيبوم الدرني النموذجي قبـل تشكـل الأرج الخاص بالتدرن ( ٢ – ٤ أسابيع ) .

**السير** : يظهر المعقد السلي الأولي عادة في الجلد عند الأطفال في المنـاطق المكشــوفة ( الوجه والأطراف ) ويشفى عفوياً بعد ٤ – ١٢ أسبوعاً . ويصبح اختبار السلين إيجابياً ( الأرج ) . وغالبـاً ما يتشكل ذأب شـائع مكان الخمج البدئي أثناء سـير الداء ، يعتـبر الســل التالي للآفة البدئية عند الثوي المتحسس تفاعلاً لعصية السل الموجودة في الجلد .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عند الأطفال بشكل رئيسي عن تدرن الجلد ، مع أنه في هذه الحالة لا يوجد خمج بدئي ، والداء مزمن ، ويستمر لمدة سنين . ومن النادر كشف عصية السل في الإفرازات القيحية .

**المعالجة** : يمكن أن تترك الآفة البدئية في الجلد دون معالجة كي لا يعرقل تشكل المناعة النوعية ضد السل عند الثوي . يكفي وضـع ضماد واقٍ مع مسحوق الإيزونيـازيد في مثـل هذه الحالات . يمكن تطبيق المعـالجة عن طريق الفـم عندما تحدث مضاعفات أثناء سير الداء .

**الأشكال الخاصة :**

*المعقد السـلي في اللوزتين والعقد اللمفية الرقبية :* **يحدث هذا عادة عند الأطفال بعد خمج اللوزة بالمتفطرة البقرية الموجودة في الحليب ، وغـالبـاً ما يبقى غير ملحوظ . بينما تظهر الصـورة** السريرية الوصفية للسل المتجبن في العقد اللمفية الرقبية الجانبية حيث تتورم هذه العقد في المنطقة المصابة ، وتتحد مع بعضها ، وتشكل خراجات ونواسير تاركة ندبات بعد الشفاء . وهذا ما يشبه الصورة السريرية لتدرن الجلد في هذه المنطقة .

*سـل الختان عند الأطفال* ***Circumcision Tuberculosis in Babies*** : وهو أيضـاً معقد سلي بدئي كان شـائعاً في الماضي عندما كان الخاتن المصــاب بالسـل يخمج الجرح الطازج عن طريق المصّ . يشـفى الجرح بشكـل طبيعي ولكن بعد فترة حضـانة يُفتح ثانية مؤدياً إلى معقد سلي بدئي نموذجي يشمل العقد الأربية . وهذا الداء نادر جداً الآن .

**التـلقيح الوقائي بلقـاح ب ث ج BCG** : إن هدف التلقيح الوقائي ضـد الســل هو حقن الجلد بالمتفطرة البقرية المضعفة

( عصية كالمت – غران ) لإحداث أرج نوعي ضد السل ، وبالتالي لإحداث حالة مقبولة من المناعة ضد الخمج السلي ، إن لقاح ب ث ج عند الأشخاص غير المتعرفين على عصية السل سابقاً وبالتالي يكون لديهم تفاعل السلين سلبياً ، يؤدي إلى تفاعل شبيه بالمعقد السلي الأولي . ينصح بإجرائه عند الأشخاص المعرضين للإصابة ( الأطباء ، الممرضات ) الذين يكون لديهم اختبار السلين سلبياً ، وكذلك عند الولدان . وينصح باستعماله أيضاً كلقاح وقائي ضد الجذام عند الأشخاص المشرفين على مرضى الجذام الجذامي غير أنه فعاليته ليست أكيدة .

*التمنيع* ***Immunization*** : أحسن طريقة للتمنيع هي زرق لقاح ب ث ج داخل الجلد . يمكن تلقيح الولدان الأصحاء اعتباراً من اليوم الثامن حتى الأسبوع السادس دون إجراء تفاعل السلين . يحتاج الأطفال بعد ٦ أسابيع من العمر إلى إجراء اختبار السلين لإثبات العطالة الإيجابية . فإذا كان اختبار السلين عند الطفل إيجابياً يؤدي تلقيحه بلقاح ب ث ج لحدوث تفاعل كوخ مع تقرح مكان الزرق . لذلك كان التمنيع بهذه الحالة ممنوعاً منعاً باتاً . إن منطقة المدور الكبير هي المختارة عادة لإجراء التلقيح و يظهر بعد بضع أسابيع عقيدة حمراء ملتهبة في مكان الزرق ، تتبدل إلى عقيدة زرقاء شاحبة ناجمة عن الارتشاح الخلوي ، تشبه سريرياً ونسجياً الذأب الشائع . ويمكن رؤية حبيبوم درني الشكل ولمدة سنة في مكان الزرق البدئي . قد تتورم العقد اللمفية قليلاً في المغبن .

*الاختلاطات ( المضاعفات )* : من الاختلاطات الممكنة حدوث تقرحات واسعة في مكان الزرق نتيجة خمج جرثومي ثانوي ، أو تخديش أو حقن عميق . يمكن بفحص المفرزات القيحية في مكان التلقيح مشاهدة كتلة من جراثيم ب ث ج التي تبقى حتى تتشكل حالة الأرج .

يمكن أن يحدث بعد التلقيح بلقاح ب ث ج أرج سلي نوعي ، وتظهر علامات تدل على أن اختبار السلين أصبح إيجابياً . كما قد تظهر السليات ( السليات الحزازانية ، السليات الحطاطية النخرية ، الحمامى العقدة والحمامى عديدة الأشكال ) .

**المعالجة** : التضميد بمسحوق الإيزونيازيد . يحدث الشفاء العفوي خلال أشهر . يمكن أن تتجبن العقد اللمفية الناحيّة وتفرغ نجيجها ، وفي هذه الحالات التي لا تفرق سريرياً عن تدرن الجلد . يجب إعطاء معالجة بالإيزونيازيد عن الطريق العام ٦ – ٨ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً حتى اختفاء الأعراض السريرية . ( راجع الشكل ٤ – ٤٨ ) .

## سل الجلد الدخني Miliary Tuberculosis of the Skin :

*المرادفات* : سل الجلد الدخني المنتثر .

**التعريف** : وهو مرض نادر جداً ، يصيب الأطفال ويترافق غالباً بسل دخني . يظهر بشكل حاد أو تحت حاد . قد يشفى عفوياً إذا لم تؤدِ الإصابة الداخلية إلى الموت .

**الموجودات السريرية** : تظهر على الجلد آفات مجتمعة ومرتصة على بعضها بشكل بقع أو حطاطات حمراء بنية أو حمراء ضاربة للزرقة ، ويكون لها ميل للنزف . وقد يصاب الغشاء المخاطي الفموي .

**الإمراض** : يحدث سل الجلد الدخني نتيجة انتشار العصيات السلية عن طريق الدم عند ثوي لديه عطالة مناعية ( عطالة سلبية ، تفاعل السلين سلبي ) . تكون الآفات الجلدية غنية جداً بالعصيات السلية . يظهر هذا الداء مباشرة بعد سل بدئي مختلط أو بعد خمج مرافق ( مثل الحصبة ) أو في حالة السل الدخني المتعمم .

**الإنذار** : يتبع شدة الإصابة المجموعية .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن متلازمة Abt – Letterer – Siwe ، النخالية الحزازانية الحادة والجدرية الشكل ، والإفرنجي الثانوي والطفح الدوائي .

**المعالجة** : المعالجة المتعددة بالأدوية السلية .

## سل جلد الفوهات Tuberculosis Cutis Orificialis :

*المرادفات* : القرحات السلية على الأغشية المخاطية والجلد ، السل الدخني التقرحي على الأغشية المخاطية والجلد .

**التعريف** : يشمل هذا الشكل من السل الأغشية المخاطية في الفوهات والجلد وما حولها نتيجة التلقيح الذاتي بعصيات السل عند مرضى مصابين بسل مترقٍ في الأعضاء الداخلية . ويكون تفاعل السلين سلبياً عادة ( عطالة سلبية ) .

**الموجودات السريرية** : يحدث سل الفوهات عادة في مكان طرح المفرزات الغنية بالعصيات السلية وهذا ما يطلق عليه اسم السل من منشأ داخلي . ويحدث هذا الخمج في ٠,٢٪ من المرضى المصابين بالسل المجموعي . يصيب الاختلاط بشكل رئيسي الرجال متوسطي الأعمار والشيوخ . والمكان الرئيسي هو الجوف الفموي البلعومي من الحنجرة حتى الشفتين والمناطق المجاورة وهذا هو الطريق الذي يسلكه القشع الغني بالعصيات السلية في السل الرئوي المفتوح . ومن الأماكن الأخرى صماخ الإحليل في سل الكلية ، والمستقيم والشرج والمناطق المحيطة في السل المعوي . قد تمر العصيات السلية إلى

مناطق أخرى من الجلد أحياناً في حال نقص المقاومة المناعية . يحدث في مكان التلقيح حطاطة صغيرة حمراء تتطور إلى بثرة صفراء ثم تتقرح . تكون القرحات صغيرة وسطحية ذات شكل غير منتظم تتسع فيما بعد . يبدو قاع القرحة مستوراً بمواد قيحية وأحياناً يبدو أحمر اللون . وعلى الأغلب يمكن مشاهدة آفات دخنية صفراء ضمن القرحة تدل على بؤر صغيرة نخرية . ويحيط بالقرحة عادة غشاء مخاطي وذمي منتبج . تكون القرحات لينة ومؤلمة جداً وتكون غنية بالعصيات السلية نظراً لحالة الثوي الأرجية . ولذلك فهي تشكل منبعاً للخمج .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدو تحت التقرح ارتشاح التهابي كتلي غير نوعي نضحي مع تنخر . وقد يشاهد حبيبوم درني الشكل منعزل . يمكن مشاهدة العصيات السلية في هذه الآفات بسهولة بعد تلوينها بزيل نلسن Ziehl – Neelsen أو ملون فايت Fite أو ملون الأورامين رودامين – Auramine . Rhodanine

**التشخيص** : سهل إذا كان سل الأعضاء الداخلية مشخصاً ( الرئتين ، الأمعاء ، الكليتين والأعضاء التناسلية ) ؛ وإذا عرف أن القرحات المؤلمة في الفوهات وما جاورها هي قرحات سلية في الأغشية المخاطية والجلد ، تؤخذ عينة من قاع القرحة وتلون بطريقة زيل نلسن أو بطرق أخرى . ومن الواضح أن نتائج الزرع وتلقيح الحيوان تكون إيجابية أيضاً .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير في حال الإصابة في جوف الفم ، بالإفرنجي الدخني القرحي الذي يصيب الأغشية المخاطية في حال الإفرنجي الثالثي . فالصورة السريرية هي نفسها ، إلا أنه ليس هناك عصيات سلية . وعندما تعالج الآفات بالبوتاسيوم اليودي يرتكز التشخيص على نتيجة المعالجة إذا نجم عنه شفاء سريع . تكون السرطانة المتقرحة قاسية جداً غير مؤلمة ، ويمكن نفيها بالتشريح المرضي النسجي . تشفى الآفات المتقرحة القلاعية بسرعة .

**الإنذار** : يكون الداء عادة علامة على سل مفتوح ومتقدم لعضو داخلي ، ويكون مترافقاً بنقص مقاومة نوعية للتدرن . لذا يكون الإنذار سيئاً عادة ، ورغم ذلك تشفى آفات الأغشية المخاطية والجلد بسهولة .

**المعالجة** : المعالجة العامة المتعددة لسل الأعضاء الداخلية . معالجة موضعية مضادة للالتهاب وضماد مرطب بمحلول حمض اللبن المائي ٢٪ .

### السل الكمئي الساعي
### : Tuberculosis Fungosa Serpiginosa

**التعريف** : إن سل الجلد المزمن هذا نادر جداً ، وينجم عن التلقيح الخارجي أو الداخلي للعامل الممرض في الجلد . يحدث بشكل رئيسي عند الشيوخ الذين يبدون حالة عطالة سلبية بسبب العمر .

**الموجودات السريرية** : تظهر تنشؤات حليمومية دون تقرن وبخاصة على الساعدين واليدين وكثيراً ما تتجبن الآفات بشكل عميق ، وتتثقب وتشكل نواسيراً يخرج منها مفرزات مصلية داكنة اللون أو قيحية . قد تشفى التنشؤات التنبتية على سطح الجلد في المركز وتمتد إلى المحيط مع تفاعل التهابي. يؤدي هذا إلى صورة سريرية شبيهة تماماً بتقيح الجلد التنبتي المزمن . ويكون اختبار السلين سلبياً . يمكن رؤية العصيات السلية بسهولة في مفرزات الآفات الجلدية وفي المحضرات النسجية .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد ضمن رشاحة التهابية لا نوعية حبيبومات درنية الشكل صغيرة دون أي ميل نحو التجبن .

**الإمراض** : هو شكل نادر جداً من سل الجلد الذي قد يحدث بسبب التلقيح الخارجي أو الذاتي ( سل الأعضاء المفتوح ) ، أو قد ينجم أيضاً عن تلقيح مستمر من النسج العميقة ( العظام ، العضلات ) .

**السير** : جيد إذا لم يترافق بسل مجموعي .

**التشخيص التفريقي** : السل الجلدي الثؤلولي ، تقيح الجلد التنبتي المزمن . سرطانة مغزلية الخلايا ، الورام الحليمي الجلدي السرطاني ، الجلاد البرومي ، الفطار البرعمي الأميركي الشمالي .

**المعالجة** :

*الجهازية* : المعالجة الكيميائية المتعددة الجهازية للسل .

*الموضعية* : ضماد مطهر رطب ، والتخثير الكهربائي إذا لزم ، ولا تستعمل المراهم الدهنية .

## سل الجلد مع استجابة أرجية Skin Tuberculosis : with Allergie Response

تحتاج هذه الأشكال من سل الجلد إلى أرج سلي نوعي في الثوي ، وهي تحدث فقط عند الأشخاص الذين أصيبوا سابقاً بالمعقد السلي البدئي . ولذلك يمكن أن تسمى سل الجلد بعد البدئي Postprimary Skin Tuberculosis . تتصف هذه الأمراض بقلة عدد العوامل الممرضة ، وتشكل حبيبوم سلي نموذجي في النسج المصابة وإيجابية اختبار السلين وهي قليلة العدوى .

### سل الجلد الثؤلولي Tuberculosis Verrucosa Cutis : [ Riehl and Paltouf 1886 ]

*المرادفات* : السل الثؤلولي في الجلد ، الثؤلول نخري المنشأ

Verruca Necrogenica ، الدرنة بعد الوفاة Postmortem Tuberele ، الدرنة المسلخة Dissection Tubercle .

**التعريف** : يحدث غالباً بسبب خمج إضافي خارجي المنشأ عند أشخاص أصيبوا سابقاً بالمعقد السلي البدئي ولديهم بعض المناعة . لذا يكون اختبار السلين إيجابياً عادة . يطلق على هذا الشكل من سل الجلد اسم التلقيح السلي بعد البدئي . يدخل العامل الممرض إلى الجلد من خلال جرح غالباً ما يكون صغيراً أو تشقق . ويصاب به عادة المزارعون ، واللحامون والأطباء البيطريون والعاملون في المسالخ Slaughterhouses . كما يصاب الأشخاص الذين يكونون على تماس بالمواد السلية في المشافي ومخابر التشريح المرضي ( الأطباء ، طلاب الطب ، مشرحي الجثث ) . فهو مرض مهني في هذه الحالات .

**الموجودات السريرية** : يتشكل هذا الشكل النادر من سل الجلد عادة على ظهر أو جانب اليدين والأصابع . ويصيب القدمين أيضاً . قد يشاهد عدة آفات . وهو على الأغلب وحيد الجانب . يتشكل في مكان التلقيح حطاطة أو حطاطة بثرية صغيرة وغير مؤلمة . خشنة ، ذات لون أحمر غامق ، تتسع نحو المحيط وتكون محاطة بمنطقة التهابية . يستر الآفة غالباً في مرحلة باكرة تقران ثؤلولي الشكل . وعندما يصل مركز الآفة المنخمص إلى حجم معين يحدث تراجع مع تشكل ضمور معتدل في الجلد . يؤدي التنشؤ المحيطي للآفة الشبيهة بالثؤلول إلى شكل الخاتم وأحياناً إلى أشكال ساعِيَة . لا يشاهد عقيدات شبيهة بجمد التفاح لدى المعاينة بالشفوفية . ولا تنكس الآفة في المنطقة الضمورية بعكس الذأب الشائع . يكون الداء لا عرضياً عادة .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد عادة آفات درنية الشكل دون تجبن نموذجي في الأدمة العليا . يتشكل خراج كاذب وتلين أدمي بؤري في منطقة الموصل الأدمي البشروي ، مع تكاثر ظهارومي بشروي كاذب وفرط تقرن شديد وخطل تقرن . ومن النادر رؤية عصية السل .

**السير** : يختلف سير الداء حسب الأنواع . يمكن أن تعزى درنة السلاخين Slaughterer إلى المتفطرة البقرية وهي غالباً ما تشاهد عند العاملين في المسالخ ، والمزارعين والأطباء البيطريين . يكون هذا الشكل مزمناً ، ثؤلولياً ومحدداً موضعياً ، ولا تصاب العقد اللمفية الناحيّة عادة .

تسبب المتفطرة السلية الدرنة بعد الوفاة ( الثؤلول نخري المنشأ ) . وقد يصاب الأطباء والعاملون في المشافي وطلاب الطب عند تشريحهم الجثث وغالباً ما يكون سير الداء سريعاً . يتشكل بعد عدة أيام فقط من دخول المتفطرة في نقطة التلقيح حمامى تتحول إلى بثرة ، ومن ثم تتطور إلى سل الجلد الثؤلولي . تكون الآفات متبججة وملتهبة وغالباً ما تترافق بالتهاب أوعية لمفية سلي ونادراً بالتهاب العقد اللمفية الناحيّة المتجبن .

**الإنذار** : يكون عادة حسناً ومع ذلك لا يمكن نفي حدوث تبدلات شديدة وبخاصة الخمج المنتقل من الجثث .

**التشخيص التفريقي** : يجب ألا يلتبس مع الثآليل بسبب الارتشاح الالتهابي الأحمر المزرق الذي يحيط بالبؤرة الثؤلولية وبسبب الضمور المركزي . يتصف الذأب الشائع الثؤلولي بعقيدات الذأب بلون جمد التفاح التي يصعب رؤيتها بالمعاينة بالشفوفية والتي لا تشاهد في الجلد الثؤلولي . ومن الصعب تفريق سل الجلد الثؤلولي عن الجلاد البرومي وتقيح الجلد التنبتي المزمن ، والشوكوم القرني ، والسرطانة مغزلية الخلايا والفطار البرعمي . يمكن تأكيد الإصابة في الأشكال الثؤلولية بالمتفطرات اللانوعية برؤية العامل الممرض المزروع في الجلد . ( راجع الشكلين ٤ ـ ٤٩ و ٤ ـ ٥٠ ) .

**المعالجة** : تكون المعالجة الكيميائية بالإيزونيازيد ( INH ) بنفس المقادير المستعملة في معالجة الذأب الشائع وهي ناجعة عادة . قد نلجأ للمعالجة الكيميائية المتعددة في بعض الحالات . يؤدي تطبيق الستيروئيدات موضعياً إلى تخفيف الالتهاب . يمكن تطبيق المعالجة الداعمة بالأشعة السينية اللينة وبمقادير صغيرة ( GyO لمدة عدة أيام والجرعة كاملة تبلغ ١٥ ـ ٢٠ Gy ) . يمكن استئصال البؤر الصغيرة والبدء مباشرة بالمعالجة الوقائية الموقفة للسل ( ٦ ـ ٨ ملغ من الإيزونيازيد لكل كيلو غرام من وزن الجسم يومياً ) ولمدة ستة أشهر . إن هذا المرض مهني ويجب التبليغ عنه .

**الذأب الشائع Lupus Vulgaris [ Willan and Bateman ] :**

*المرادفات :* سل الجلد الذأبي Tuberculosis Cutis Luposa .

**ملاحظات عامة** : هو أكثر أشكال سل الجلد شيوعاً . وهو هام جداً من الوجهة الطبية الاجتماعية . كانت نسبة حدوثه ما بين عام ١٩٥٠ وعام ١٩٦٠ في ألمانيا الاتحادية ٤ ـ ٥ حالات من بين كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان . وقد أصبح هذا المرض نادراً في الوقت الحاضر في البلاد الغربية . يقدر حدوث ٥٠,٠٠٠ إصابة جديدة كل سنة في جميع أنحاء العالم . يشكو المرضى المصابون بالذأب الشائع سل رئوي غالباً . قد يظهر الداء في جميع الأعمار ، ويكثر حدوثه عند النساء أكثر من الرجال بنسبة ٢ إلى واحد . ويكون الداء مزمناً ويستمر لعدة سنوات وعقود . وغالباً ما يصيب الوجه مؤدياً إلى تشوهات

كبيرة بسبب الآفات الجلدية المخربة تهتم السلطات الصحية بشكل خاص بالمصابين بالذأب الشائع وهو داء يجب الإبلاغ عنه .

**الإمراض** : هو أحد الأشكال الجلدية لسل الجلد التالي للسل البدئي ، لذا يكون اختبار السلين إيجابياً . قد يظهر الداء مكان الإصابة البدئية ، يتشكل الذأب الشائع في نصف الحالات أثناء سير داء السل في الأعضاء الداخلية . قد يصل العامل الممرض إلى الجلد عن طريق التلقيح الخارجي أو عن طريق الدم أو اللمف من سل الأعضاء الداخلية . قد يُخمج الجلد أيضاً بانثقاب الخراجات في تدرن الجلد Scrofuladerma أو سل الأنسجة الرخوة . يكون هناك أولاً سل النسيج الخلوي تحت الجلد مثل تدرن الجلد ثم ينتقل إلى الأدمة . قد يشفى تدرن الجلد بينما ينتشر الذأب الشائع . ثمة عامل مهم جداً وهو عامل التربة الذي يلعب دوراً أساسياً في تشكل الذأب الشائع . وأهم المناطق المعرضة للإصابة هي المناطق القاصية حيث يتناقص الدوران في الجلد كما في الأنف والوجنتين ، وحافة الأذن ، والأوجه الانبساطية من الأطراف ، والقسم الخارجي من الأليتين والثديين . ومن النادر أن تصاب الأغشية المخاطية . والعامل الممرض هو المتفطرة السلية . يؤدي تشكل الحبيبومات الدرنية إلى تخرب الجلد والغضاريف تحته في المنطقة المصابة ، وبالتالي حدوث جدوع مشوهة ، وتشكل ندبات تالية . ومن الملاحظ حدوث سرطانة وسفية الخلايا على الندبات العميقة للذأب الشائع ( سرطانة ذأبية ) .

**الموجودات السريرية** : يصيب الذأب الشائع عادة النهايات مثل الأطراف الباردة سيئة الدوران . تظهر الآفات بشكل عام مفردة ولكن قد تحدث في منطقتين أو أكثر . إذا انتقل الخمج بالطريق الدموي ، وهناك حالة عطالة عابرة بعد الإصابة بالحصبة الألمانية مثلاً ، قد تظهر بؤرة منتشرة وهذا ما يعرف بالذأب الشائع التالي للطفح Lupus Vulgaris Postexanthematicus .

*تشكل العقيدة الذأبية الجلدية الآفة البدئية* : وهي آفة حمراء بنية ومن الأفضل أن يطلق عليها اسم الحطاطة الذأبية ، لأن حجمها لا يتجاوز حجم حبة العدس إذا ضغطت ببلورة ( المعاينة بالشفوفية ) تظهر عقيدة صغيرة في الأدمة بحجم رأس الدبوس ، وبلون جمد التفاح ، مسجاة Embedded في الجلد مثل حبات الساغو ( نشا النخيل ) ، لأنها منفصلة عن النسج المجاورة بحرف شفاف حدوده غير واضحة . إن لون العقيدة المميز ناجم عن المحتوى الشحمي في الخلايا الظهارانية . ولا يعطي إظهار العقيدات الذأبية بالمعاينة بالشفوفية إثباتاً قاطعاً لتشخيص الذأب الشائع ، ولكنها تدل أولاً على الرشاحة الذأبانية التي يمكن أن تشاهد في عدد من الأمراض الجلدية ، مثل غرناوية الجلد ، ووردية الوجه الحبيبومية ، والذأب الحمامي الحبيبومي ، واللمفوم الكاذب أو وحمة الخلايا المغزلية ( وحمة سبيتز Spitz ) .

يتم وضع هوية الرشاحة الذأبانية على أنها عقيدة ذأبانية ( بظاهرة المسبار ) ؛ ويكون ذلك بالضغط المتوسط الشدة على الجلد بواسطة مسبار يُدخل إلى الرشاحة الذأبانية عبر الجلد المترقق فيخرج منه قطرة دم . وتعود هذه الظاهرة إلى أن النسيج الضام في الأدمة المتوسطة يكون متخرباً بالحبيبوم السلي النخري . أما الأمراض الأخرى المذكورة سابقاً فإنها تبدي فقط الرشاحة الذأبانية ولكنها لا تبدي ظاهرة المسبار . لذا تعتبر هذه الظاهرة علامة أساسية تدل على عقيدة ذأبية ذات مركز متنخر . ( راجع الشكل ٤ — ٥١ ) .

*البقعة الذأبية Lupus Spot* : هي أصغر أشكال الذأب الشائع . وقد تشبه الورم الدموي الصغير . تبدي المعاينة بالشفوفية بعض العقيدات الذأبية مجتمعة مع بعضها . يتراوح حجمها بين ٢ — ١٠ مم وتنتشر بالمحيط . تتحول البقعة الذأبية خلال عدة سنوات إلى الأشكال الأخرى من الذأب الشائع .

*الذأب الشائع المسطح Lupus Vulgaris Planus* : إذا انتشر الذأب الشائع في المحيط فهذا هو الذأب الشائع المسطح . يمكن أن يحدث شفاء عفوي في هذه البؤر تاركاً ندبات ضمورية . يتصف التطور التالي بزيادة كمية الحبيبومات السلية النوعية وبالتبدلات الثانوية مثل التوسف ، والتقرن ، والتنخر مع التخرب التقرحي للجلد والغضاريف وتشكل الندبات .

*الذأب الشائع التقشري Lupus Vulgaris Exfoliativus* : يتصف هذا الشكل بالتقشر الصدافي الشكل . ويفرّق عن الصداف بإظهار العقيدات الذأبية وباختبار المسبار الإيجابي . يكون احمرار الجلد الغرناوي متعطل المناعة Anergic .

*الذأب الشائع الثؤلولي Lupus Vulgaris Verrucosus* : يتصف هذا النوع من الذأب بتفاعل البشرة ثؤلولي الشكل .

*الذأب الشائع المتورم الضخامي* : ويتصف بزيادة ملحوظة في الرشاحة السلية الجلدية مع ارتفاع الآفات العقيدية .

*الذأب الشائع التقرحي Lupus Vulgaris Ulcerosus* : ويحدث نتيجة زيادة النخر في الحبيبومات السلية مع ترقي تقرح الجلد والغضروف . يؤدي هذا الشكل إلى جدوع شديدة جداً عند المريض . قد تتطور التآكلات والتقرحات إلى تنشؤات حليمومية ( الذأب التنبتي أو الذأب الحليمومي ) .

*الذأب الشائع في الأغشية المخاطية Lupus Vulgaris of the Mucous Membranes* : أكثر المناطق شيوعاً هو الغشاء المخاطي للأنف وفي كثير من الأحيان الدهليز بين الحجاب

الأنفي وجنـــاح الأنف وكذلك الحـاجز الغضروفي والجزء الأمامي من القرين الأنفي السفلي . ويحدث الذأب الشائع أيضاً في جوف الفم . قد ينتشر الداء من الجلد إلى الأغشية المخاطية وبـالعكس . تكون العقيدات أكثر بروزاً وبيضـاء رمادية أو شفـافة مثـل بيض الضفدع **Frogspawn** . وقد يكون هناك عقيدات صغيرة وبارزة يمكن أن تتقرح وتغطى بالمصل والقيح وتكون قاعدتها حبيبية . تكون التقرحات لينة وسهلة النزف . قد تتشكل قشور في الأنف وينسد التنفس وقد يحدث نزف ونجيج مخاطي من الأنف . يدل حدوث الذأب الشـــائع على الجلد الذي يتزامن مع إصابة الأغشية المخاطية على التشخيص الصحيح .

يمكن للذأب الشائع أن يظهر حول الناسور السلي من الأنف إلى زاوية العين الناجم عن التهاب كيس الدمع السلي .

**السير** : هو مرض مزمن غير معدٍ . يتطور بشكل عام خلال سنوات إلى عقود . وغالباً ما تشفى آفات الذأب تاركة ندبة أو ضموراً . إن نكس الذأب في الندبات وصفي للداء . بعكس الإفرنجي الثـالثي ( الإفرنجيات المعجرة والسـاعية ) حيث لا يحدث النكس في الندبات أبداً .

قد يؤدي الذأب الشائع إلى تشوهات شديدة تحد من حركة الأطراف . وقد يحدث تخرب في الجلد والغضروف في ذروة الأنف والأذنين . يبدو الأنف متآكلاً **Wornaway** إذ تتلف الأنسجة الرخوة فقط ، ولا يتأثر العظم كما يحدث في الإفرنجي الثالثي . يمكن أن يتشوه الفم بالندبات الضمورية أو المتصلبة . قد يحدث شتر خارجي في الجفن أو التصاق الأجزاء الغضروفية في الأذن على جلد الرأس . وتحدد الندبات في العنق حركات الرأس الحرة ، ويؤدي الانكماش الندبي الحلقي في الأطراف إلى حدوث فَيَل محيطي . تؤدي هذه الحالات الشديدة والنادرة إلى جدوع سيئـة في اليدين والقدمين والوجه ( الذأب الشـائع الجـادع **Lupus Vulgaris Mutilans** ) . ( راجع الشكـل ٤ ــ ٥٢ ) .

*المضـــاعفـات ( الاختـلاطات )* : يجب الحذر من حدوث الجدوع والسرطانة وسفية الخلايا التي تنشأ على الندبات الذأبية ( السرطانة الذأبية ) . تكون قابلية حدوث السرطانة في الندبة الضمورية الرخوة أقل منها في الندبات التصـلبية الكثيفة . قد يحدث في الندبات الصغيرة المحصورة القاسية التصـلبية آفات تقرنية تشبه التقران الشعاعي أو السافع . يجب استئصالها عند إيجادها . وإذا حدث ارتشاح ضمن هذه التقرانات تكون قد تحولت إلى سرطانة وسفيـة الخلايا ( السرطانة الذأبية ) ذات الإنذار السيء بسبب سرعة نموها وميلها للانتقال . وفي الماضي كان يخشـى من هذه السـرطـانـة كثيراً . ( راجع الشكـلين ٤ ــ ٥٣ و ٤ ــ ٥٤ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يتصف الذأب الشائع بالحبيبومات السـلية المتوضعة في الأدمة مع حدوث تجبن مركزي . يندر رؤية العصيات السلية . تكون البشرة ضامرة عادة ، ولكن قد تكون ذات شواك ومفرطة التقرن . لا تماثل العقدة الذأبية التي ترى بالمعاينة بالشفوفية الدرنة التي تشاهد بالمجهر فقط ، إذ أنها تتألف من مجموعة من الدرنات .

تشاهد **الحبيومات الدرنية الشكل** في عدد من الجلادات مثل الغرناوية الحبيبومية ، ووردية الوجه الحبيبومية ، والذأب الحمامي الحبيبومي ، والتهاب ما حول الفم الحبيبومي ، والجذام نظـير الدرني أو الإفرنجي الثـالثي . لهذا السبب فإن الفحص النسجي لا يكفي وحده لوضع التشخيص .

**التشخيص** : يساعد في التشخيص :

- القصة المرضية المزمنة . لا يشخص الذأب الشائع غالباً قبل مرور خمس سنوات على الإصابة .
- حدوث عقيدات ذأبيـة تبدو بالمعاينة بالشفوفية بلون جمد التفاح .
- اختبار المسبار إيجابي .
- الفحص النسجي .

يؤكد التشخيص السريري وجود العامل الممرض بالزرع أو بعد حقن الحيوان المخبري . ( راجع الشكل ٤ ــ ٥٥ ) .

**التشخيص التفريقي** : يكـون التشخيص التفـريقي صـعبـاً وبخاصة في الحالات المتقدمة بسبب الأعراض المختلفة في الذأب الشائع . ( راجع الشكل ٤ ــ ٥٦ ) .

قد تشبه الطفحات الجلدية الإفرنجية الثالثية الذأب الشائع بسبب شفائها المركزي مع حدوث ضمور وانتشـار محيطي ، ومع ذلك فهي لا تؤدي إلى النكس في النـدبـات الضـمورية الشافية . كما أن تطورها وتشكلها أسرع ( أسابيع إلى أشهر ) مما هو عليه في الذأب الشائع ( سنيناً إلى عقود ) . وهي ترتكس بسرعة ( خلال أيام ) بالمعالجة بمحلول البوتاسيوم اليودي ، كما أن الاختبارات المصلية أساسية للتشخيص التفريقي .

قد تبـدي الغرناوية الجلدية صـورة سـريرية تشبـه الذأب الشائع . ولكن عدم ميل الآفات للتقرح وسلبية اختبار المسبار تـدل عـلى التشخـيص . كما يفيـد وجود التبـدلات في الرئـة والعظـام ، وتفاعل كفايم الإيجابي ( لم يعد يستعمل حالياً ) ، والعطـالة النسبيـة النوعيـة للسـلين . ولتفريق الذأب الشـائع الثؤلولي عن سـل الجلد الثؤلولي يجب رؤية العقيدات الذأبية بالمعاينة الشفوفية .

**الإنذار** : فقد الذأب الشائع الشيء الكثير من إنذاره السيء حتى في الحالات المتقدمة . حيث يمكن شفاؤه الآن بالمعالجة خلال

أشهر . ولا يوجد عادة سل جهازي مرافق . قد تشاهد بؤرة قديمة متكلسة في الرئة ولكن من النادر مشاهدة سل رئوي مترقٍ وفعال . ورغم أنه لا يوجد علاقة بين الذأب الشائع وسل الرئتين فإن المراضة Morbidity في الذأب الشائع المترافق بسل الرئتين أكثر بأربع مرات مما هي عليه عند عامة الناس . وإن الذأب الشائع هو ظاهرة موضعية وليس له عادة تأثير على الحالة العامة للمريض .

**المعالجة** : طرأت تبدلات كثيرة على معالجة الذأب الشائع خلال العقود الثلاثة الأخيرة .

*لمحة تاريخية* : كان كي البؤرة بالبيروغالول Pyrogalol أولى طرق معالجة الذاب الشائع . تتلاشى الرشاحة الذأبية النخرية بسهولة بينما تقاوم النسج الطبيعية المحيطية . وبهذه الطريقة كانت تتلف النسج المؤوفة فقط . ولكن قد يبقى قسم من النسج الذأبية فيحدث النكس ، كانت تستعمل الأشعة السينية في معالجة الذأب رغم أنها من موانع الاستعمال بسبب أذية الأوعية وضعف التندب . كما تسبب للدنا DNA تلفاًينجم عنه إمكانية حدوث سرطانة ذأبية على البؤرة الذأبية المشععة سابقاً .

وقد ثبت فعالية المعالجة بالأشعة من نمط Finsen – Lomholt بالمصباح الكوارتزي لكورماير Kormayer . ويعتمد فعلها الأساسي على التبيغ المديد المحدث في منطقة الإشعاع مما يؤدي لتراجع الآفة .

إن الاستئصال الجذري لبؤر الذأب بعروة إنفاذ الحرارة يؤدي بالتأكيد إلى نتائج سريعة ولكنه يترك ندبات مشوهة للوجه أو الرقبة أو اليدين ؛ لذلك تم التخلي عن هذه الطريقة . وإن الاستئصال الجراحي لآفة ذأبية صغيرة على أن يمر الاستئصال من نسيج سليم هي طريقة ممكنة ومعقولة .

أوصى Gerson و Sauerbruch و Herrmansdorfer في الثلاثينات من هذا القرن بالمعالجة المحافظة للذأب الشائع بإتباع حمية خالية من الملح إذ كان يعتقد أن ذلك يؤثر على الأوعية الدموية المحيطية وبخاصة الأوعية الشعرية التي تغذي العقيدات الذأبية .

أدخل شاربي Charpy عام ١٩٤٥ المعالجة بمقادير عالية من فيتامين $D_3$ ، وقد نجم عن ذلك تراجعاً تاماً للذأب الشائع خلال ٣ – ٥ أشهر وفي ٣٠٪ من الحالات ، غير أن هذه المعالجة يجب أن تستمر لبضعة أشهر لتجنب حدوث النكس . وقد لوحظ ظهور تأثيرات جانبية سمية شديدة . كما أعطى الديهيدرو ستربتومايسين نتائج جيدة ولكن حدوث صمم الأذن الوسطى وضع حداً لاستعماله . وأول النتائج الجيدة للمعالجة تم تحقيقها باستعمال موقفات السل Tuberculostatics الحاوية على الثيوسيميكاربازون Thiosemicarbazone ثم استبدلت بأدوية تحتوي على حمض الإيزونيكوتين هيدرازيد ( الإيزونيازيد ، INH ) .

*الطرق الحديثة Current Methods* : يعالج الذأب الشائع على غرار بقية أشكال السل ، بالمعالجة الكيماوية المضادة للسل .

*المعالجة الكيماوية الأحادية Monochemotherapy* :تعطى المعالجة الوحيدة بالإيزونيازيد INH عادة خلافاً لمعالجة سل الأعضاء الداخلية حيث يعطى مع البيريدوكسين لتجنب التأثيرات الجانبية العصبية . تكون المعالجة مديدة وقد تستمر سنة أو أكثر ، يكون تراجع الذأب الشائع أثناءها بطيء جداً .

يجب متابعة العلاج مدة ستة أشهر بعد الشفاء السريري لتجنب النكس . والمقدار الدوائي للإيزونيازيد INH هو ٥ – ١٠ ملغ/كغ من وزن الجسم للكهول ، ويؤخذ قبل الإفطار . يمكن أن يعطى الدواء للمرضى الخارجيين بعد اختبار درجة تحمله . تكون نسبة الشفاء ٩٥٪ . أما إذا لم يستجب الذأب الشائع للمعالجة يكون السبب عدم تعاون المريض ، أو الداء السكري ، أو مقاومة الجراثيم للدواء أو احتمال تشخيص آخر للداء .

*التأثيرات الجانبية للمعالجة بالإيزونيازيد INH* : تكون التأثيرات الجانبية للمعالجة قليلة . وتتألف من اضطرابات هضمية ( ألم في البطن ، و/أو إمساك ) ، انسمام كبد ، دوار يزول بعد إيقاف المعالجة لمدة قصيرة أما التأثيرات الجانبية الأكثر أهمية فهي خدر النهايات ، التهاب العصب البصري أو تظاهرات ذهانية . وفي هذه الحالات ينصح باستعمال البيريدوكسين ( ٢٥ – ٥٠ ملغ/يومياً ) . يجب الإقلاع عن تناول الكحول ويجب إجراء فحوص دموية وعصبية شهرياً . إن استبدال المعالجة بالإيزونيازيد INH بالأدوية الأخرى المضادة للسل مثل الريفامبيسين ( ١٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً ) ، والإيتامبوتول Ethambutal أو البروثيوناميد Prothionamide ضرورية في حالات خاصة فقط .

**الجدول ٤ – ٨ : معالجة السل (CDC 1983)**

| | |
|---|---|
| المعالجة المعيارية : تسعة أشهر | |
| الإيزونيازيد : | ٥ – ١٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً على ألا يتجاوز ٣٠٠ ملغ |
| الريفامبيسين : | ١٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً على ألا يتجاوز المقدار الدوائي ٦٠٠ ملغ |
| تشمل معظم الطرق العلاجية : | |
| الإيتامبوتول : | ١٥ – ٢٥ ملغ/كغ يومياً عن طريق الفم |
| الستربتومايسين : | ١٥ – ٢٠ ملغ يومياً حقناً عضلياً ( مدة المعالجة ٢ – ٧ أسابيع ) |

*المعالجة الكيماوية المتعددة Polychemotherapy* : تستطب هذه المعالجة في حال مقاومة الجراثيم للمعالجة الأحادية . قد يحدث هذا بعد المعالجة المديدة . يعطى في هذه الحالة : الإيزونيازيد INH ( ٥ - ١٠ ملغ/كغ يومياً ) ، الريفامبيسين ( ١٠ ملغ/كغ يومياً ) والإيتامبوتول ( ١٥ - ٢٥ ملغ/كغ يومياً ) ولمدة تسعة أشهر . يجب خلالها مراقبة التأثيرات الجانبية . يجب تجنب المعالجة المديدة بالستربتومايسين أو البروثيوناميد بسبب التأثيرات الجانبية الشديدة . تتضمن طريقة المعالجة المشتركة الآن الريفامبيسين لمدة ثلاثة أشهر والأدوية الأخرى لمدة سنة .

*متفرقات Miscellaneous* : يمكن استئصال البؤر الذأبية الصغيرة جراحياً بشكل كامل يتبعها معالجة وقائية لمدة ستة أشهر بالأدوية الموقفة لنمو العصيات السلية . ولا يمكن معالجة آفات الذأب الشائع الكبيرة جراحياً بل تعالج بالأدوية الموقفة لنمو العصيات السلية . تطبق الطرق المؤدية للتبيغ كمعالجة داعمة مثل المعالجة الضوئية (UVB) أو المعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA) التي يمكن أن تطبق موضعياً ، أو معالجات موضعية إضافية مثل المستحضرات الستيروئيدية الحاوية على الصادات . ومن الضروري إجراء الجراحة الرأبية بعد شفاء المرض إذا أدى إلى جدوع واسعة ومشوهة .

**تدرن الجلد ( الخنازة) Scrofuloderma :**

*المرادفات* : سل الجلد المميع Tuberculosis Cutis Colliquativa ، الصمغة السلية .

**التعريف** : هو شكل تحت حادٍ من سل الجلد يتشكل عند المرضى الذين مروا في المعقد البدئي ( سل الجلد التالي للبدئي ) . يكون تفاعل السلين إيجابياً ، تؤدي الآفة الشبيهة بالعقدة والمتوضعة تحت الجلد إلى التجبن يتلوه انثقاب الجلد الساتر ثم تقرح وتنوسر وتندب مشوه بعد الشفاء .

**الحدوث Occurrence** : كان تدرن الجلد شائعاً بين الشباب وخاصة بعد الخمج بالمتفطرة البقرية المرافق للمعقد البدئي مثل سل العقد الرقبية . يشاهد الآن أيضاً عند الشيوخ نتيجة نقص المقاومة لديهم .

**الإمراض Pathogenesis** : قد يكون منشؤه خارجياً . أو قد يحدث بسبب دخول عصية السل إلى ما تحت الجلد مثلاً بواسطة الوخز بإبرة ملوثة بالعصيات أثناء البزل القطني في حال التهاب السحايا السلي . وقد يحدث الإمراض من جراء تماس الجلد المستمر مع أعضاء داخلية متوضعة قريبة منه ومصابة بالسل مثل العقد اللمفية ، والعظام ، والمفاصل ، والعضلات أو البربخ . يمكن أن يحدث انتشار المتفطرة السلية عن طريق الدم وبخاصة عند الشيوخ الذين يشكون من نقص مقاومة أو نقص مناعة ولديهم إصابة سلية في الأعضاء الداخلية . تحدث عدة آفات في الجلد تتوافق مع آفات مواكبة في النسيج الخلوي تحت الجلد .

**الموجودات السريرية** : يحدث تدرن الجلد عادة في المنطقة تحت الفك وفوق الترقوة أمام العضلة القصية الترقوية الخشائية وفي جانب العنق حيث كانت إصابة العقد اللمفية بالسل البدئي . قد تظهر عدة بؤر وبخاصة على الأليتين إذا كان الانتقال عن طريق الدم . ( راجع الشكل ٤ - ٥٧ ) .

تتصف الصورة السريرية بعقدة التهابية تحت الجلد ، يتبعها تجبن مركزي فتصبح رخوة ثم تنثقب مع تشكل نواسير أو تقرحات ثم تشفى تاركة ندبة منكمشة ومتغضنة . تبقى النواسير والتقرحات مدة طويلة . تُفرغ النواسير نجيجاً مائياً ، قحياً أو متجبناً يمكن أن يكشف فيها المتفطرات السلية .

*تدرن الجلد عند الأطفال* **Scrofuloderma in Children :** وتنشأ عادة من سل العقد اللمفية في العنق الذي يتشكل أثناء المعقد السلي البدئي ( الخمج البدئي في اللوزتين ) وجدت المتفطرات البقرية في ٨٠٪ من الحالات بسبب تناول الحليب الملوث . قد ينتقل الخمج من الرئتين . يبدأ سل العقد اللمفية الرقبية عند الأطفال بانتباج محدد قاسٍ في منطقة تحت الفك أو أمام العضلة القصية الترقوية الخشائية . يزداد حجم العقد لمدة أسابيع أو أشهر ويصبح الجلد فوقها أحمراً شاحباً . وأخيراً تصبح العقد أوراماً ويتمدد الجلد فوقها . وتصبح طرية ومتموجة . خلال ذلك يلتصق الخراج البارد بالجلد وينثقب فتظهر النواسير والتقرحات . إن استمرار اشتداد الآفة وتراجعها مع تشكل عقد حديثة وخراجات يعتبر من العلامات الوصفية . أخيراً تتشكل ندبة مشوهة غير منتظمة مع انخماصات قمعية الشكل . قد يتشكل لاحقاً ، نتيجة دخول الجراثيم من المفرزات القيحية إلى الجلد ، ذأب شائع في منطقة الندبة كنتيجة لتبدل مستوى الإصابة .

*تدرن الجلد عند الكهول والشيوخ* ***Scrofuloderma in Adults*** : ينشأ تدرن الجلد من الجراثيم المحمولة عن طريق الدم . وقد يظهر في أي منطقة من العنق ، والصدر أو البطن ، وفي منطقة المغبن ، في الأليتين أو في اللسان ، وتظهر غالباً عدة بؤر . يبدأ التدرن في النسيج الخلوي تحت الجلد بعقدة ملتهبة قاسية . تكبر بسرعة ، يدل عليها لون الجلد الشاحب فوقها . ويتبع ذلك تموج الخراج ، وانثقابه وأخيراً تشكل النواسير . يزداد حجم المنطقة المصابة بظهور عقد جديدة ونواسير . يؤدي شفاء الخراجات إلى تشكل ندبات مشوهة غير منتظمة مع انخماصات قمعية الشكل والتي غالباً ما تغطي مساحات واسعة .

**الأعراض** : هي أعراض التهابية لا نوعية ( ارتفاع سرعة التثفل ، كثرة الكريات البيض ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد في المركز المتجبن أو الخراج رشاحة التهابية نخرية لا نوعية ولكن يشاهد جبيبومات سلية الشكل ودرنات متجبنة في المحيط . وقد نجد المتفطرة السلية أحياناً في المقاطع النسجية .

**شكل خاص :**

**سل النسيج الخلوي تحت الجلد والنواسير** : هو شكل نادر جداً من تدرن الجلد البؤري . تظهر رشاحة كَتيلة Lumpy منتشرة مع ميل للتجبن وتشكيل نواسير مع مفرزات قيحية ، في المنطقة الشرجية التناسلية بشكل رئيسي . يبدي التشريح المرضي النسجي رشاحة التهابية مع تشكلات درنية الشكل . يجب إثبات التشخيص برؤية المتفطرات السلية بالزرع أو بحقن حيوان التجربة ، لأن نفس الصورة السريرية قد يحدثها العد المكيب ( العد المقلوب Acne Inversa ) ، والخمج الجرثومي ( تقيح النسيج الخلوي تحت الجلد والنواسير ) ، والجبيبوم اللمفي الزهري أو داء الشعريات المبوغة .

**التشخيص التفريقي** : من المهم نفي الأدواء الأخرى التي تشكل عقد تحت الجلد مع تموج وانثقاب وتشكيل نواسير أو تقرحات وهي الإفرنجي الثالثي ( الصمغة ) ، والجبيبوم اللمفي الزهري ، وداء الشعريات المبوغة ، والأخماج الفطرية العميقة الأخرى وداء الشعيات Actinomycosis ، تساعد الفحوص المصلية والجرثومية والنسجية في وضع التشخيص .

**التشخيص** : يعتمد على الصورة السريرية ، التحري عن المتفطرات ( مجهرياً بالزرع ، وتلقيح حيوان التجربة بالمفرزات القيحية أو العينات النسجية ) .

**الإنذار** : يكون الإنذار العام والاستجابة للمعالجة الكيماوية جيدين . أما إذا تركت الآفة دون علاج أو عولجت معالجة غير كافية فسوف تؤدي إلى ندبات مشوهة جداً تلاحظ بشكل خاص على جانبي الرقبة .

**المعالجة** : يمكن معالجة سل العقد اللمفية عند الأطفال بالاستئصال الجراحي الباكر وقبل التجبن إذا أمكن ذلك . وبذلك تقصر مدة المرض ويتم تجنب الندبات المشوهة . يجب البدء مباشرة بالمعالجة الكيميائية المتعددة ولمدة تسعة أشهر على الأقل : إيزونيازيد INH ( ٥ – ٧ ملغ/كغ/اليوم ) وريفامبيسين ( ١٠ ملغ/كغ/اليوم ) ، أو إيزونيازيد وريفامبيسين وإيتامبوتول ( ٢٠ ملغ/كغ/يوم ) للكهول وبمقدار أقل للأطفال . في حال الشك بأن المريض لم يأخذ الدواء بشكل منتظم يجب التفكير بالمعالجة المتقطعة مرتين أسبوعياً تحت إشراف الطبيب . يأخذ الكهل ٨٠٠ ملغ INH و ٧٠٠ ملغ ريفامبيسين أو ٣ غ ايتامبوتول . قد يضاف تدابير عامة داعمة ، ويجب التحري عن سل الأعضاء الأخرى .

## الطفحة السلية Tubereulids :

يستند مفهوم التفاعلات الطفحية (Id – Reactions) على الطفحات السلية ، ويُنظر الآن إلى التفاعلات الطفحية على أنها تفاعلات أرجية متأخرة في الجلد ضد المستضدات الجرثومية . وهي تعبير عن تفاعل ضد – مستضد عند المرضى الأرجيين أو المفرطي الأرج أثناء الخمج بالجراثيم أو الفطور أو الحمات الراشحة . تعرف حسب سببها بالطفحات الجرثومية أو الطفحات الفطرية أو الطفحات الحموية . تظهر بشكل عام بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء المرض كطفحات بقعية حطاطية ، أو عقيدات ، أو حمامى عديدة الأشكال . وليس من الممكن تحديد منشأ الطفحات الجرثومية أو سببها من الصورة السريرية .

ابتكر داريه Darier عام ١٨٩٦ فكرة الطفحات السلية فعرّفها على أنها طفحات منتشرة ومتناظرة بفعل المستضدات السلية ( انتشار المتفطرات عن طريق الدم ، أو مكونات جراثيم الدرنات ، أو مواد أخرى جرثومية تعمل كمستضدات ) عند مريض أرجي أو مفرط الأرج . لا تشاهد الجراثيم الممرضة في الآفات الجلدية في الطفحات السلية . وبالتشريح المرضي النسجي يشاهد تشكل عقيدات درنية الشكل . كانت الطفحات السلية نادرة دائماً . وبما أن نسبة حدوث السل انخفضت ، أصبحت الإصابة بالطفحات السلية أكثر ندرة ، حتى أن بعض الباحثين شكك بوجودها . ولكن بما أن الطفحات السلية تحدث بعد حقن السلين أو بعد التلقيح بلقاح BCG ، أو أثناء المعالجة الكيميائية للسل فلا يمكن نفي وجودها . لقد حدث الالتباس سابقاً لأن عدداً من الأمراض الجلدية قد شخص بالفحص النسجي على أنه طفحات سلية ، بينما في الحقيقة لم يكن سببها السل .

## الحزاز التدرني Lichen Scrofulosorum [ Hebra 1860 ] :

*المرادفات :* سل الجلد الحزازاني .

**التعريف** : الحزاز التدرني نادر جداً في الوقت الحاضر . يصاب به الأطفال واليفعان الذين لديهم معقد سلي بدئي أو الملقحون بلقاح BCG أو المصابون بسل مجموعي ثانوي .

**الموجودات السريرية** : المكان الانتقائي للإصابة هي المناطق الجانبية من الجذع . يكون الطفح غير ملحوظ ويتألف من حطاطات دقيقة مجتمعة ومتناظرة تتحد مع بعضها لتشكل

لويحات بقطر ٠,٥ – ٣ سم ، وغالباً ما تكون بيضوية الشكل متجهة على طول خطوط الجلد .

يتشكل العنصر الوحيد من حطاطة مؤنفة جريبية أو حول جريبية ، وتكون متقرنة في ذروتها ، لونها أصفر بني ، أو أحمر أو تكون بلون الجلد غالباً . ونادراً ما نشاهد تشكل حويصل صغير . وفي أغلب الأحيان تكون الحطاطات المجتمعة الصغيرة مضلعة تشبه الحزاز المسطح الجريبي أو الحزاز الأحمر المؤنف Lichen Ruber Acuminatus . وبما أن الطفح لا عرضي فإنه يمر غالباً دون أن ينتبه إليه .

**السير** : يغيب الاندفاع بعد بضعة أسابيع ولكن قد يستمر لوقت أطول وقد يحدث النكس .

**التشريح المرضي النسيجي** : قد يحدث في السطح حول الجريبات تشكل درني الشكل مع خلايا لانغهانس وبؤر نخرية صغيرة . تمتزج أحياناً الرشاحة درنية الشكل مع رشاحة التهابية لا نوعية . وقد تحاط الأقنية العرقية بحبيبومات درنية الشكل .

**التشخيص** : يتألف الحزاز الخنزري من حطاطات دقيقة شوكية مجتمعة بمجموعات تشبه كثيراً تلك التي تحدث في تفاعل اختبار مورو Moro . ( راجع الشكل ٤ – ٥٨ ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يفرق الحزاز التدرني عن الطفحات الجريبية التي تتألف من حطاطات جريبية أو ما حول الجريبية صغيرة مؤنفة ومتفرقة . وهذه الطفحات قد تتشكل كتفاعل طفحي للعامل الممرض في الأمراض الخمجية الأخرى . وكذلك يجب تفريقه عن الحزاز الإفرنجي وهو طفحات إفرنجية تحدث أثناء سير الإفرنجي الثالثي وتؤلف حطاطات صغيرة جريبية أو حزازانية مجتمعة . ويفرق أيضاً عن الحزاز الشعروي Lichen Trichophyticus الذي يحدث فقط مرافقاً للآفات الشعروية العميقة ( سعفة الرأس أو سعفة الجسد العميقة ) . ويمكن أن نعتبره طفحة ارتكاسية جريبية .

وأخيراً قد تحدث الطفحات الجريبية غير المجتمعة مع حطاطات شوكية بانتشار أكزيمة التماس الأرجية وفي الحزاز المسطح الجريبي أو الحزاز البثعي Scorbuticus ( في الأوجة الانبساطية للأطراف ) .

**الإنذار** : جيد بسبب قصر مدة الداء . ويحدث أيضاً بعد اختبار السلين ، التلقيح بلقاح BCG أو سل الأعضاء عند مرضى مقاومتهم المناعية جيدة ( فرط الأرج ) ويكون الإنذار جيداً أيضاً عند هؤلاء المرضى .

**المعالجة** : غير ضرورية بسبب الميل للتراجع العفوي . وإذا كان ذلك ضرورياً ، تطبق المعالجة الموضعية بمستحلب التوتياء أو برهيات ستيروئيدية ذات تركيز منخفض .

## الطفحات السلية الحطاطية النخرية Papulonecrotic Tuberculid :

*المرادفات* : سل الجلد الحطاطي النخري Tuberculosis Cutis Papulonecrotica .

**التعريف** : هو اندفاع مزمن ناكس متناظر ، يتألف من حطاطات نخرية تشفى مع تشكل ندبات تحدث بشكل خاص في مناطق الجسم ضعيفة التروية الدموية . وهو تفاعل أرجي من نمط التهاب الأوعية نحو المواد المستضدية من عصيات الدرنات . ويشك البعض بوجود هذا الداء .

**الحدوث** : يحدث بشكل رئيسي عند الشابات والفتيات وهو نادر جداً . وقد نشر أخيراً في أفريقيا أكبر سلسلة من الحالات .

**الإمراض** : تفاعل المريض للمستضدات السلية في استجابة أرجية – مفرطة الأرج . تكون الحساسية لاختبار السلين عالية جداً ( تفاعل إيجابي بعد حقن السلين داخل الجلد بتمديد ١٠ $^{-٨}$ – ١٠ $^{-٩}$ ) .

**الموجودات السريرية** : تحدث بشكل خاص على الأوجه الانبساطية للساعدين والساقين مع انتقاء المرفقين ، والركبتين وظهر اليدين والقدمين ، وأيضاً في الجزء السفلي من الجذع والأليتين . تكون الآفات متناظرة ومنتشرة عادة ومجتمعة أحياناً . تحدث بشكل انتقائي في الشتاء وقد تغيب في الصيف .

يشاهد أولاً حطاطات أو عقيدات بقطر ٢ – ٥ مم . يتشكل في مركزها ما يشبه البثرة نتيجة تنخر الأنسجة .

تعرف الآفات القديمة بوجود جُلبة مركزية نخرية . تسقط الجُلبة تاركة ندبة جدرية الشكل ، قد تتسع الحطاطات لتشكل تقرحات بركانية الشكل ( الطفحات السلية التقرحية ) . وغالباً ما تشاهد حطاطات حديثة التشكل إلى جانب الندبات الجدرية الشكل . ويختلف عدد البؤر .

لا تحدث عادة أعراض عامة وجلدية ( حكة ، حس حرق ، ... ) ، قد يكون هناك سل العقد اللمفية أو سل أعضاء أخرى . كما توجد قصة عائلية للإصابة بالسل . وقد يحدث حمى جاسئة وذأب شائع في وقت واحد .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد في الأدمة تبدلات وعائية مع خثرات ، ويشاهد في النسج المحيطية تنخر تالٍ للتنخر داخل الأوعية مع تبدلات محيطية درنية الشكل . وتحدث رشاحة التهابية لا نوعية . كما يوجد التهاب أوعية حبيبومي . ولا يشاهد بنية شبكية رقيقة نموذجية للحبيبوم درني الشكل . من الصعب جداً وحتى من غير الممكن رؤية المتفطرات السلية في المقاطع النسجية .

**السـير** : يتطور المرض بشكل مزمن وناكس ، وغالباً لمدة سنوات وعقود . تتراجع الحالة الصحية العامة عند المريض بحدوث النكس وظهور آفات جديدة مثل العقيدات المتقرحة والندبات جدرية الشكل على الساعدين والساقين .

**التشخيص** : يفحص المريض للتحري عن سل الأعضاء ، ويجب أن يكون تفاعل السلين عنده إيجابياً بشدة . يجب وضع التشخيص بعد الفحص النسجي فقط ، ويؤكد التشخيص بعد الاستجابة للمعالجة .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض من النمط الحطاطي النخري . ويجب التفكير بالنخالية الحزازانية والجدرية الشكل الحادة ، حيث يصاب الجذع والراحتين والأخمصين . ويبدي الفحص النسجي التهاب أوعية لمفي يمكن تفريقه عن الشري الحطاطي بسبب الحكة الشديدة المرافقة لهذا الداء . قد تُذَكّر آفات الوجه بآفات العد النخري . ويجب في جميع الحالات الاعتماد على الفحص النسجي واختبار السلين والاستجابة للمعالجة .

**المعالجة :**

*الجهازية :* إن المعالجة الأحادية بالإيزونيازيد (INH) ناجعة ولكن ثمة ميل شديد للنكس . ينصح بالمعالجة المتعددة ولمدة سنة . وأحياناً تؤدي مشاركة الدواء بالستيروئيدات بمقادير متوسطة إلى تحسن كبير .

*الموضعية :* التدفئة والتدابير المؤدية إلى تحسين التروية الدموية كالمستحضرات الحاوية على حمض النيكوتين Nicotinic Acid . وقد تستعمل الستيروئيدات الموضعية . ( راجع الشكل ٤ ــ ٥٩ ) .

**الحمامى الجاسئة Erythema Induratum [ Bazin 1861 ] :**

*المرادفات :* سل الجلد الجاسيء Tuberculosis Cutis Indurativa ، الطفحات السلية العقدية Nodose Tuberculid .

**التعريف** : الحمامى الجاسئة مرض مزمن يتظاهر بعقيدات عميقة التهابية تؤدي إلى التقرح على الربلتين عند الشابات اللواتي يبدين تفاعلات مفرطة الأرج للعصية السلية . إن وجود هذه الطفحات السلية موضع جدل لدى عديد من المؤلفين ، ولكن للأسباب التي ستذكر لاحقاً يجب اعتبارها كتظاهرة جلدية للسل .

**الحدوث** : في زمن كثرة إصابات السل كانت الحمامى الجاسئة تشاهد بكثرة أيضاً وهي نادرة جداً اليوم .

تصاب بها النساء الشابات ومتوسطات الأعمار اللواتي لديهن اضطرابات وعائية محيطية مثل الأطراف الباردة وزراق النهايات ، والجلد المرمري . ومن النادر أن تصيب الرجال .

**الأسباب والإمراض** : هي شكل من التهاب الأوعية السلي مثل الطفحات السلية الحطاطية النخرية . تحدث الحمامى الجاسئة على الأطراف وتعزى إلى تحريض المستضد السلي ، ربما بعد انتشار قليل من الجراثيم السلية عن طريق الدم . ومن العوامل المؤهبة التعرض للبرد أو العمل في مكان رطب وبارد ، تعود ندرة الإصابة بالحمامى الجاسئة في الوقت الحاضر إلى تحسن الحالة المعيشية من حيث تدفئة المنازل وإلى نقص حدوث الخمج السلي .

**الموجودات السريرية** : تكون الآفات متناظرة عادة وتصيب بشكل انتقائي الربلتين . تجس في البدء عقيدات قليلة تحت الجلد بحجم حبة الحمص إلى الكرزة مكتنزة ومحددة . قد تتراجع هذه العقيدات في الصيف . يزداد عادة حجم العقيدات وتلتصق بالجلد الذي يصبح أحمراً شاحباً . تصبح طرية في المركز وتشكل تقرحات أو نواسير . قد تستمر القرحات غير المؤلمة والمستورة بجلبة ونتحة كثيفة مدة طويلة .

تشمل الأعراض المرافقة كل من القدم الباردة ، وزراق النهايات ، والجلد المرمري ، وفرط التعرق الراحي الأخمصي ، وزراق الساق الاحمراري أو داء الشرث الجريبي .

**التشريح المرضي النسجي** : يتطلب وضع التشخيص خزعة استئصالية . تبدي الآفة التهاب أوعية حبيبومي يشمل في وقت آجل الوريدات تحت الجلد مع رشاحة التهابية سلية حول الأوعية . تتصف الآفة الناضجة بالنخر والتخثر الوعائي . ويشاهد بشكل ثانوي التهاب السبلة الشحمية الفصيصي الحبيبومي واستبدال الدهن بالابتلاع الشحمي . ويحدث التليف أخيراً . ( راجع الشكل ٤ ــ ٦٠ ) .

**السير** : يستمر الداء بشكل مزمن عدة سنوات غالباً ، مع تردي الحالة أثناء فصل البرد . تتشكل عقيدات جديدة وتبدي العقيدات المتقرحة ميلاً خفيفاً نحو الشفاء مع تشكل ندبات مصطبغة ومنكمشة . يكون الإنذار جيداً بشكل عام بسبب استجابة الداء للمعالجة . يساعد في وضع التشخيص كل من التحري عن سل الأعضاء ، وقصة إصابة بالسل ، وصورة نسجية نموذجية ، واختبار سلين إيجابي بشدة والاستجابة للمعالجة . وقد يحدث سل رئوي ، عظمي ، كلوي وسل باطن الرحم . ذكرت تبدلات جلدية للذأب الشائع أو للطفح السلي الحطاطي النخري مع الحمامى الجاسئة . ويمكن إثبات إصابة العقد اللمفية خلف البريتوان بالسل وذلك بالتصوير الشعاعي أو بالتفريسة (Scan) .

**التشخيص التفريقي** : رغم أن عدداً من المؤلفين يشك بمنشأ

الحمامى الجاسئة السلي ، غير أنه حسب خبرتنا ، نعتقد أن هذا الكيان المرضي موجود . يعتبر ظهور العقيدات المزمنة والناكسة مع ميل نحو التقرح على الربلتين عند الشابات نموذجياً . من المهم تفريقها عن الجلادات العقيدية الأخرى . تكون الحمامى العقدة مؤلمة بالضغط . تنتقي الأوجه الانبساطية للأطراف السفلية ولا تتقرح .

من الصعب تفريقها عن الورام الحبيبي الشحمي تحت الجلد ( روثمان – ماكاي ) ، غير أن لهذا الورام صورة نسجية مختلفة . ويجب تفريقها عن التهاب الأوعية العقيدي (Montgomery) وعن العقيدات في التهاب ما حول الشريان العقيدي . كما يجب التفكير بالصمغة في الإفرنجي الثالثي لأن السبب الدينمي للمرضين متشابه . تكون الحمامى الجاسئة متناظرة وتكون الصمغة غير متناظرة بشكل رئيسي . يشاهد الشرث العقيدي في فصل الشتاء ولكن يتشكل ببطء ويحدث بصورة متناظرة في الأطراف المعرضة للبرد ( القسم الجانبي من القدم ، الركبة ) في المناطق الرطبة والباردة .

يجب إجراء الفحص النسجي لأن لطاخة وزرع النسج تكون سلبية عادة .

**المعالجة** : المعالجة الأحادية بالإيزونيازيد INH ٥ – ٧ ملغ/كغ من الوزن/يومياً أقل فعالية من المعالجة المتعددة ( INH والريفامبيسين ) لمدة عشرة أشهر . من المهم تحسين الدوران المحيطي ، ولذلك ينصح بالأحذية الدافئة ، وتجنب البرد والبقاء في غرفة مدفأة . استعملت الحمامات المضادة أو الحمامات المهيجة المضادة الحاوية على استر حمض النيكوتين ( الحمامات المحمرة Rubifacient Baths ) . تسند العصابات الضاغطة النسج وتساعد الدوران وتبقى الساقين دافئتين .

## الجلادات ذات العلاقة المشكوك بها مع السل
## Dermatoses with Questionable Relationship to Tuberculosis :

تشمل هذه المجموعة أمراضاً كان يعتقد أنها طفحات سلية ، لأن البنية النسجية تبدي مظاهر الحبيبوم درني الشكل . غير أنه لم تكشف العصية السلية في الآفات الجلدية لهذه الأمراض أبداً . يكون تفاعل السلين سلبياً أو إيجابياً خفيفاً ولم يثبت علاقتها بسل الأعضاء الداخلية . لذا يجب تفريق هذه الأمراض عن الطفحات السلية والأمراض السلية الأخرى .

### الذأب المنتثر الدخني الوجهي Lupus Miliaris Disseminatus Faciei [ Fox (1878) ] :

*المرادفات :* سل الجلد الدخني المنتثر الوجهي .

**التعريف** : هو اندفاع متناظر حطاطي – حطاطي وسفي إلى حطاطي بثري ذأباني على الوجه ذو سير مزمن وناكس مع شفاء عفوي ، يصيب بشكل رئيسي الشباب ( ٢٠ – ٣٥ سنة ) . يُشك بعلاقته بالطفحات السلية بسبب عدم كشف العصية السلية في الآفات . كما أنه لم يشاهد سل أعضاء داخلية مرافق للآفة . قد نجد قصة شخصية أو عائلية للإصابة بالسل . ومن المحتمل أن يكون تفاعلاً جلدياً متعدد الأسباب لنموذج مميز .

**الموجودات السريرية** : يحدث بشكل رئيسي على الوجه وأحياناً على العنق ونادراً على الفروة ونادراً جداً على الجذع . تكون الآفات متناثرة ومتناظرة ، رطبة وحمراء ضاربة للزرقة ، وأكثرها حمراء بنية مؤلفة من حطاطات نصف كروية قطرها ١ – ٥ مم . قد تكون الحطاطات مسطحة أو محدبة وقد تكون مستورة بوسوف . توحي بعض الآفات أحياناً بوجود تشكلات بثرية . ومن المهم للتشخيص أن العقيدات الذأبية المتناثرة الوصفية تشاهد بالمعاينة بالشفوفية . ولكنها لا تبدو مجتمعة في معقدات كبيرة كما في الذأب الشائع . وتكون ظاهرة المسبار إيجابية كما في الذأب الشائع .

لا توجد أعراض شخصية مثل الحكة وقد ذكر حدوثه مع الحمامى العقدة واليرسنية (Yersinia) .

**التشريح المرضي النسجي** : تتألف الركيزة من حبيبوم درني الشكل نموذجي مع نخر متجانس مركزي ، ومحيط واسع من الخلايا الظهارانية ، وخلايا لانغهانس ولمفاويات . لا يشاهد التهاب أوعية . قد تتلف الأجربة . والصورة المجهرية النسجية نموذجية للسل .

**السير** : إن سير الداء ، الذي يتشكل نسبياً بسرعة ، مزمن وقد يمتد لعدة أشهر أو سنة أو سنتين . لا تميل التبدلات الجلدية نحو التميه الحقيقي أو التقرح . يحدث الشفاء تاركاً ندبة ضمورية لطيفة .

تشمل الأشكال النادرة : ارتشاحات عقيدية عميقة تكون متحركة بالجس وبالعيان تبدي بقعاً حمراء بنية . يشبه هذا الشكل الطفحات السلية العدية الشكل في الوجه (Acnitis) .

**التشخيص والتشخيص التفريقي** : إن الصورة السريرية لهذا الداء نموذجية جداً . تتصف الوردية الذأبانية – بالإضافة إلى وجود حطاطات ذأبانية – بحدوث الحمامى والتوسعات الشعرية وتصيب النساء غالباً . تتشكل الحطاطات الوردية الحبيبومية من تخرب الغدد الشحمية والجريبات الشعرية . يبدي العد الشائع أشكالاً متعددة مثل الزؤان والحطاطات والحطاطات البثرية . قد يصعب تفريقه عن العد الهالوجيني أو الستيروئيدي . كما يجب تفريقه عن الغرناوية الحطاطية الدقيقة والطفحات الإفرنجية الحطاطية الوسفية . قد يأخذ التهاب ما

حول الفم شكلاً ذأبانياً مثل وردية الوجه الذي يُذَكِّر كثيراً سريرياً وتشريحياً مرضياً بالذأب الدخني المنتشر الوجهي .

**المعالجة :**

*الجهازية :* ساعدت الأدويةُ المضادة للسل والمعطاة لمدة أشهر بعض المرضى ( INH ٥ – ٧ ملغ/كغ من الوزن يومياً ) . كما يمكن استعمال التتراسكلين ، المينوسيكلين أو الميترونيدازول .

*الموضعية :* يعالج بنفس طريقة معالجة وردية الوجه الحطاطية . يجب تجنب استعمال الستيروئيدات المفلورة . ( راجع الشكل ٤ – ٦١ ) . وتذكر فائدة الدابسون في بعض الحالات .

**الطفحات السلية الشبيهة بوردية الوجه Rosacea – Like Tuberculid** [ Lewandowsky 1917 ] : لم تعد الطفحات السلية الشبيهة بوردية الوجه تعتبر ككيان مرضي مستقل الآن . فهذه الحالات إما أن تكون وردية ذأبانية أو تظاهرة ذأبانية لالتهاب ما حول الفم الشبيه بوردية الوجه .

**الطفحات السلية العدية الشكل Acneiform Tuberculid :** لم يعد هذا الداء الوجهي يعتبر كسل جلد لأنه لم يمكن إثبات منشئه السلي . وقد كان يوصف على أنه الطفحات السلية العدية الشكل في الوجه (Acnitis) ويجب تفريقه عن الطفحات السلية الحطاطية النخرية .

## الخمج بالمتفطرات اللا نموذجية Atypical Mycobacterial Infections :

يمكن تصنيف المتفطرات إلى متفطرات نموذجية مثل المتفطرة السلية ، وإلى متفطرات لا نموذجية والتي تنقسم حسب نموها إلى أنواع بطيئة النمو وأنواع سريعة النمو . يثبت الانقسام بدراسة الدنا DNA . تشمل الأنماط السريعة النمو عاملين ممرضين . المتفطرة الشيلونية M. Chelonie ( من السلحفاة ) والمتفطرة فورتويتم M. Fortuitum ( من الضفادع ) . تشمل الأنماط البطيئة النمو ثمانية أنواع تسبب أمراضاً عند الإنسان . هناك نوعان يسببان أمراضاً نوعية هما : المتفطرة البحرية M. Marinum التي تسبب حبيبوم أحواض السباحة والمتفطرة القرحية M. Ulcerans التي تسبب قرحة بورولي Buruli . تقاوم الجراثيم الأذيات بفضل جدارها الغني بالشحوم المقاوم للحمض . وقد ذكر وجود كائن حي جديد ، المتفطرة المستدمية M. Hemophilus ، ينمو فقط بوجود الحديد ، وغالباً ما يكون على شكل سيترات الآمونيوم الحديدي . وهي متفطرة منخفضة الحرارة . يحدث الخمج بها عند المرضى مكبوتي المناعة . غالباً وقد ورد ذكر إصابة طفل بالتهاب العقد الرقبية بالمتفطرة المستدمية .

**الموجودات السريرية :** تحتوي الآفات الجلدية البدئية أو آفات التلقيح على المتفطرات اللا نوعية وتؤدي إلى حدوث قرحات . وقد تشفى هذه القرحات أو تصبح ثؤلولية أو تترق ببطء حسب الاستجابة المناعية . يحدث خراجات بعد الحقن أو التهاب السبلة الشحمية الحبيبومي في النسيج الخلوي تحت الجلد . وقد تنتشر العوامل الممرضة الحية عن الطريق الدموي أو اللمفي ( الخمج الشبيه بداء الشعريات المبوغة ، تشكل النواسير ) وبالامتداد المباشر على الأغشية المخاطية . يمكن أن تسبب المتفطرة البقرية آفات جلدية حبيبومية أو طفحات سلية حطاطية نخرية . قد تسبب أنواع مختلفة من المتفطرات آفات من نمط الحمامى العقدة ، ولكن المتفطرة السلية هي الأكثر نموذجية .

**المعالجة :** غالباً ما تكون الآفات البدئية موضعة والاستئصال الجراحي هو أحد أشكال المعالجة الناجحة . استعملت الأشعة السينية في المعالجة وكانت النتائج جيدة . قد تتطلب الآفات المخربة المحدثة بفعل ذيفان المتفطرة القرحية تطعيم الجلد . تشمل المعالجة الدوائية الريفامبيسين والإيثامبوتول ، والتريمتوبريم والسلفاميتوكسازول والمينوسكلين . يمكن معالجة الآفات الموضعة الناجمة عن المتفطرة الكنساسية M. Kansasii بثلاثة أدوية ، الريفامبيسين ، الإيزونيازيد والإيثامبوتول . وتحتاج آفات المتفطرة الطيرية M. Avium خمسة أدوية مضادة للسل ولمدة طويلة . تستجيب آفات المتفطرة الشيلونية للأريترومايسين والأميكاسين . وتؤدي أدواء المتفطرات اللا نموذجية المعممة عند الجنوسيين الذكور المصابين بخمج HIV ( عوز المناعة المكتسب AIDS ) إلى الموت .

### حبيوم أحواض السباحة Swimming Pool Granuloma :

**التعريف :** هو تفاعل حبيبومي في الجلد ينجم عن خمج بالمتفطرات اللا نموذجية ( المتفطرة البحرية ) M. Marinum .

**الحدوث :** نادر نسبياً . المتفطرة البحرية كائن حي رمي ينمو خاصة في وسط رطب بحرارة حوالي ٣٢° مئوية ، لهذا يقتصر الخمج على الجلد عملياً . يحدث الخمج بعد رض بسيط في حوض السباحة الذي لا يحوي على كمية كافية من الكلور ( لهذا السبب سمي حبيبوم أحواض السباحة ) ، أو بعد تنظيف ماء حوض السمك الدافىء .

**الإمراض :** يمكن عزل المتفطرة البحرية من الآفات الجلدية . من المهم معرفة هوية العامل الممرض لتفريقه عن سل الجلد .

**الموجودات السريرية :** يحدث في مكان الرض بعد ٣ – ٤ أسابيع عقيدة التهابية وحيدة حمراء مزرقة ، ذات سطح ثؤلولي . يتراوح قطر الآفات عادة بين ١ – ٢ سم ويميل بعد فترة من الزمن إلى التقرح . والمناطق المنتقاة هي ظهر اليدين

والقدمين ، المرفقين والركبتين . ولقد وصف حدوث عقيدات محددة التهاية خراجية الشكل على مسير الأوعية اللمفية الواردة أو في منطقة العقد اللمفية الناحية .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد في الأدمة العلوية تشكلات درنية الشكل نموذجية مع نخر مركزي .

**السير** : يحدث شفاء عفوي خلال ١ ـ ٢ سنة ، مع تشكل ندبة غالباً .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن سل الجلد الثؤلولي . يجب نفي داء الشعريات المبوغة في الشكل الذي يمتد على مسير وعاء لمفي أو في منطقة العقد اللمفية . كما يجب نفي الإفرنجي الثالثي .

**المعالجة** : يمكن استئصال البؤر الصغيرة استئصالاً كاملاً . ينصح باستعمال التبريد بالآزوت السائل أو التجريف مع التخثير الكهربي . يجب اختبار حساسية العامل الممرض للأدوية المضادة للسل قبل البدء بالمعالجة الكيميائية ؛ إذ غالباً ما تكون هذه العوامل الممرضة مقاومة لهذه المعالجة .

ينصح باستعمال الإيزونيازيد ، والبروتيوناميد والدابسون ( الإيزوبروديان Isoprodian ) . وقد استعمل التتراسكلين وكوتريموكسازول في بعض الحوادث المفردة بنجاح .

## الجذام Leprosy

*المرادفات* : داء هانسن ، داء زارات .

**التعريف** : هو مرض خمجي مترقٍ مزمن ، ضعيف العدوى ، تسببه المتفطرة الجذامية . قد تحدث هجمات اشتدادية حادة . إن هذا المرض هو أحد كوارث الإنسان لأنه يترافق بجدوع شديدة ويمكن شفاؤه بالمعالجة الباكرة .

**العامل الممرض** : إن المتفطرة الجذامية ( هانسن ١٨٧٤ ) هي عصية صغيرة منحنية مقاومة للحمض ، إيجابية الغرام طولها ٠,٥ ـ ١,٥ ميكرون . تشاهد المتفطرة الجذامية في اللطاخات أو في النسج بشكل حزم متراصة ( حزمة Globi ) تشبه حزم السيجار . تلون بطريقة تزيل نلسن Ziehl – Neelsen أو بطريقة فايت فاراكو Fite – Faraco .

**لمحة تاريخية** : كان الجذام منتشراً في جميع أنحاء العالم منذ بدء التاريخ ، وجد الجذام في العصور القديمة واستناداً إلى الوثائق التاريخية المصرية والصينية . ولا يعرف إذا كان الجذام مذكوراً في العهد القديم تحت اسم داء زارات Zaraath . انتشر الجذام بشكل جائح في أوروبا الوسطى خلال حملة القوات الرومانية وبخاصة خلال الحملات الصليبية . وكانت تعرف عدواه في القرون الوسطى . تراجع الداء بدءاً من القرن السادس عشر واقتصر على بعض البلدان في أوروبا مثل الدول الأوروبية الجنوبية وسكاندينافيا وبلاد البلطيق . لكن طرق الوقاية الحديثة والمعالجة أزالت هذا الداء من تلك البلاد .

يشتق اسم الجذام Leprosy من اليونانية من كلمة Lepis التي تعني « القشرة ، الحرشفة » أو من الكلمة الهندية ـ الألمانية Lap التي تعني « يقشر ويسحج » . بقيت مصحات الجذام وقبور المجذومين ماثلة في بعض البلاد الأوروبية حتى القرن الثامن عشر . وكان القانون يجبر المجذومين على تنبيه الآخرين بإحداث صوت قبل عبورهم الجسور حتى يتمكن الأشخاص الأصحاء من تجنبهم . وما زال المجذومين منبوذين في بلاد النيبال .

**الوبئيات** : إن عدد الإصابات في جميع أنحاء العالم في الوقت الحاضر يتراوح بين ١٠ ـ ١٥ مليون حالة . يحدث الجذام بشكل رئيسي في المناطق الاستوائية والمناطق المجاورة لخط الإستواء ويحدث أيضاً في المناطق الأبرد مثل النيبال وكوريا . ويمكن تشبيه توزعه الجغرافي كحزام حول الأرض من خط العرض ٤٠° شمالاً إلى خط عرض ٤٠° جنوباً . يوجد عدد كبير من الإصابات في الهند ووسط أفريقيا وأوقيانوسية . ولا تتوفر معلومات عن وجوده في الصين . والجذام نادر جداً في أميركا الشمالية ولكنه يحدث بنسبة أكثر في أميركا الجنوبية .

مكافحة الجذام هي أحد الأهداف الملحة والهامة للطب وتتولاها بشكل خاص منظمة الصحة العالمية . لا يورث الجذام ولا ينتقل إلى الجنين . ولكنه وصف أن حدوثه يترافق مع HLA – B8 وربما مع HLA – A9 .

يكون الأطفال مؤهبين للإصابة بالجذام . يصيب الخمج الأطفال أو اليفعان عادة وبشكل متساوٍ عند الذكور والإناث في مرحلة الطفولة . أما بعد البلوغ فيصاب الذكور بشكل انتقائي . ومن الضروري تواجد عاملين لانتشار الجذام هما : تأهب المريض للإصابة وتماسه مع حالات مفتوحة : يعتبر الجذام الجذمومي والثنائي الشكل حالات مفتوحة ونادراً ما يعتبر الشكل المتفاعل من الجذام الدرني حالة مفتوحة . ويجب اعتبار حليب الأم كمستودع لجراثيم الجذام . يصيب الجذام الإنسان في جميع الطبقات الاجتماعية ، ولكن يصاب الفقراء الذين يعيشون في بيئة مزدحمة فقيرة وغير صحية بنسبة أكبر . ويبدو أن خطر العدوى يكون قليلاً في الظروف الصحية الملائمة والتغذية الجيدة . لم يعرف بالتأكيد حدوث الجذام عند الحيوان . و لم تزرع عصيات الجذام حتى الآن على أوساط صنعية . غير أنه أمكن نقلها إلى بعض حيوانات التجربة كقدم الفئران دون أن يحدث خمج متعمم ، بينما حدث خمج متعمم

عند الفئران التي استؤصلت لديهم التوتة وعند حيوان المدرع **Armadillo** .

**الإمراض** : لم يعرف بالتأكيد كيفية انتقال الداء من شخص إلى آخر . يحدث المرض عادة خلال تماس طويل وصميمي مع حالات مفتوحة .

لا ينتقل الجذام بالهواء . بل يلعب الذباب والبق والبراغيث دوراً غير مباشر في نقل العدوى في المناطق المدارية ، إذ أنها تحدث جروحاً سطحية في الجلد وتقيحاً وتقرحاً مزمناً .

لا تعرف في الجذام الآفة البدئية أو المعقد البدئي كالتي تشاهد في السل والخمج بالمتفطرات اللا نموذجية . تصيب عصية الجذام بشكل انتقائي الجلد ، والأغشية المخاطية ، والطرق التنفسية العلوية والأعصاب المحيطية حيث تتوضع في خلايا شوان . يدل سلوكها تجاه الملونات على حيويتها وقدرتها على التكاثر أو عدمه . تكون العصية الملونة بشكل كامل ( العصية الصلبة ) قادرة على التكاثر ، بينما يدل عدم تلون مركز العصية أو تلون قطبيها بشكل منتشر غير منتظم على عدم حيويتها . وهذا التفريق مهم لتحديد الإنذار ونتائج المعالجة . إذا كان اختبار الجذامين ( الليبرومين Lepromin ) سلبياً ( مقاومة مناعية غير كافية ) يصبح خطر الخمج موجوداً .

يكون لدى المرضى المصابون بالجذام الجذمومي تعطلاً مناعياً لدرجة كبيرة تجاه مستضد العصية الجذامية ونادراً ما يتفاعلون تجاه المستضدات اللا متفطرية أو يبدوان أرجاً تماسياً .

*اختبار الجذامين ( الليبرومين Lepromin Test )* : هو ليس اختباراً تشخيصياً ولكنه يساعد في تصنيف الجذام ووضع الإنذار . يتوفر الليبرومين تجارياً وثمة ثلاثة مستضدات للحقن ضمن الأدمة :

- الليبرومين الكامل (Mistuda – Hayasaki) : وهو خليط من نسج مهروسة من الجذام الجذمومي يحتوي على $1,6 \times 10^{8}$ عصية جذامية في مم³ وبقايا نسجية أيضاً .
- المستضد الجرثومي (Dharmendra) ، ويحتوي على المتفطرة الجذامية فقط .
- البروتين – ليبرومين : (Olmos – Castro) ويحتوي على أجزاء مستضدية من المتفطرة الجذامية .

تقرأ نتيجة الاختبار بعد يومين وبعد ثلاثة أسابيع . يشاهد بعد يومين حمامى مرتشحة بقطر ١٠ – ٢٠ مم ( اختبار الليبرومين إيجابي ) . ويدل على وجود فرط حساسية غير أنه نادراً ما يكون وثيق الصلة بالناحية السريرية . ويوصف هذا التفاعل على أنه تفاعل باكر أو تفاعل فرناندز Fernandez .

وبعد ذلك يمكن أن يتبدل التفاعل الباكر إلى عقدة التهابية مزمنة ( أكبر من ٥ مم قطراً ) . تستأصل وترسل للفحص النسجي . وفي حالة التفاعل المتأخر ( تفاعل ميتسودا ، تفاعل الليبرومين ) يوجد حبيبوم درني الشكل أو غرناوي . تدل إيجابية اختبار الليبرومين على وجود جذام درني مع مقاومة جيدة وإنذار حسن . بينما تدل سلبية اختبار الجذامين على الجذام الجذمومي أو الجذام ثنائي الشكل ذي المقاومة الضعيفة مقاومة ضعيفة . تجب المعالجة الوقائية للأشخاص الذين هم بتماس مع مرضى مصابين بالجذام في المناطق المتوطنة ولديهم اختبار الجذامين سلبياً ، أو يجب إبعادهم للوقاية من خطر الإصابة بالخمج الجذامي . في المناطق الخالية من الجذام يوازي اختبار الجذامين اختبار السلين ويكون إيجابياً في أكثر من ٨٠٪ من السكان ويدل على الاستجابة المناعية للمتفطرة السلية . إن خلايا شوان هي الخلايا الثوية للمتفطرات الجذامية عند الإنسان . وتصل الجراثيم لهذه الخلايا عبر الجلد أو عن طريق التيار الدموي .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة غير معروفة تتراوح بين ٣ – ٢٠ سنة ، تظهر أعراض وعلامات باكرة غير نوعية ومختلفة ولا تجبر المريض إلى مراجعة الطبيب . يخشى الإنسان الجذام في جميع أنحاء العالم لذا لا يراجع الطبيب حتى بعد ظهور الأعراض النوعية مثل زوال لون الجلد ، والخدر ، وضمور العضلات ، والنزلة المزمنة أو الرعاف . يصبح المصاب منبوذاً اجتماعياً بعد وضع التشخيص حيث يضطر للمعالجة المديدة لعدة سنوات والدخول إلى مصح الجذام وافتراقه عن أسرته وفقد عمله . يصنف الجذام حسب الموجودات السريرية ، والجرثومية ، والتشريحية المرضية والمناعية مع طيف من الأعراض السريرية والمناعية . تكوّن الأنماط القطبية أو الأساسية في طرفي الطيف جذاماً جذمومياً غنياً بالعامل الممرض لا أرجياً وجذاماً درنياً أرجياً فقيراً بالعامل الممرض . تؤكد العلاقة بين العامل الممرض والثوي هذا التصنيف ، يوجد بين هذين النمطين المتضادين أنماط أخرى : الجذام غير المحدد والجذام الحدودي ( ثنائي الشكل ) .

**الجذام الجذمومي (Lepra Lepromatosa) Lepromatous Leprosy** : هو الشكل الخبيث اللا أرجي من الخمج المترافق بمناعة ضعيفة ، سيء الإنذار ، ولا يميل نحو الشفاء العفوي ، يكون تفاعل الليبرومين سلبياً . وتكون الآفات الجلدية والمخاطية غنية بالجراثيم وحتى قد تشاهد المتفطرات الجذامية في الجلد السليم ظاهرياً . يحمل هؤلاء المرضى أحياناً أكثر من ١ كغ من الجراثيم في أجسامهم ، يبدي الفحص النسجي حبيبومات غنية بالخلايا الرغوية المؤلفة من خلايا فيركوف ( الخلايا الجذامية ) والتي تحتوي على كتل أو كرات من المتفطرات الجذامية .

*الجلد :* تحدث التظاهرات الجلدية بشكل متناظر وتتألف من بقع ، وحطاطات مرتشحة وارتشاحات حمراء بنية أو بلون الجلد ، تصبح بسرعة عقيدية . يطلق عليها اسم الجذمومات (Lepromas) وتكون حدودها غير محددة . ( راجع الشكل ٤ – ٦٢ ) .

تكون البقع مدورة أو بيضوية وتصيب المناطق المستورة من الجسم . تختلف أحجام العقيدات المرتشحة . يكون الجلد الطبيعي جافاً ضمورياً أو وذمياً ومرتشحاً . يعتبر جفاف الجلد ، وعدم التعرق ، والحاصة والخدر أربع معايير سريرية هامة في الجذام . قد تنشأ الحطاطات والعقيدات ( الأورام الجذامية ) على البقع أو على الجلد الطبيعي . تتراوح أقطارها من بضع ملمترات إلى بضع سنتمترات وقوامها من قاسٍ إلى مرن قد تتوضع تحت الجلد . تتواجد بكثرة في النهايات ومناطق الضغط مثلاً المرفقين ، الركبتين ، الأليتين ، والوجه والأذنين . قد تتقرح الأورام الجذامية عفوياً ( الصمغة الجذامية ) أو بالرض ( الخدر ) أو في المرحلة التفاعلية ( تفاعل الجذام ) . يكون خطر الإصابة بالخمج الثانوي كبيراً . ويشكل الارتشاح الالتهابي للجلد والأورام الجذامية والتهاب القرنية والملتحمة السحنة الأسدية Leonine Facies .

تتحد العقيدات فيما بعد وتشكل شريطاً إكليلي الشكل . تحدث الآفات الجذامية بشكل رئيسي على المناطق الباردة من الجسم وتغيب غالباً عن المناطق الدافئة مثل الرأس ، ومؤخر العنق ، والإبطين ، والشفتين والقص . تتوضع الأورام الجذامية في الوجه ، وعلى الأنف ، والأذنين ، والقوس الوجنية ، والحاجبين . وتبقى الأخاديد الجلدية حرة . لذا يبدو الوجه متغضناً ومتورماً . تعتبر ضخامة فصيص الأذن من العلامات الواسمة . وتعتبر حاصة الجزء الوحشي من الحاجبين الناجمة عن الارتشاح الجذمومي ( تمعط الحاجبين Madarosis ) عرضاً وصفياً وباكراً . يبدي **النمط المنتشر** الذي وصفه لوسيو Lucio ( جذام لوسيو ويسمى أيضاً الداء الجذامي المنتشر أو جذام لازارين ) ارتشاحاً متعمماً شمعي الشكل يذكر بالوذمة المخاطية . يكون الذراعان والساقان متورمين وبلون أحمر ضارب للزرقة قليلاً مع توسعات وعائية ، لا تحدث عقيدات .

يطلق اسم الحاصة الجذامية على حاصة الفروة والأهداب والحاجبين . يكون باقي الجلد جافاً ووسفياً يحتوي على المتفطرات الجذامية بكثرة حتى في الجلد الطبيعي ظاهرياً . يشاهد في المرحلة التفاعلية فقاعات وتنخر جلدي غريب المظهر ( ظاهرة لوسيو عام ١٨٥٢ ) يتطور إلى قرحات عميقة يشفى تاركاً ندبات جادعة . ومن الأعراض الباكرة إصابة الغشاء المخاطي للأنف مع التهاب أنف مخرب . ويشاهد هذا النمط خاصة في أميركا الوسطى والمكسيك .

*الأغشية المخاطية :* **تصاب الأغشية المخاطية للأنف بشكل دائم تقريباً . يجب أن يشك بالجذام في حال الإصابة بالنزلة المزمنة في منطقة توطن فيها الجذام . تتألف الموجودات الأخرى من رعاف وعدم إمكانية التنفس من الأنف بسبب الأورام الجذامية مع تخرب الحاجز الأنفي وانخماص قوس الأنف القاصي النموذجي . يمكن أن يؤدي الارتشاح الجذمومي في منطقة البلعوم إلى التهاب بلعوم قيحي وحوادث اختناق . قد تصاب الأغشية المخاطية الأخرى مثل الشفتين ، وجوف الفم ، واللسان ، بالإضافة إلى إصابة العقد اللمفية ، والخصيتين ، والكبد والطحال والغدد الصماء . وهذا يؤدي إلى أعراض وصفية حسب التوضع مثل ضخامة الثدي ، والعقم وتخرب الخلايا الكبدية .**

*العينان :* تصاب العينان بكثرة وبشدة في الجذام . قد يؤدي ارتشاح الأجفان والصلبة والقرنية والقزحية والأجسام الهدبية إلى اضطراب الرؤية وإلى العمى . ويخشى من إصابة العين وخاصة في التفاعل الجذامي **Lepra Reaction** .

*تبدلات الأعصاب :* **تكون تبدلات الأعصاب أقل ظهوراً من الشكل الدرني . تظهر إصابة العصب أحياناً أثناء تراجع الآفات الجلدية . يحدث الشلل بسبب ارتشاح الأعصاب المحيطية وبخاصة العضلات بين العظام المعصبة بالعصب الزندي أو الكعبري . تبدو الضرة والرانفة ضامرتين وينجم عن ذلك اليد المخلبية . تحدث جدوع في الأصابع والأباخس نتيجة الارتشاح الجذمومي ، كما يظهر الخمج الثانوي مع تقرحات اغتذائية .**

**التفاعل الجذامي** : يسمى الاشتداد الحاد للجذام الجذمومي التفاعل الجذامي **Lepra Reaction** . تحدث الحمامى العقدة الجذامية ليس على الساقين فحسب ولكن على الذراعين ، الوجه والجذع أيضاً . وتحدث فقط في الجذام الجذمومي .

**الجذام الدرني** : هو الجذام غير المعدي عادة ، سليم نسبياً ، ويتطور ببطء ، دون إصابة مجموعية. له ميل للتراجع العفوي مع تفاعلات دفاعية جيدة للثوي ( تفاعل أرجي ) ، ولذلك فهو ذو إنذار جيد . وقد يبدي المريض جدوعاً شديدة من ناحية أخرى . ( راجع الشكل ٤ – ٦٣ ) .

لا تتواجد عصيات الجذام في الجلد المصاب وإن وجدت فهي قليلة . يكون تفاعل الليبرومين إيجابياً بشدة . نسجياً يشاهد حبيبومات من النمط الغرناوي أو الدرني . يصيب الجذام الدرني الجلد والأعصاب المحيطية غالباً ، ويندر أن يصيب العقد اللمفية . تكون التظاهرات الجلدية خفيفة وغير متناظرة غالباً ، وأكثر ما تقتصر على المنطقة المعصبة بعصب ما أو منطقة محدودة من الجلد .

*الجلد :* غالباً ما يبدأ الجذام الدرني ببقعة أو بقع قليلة حمراء

ضاربة للبنفسجي ، محددة تماماً . أو يبدأ بحطاطات صغيرة تمتد في المحيط تاركة مركزاً ناقص الصباغ وبؤراً ضمورية شافية . تتصف الآفات الجلدية الجديدة بفرط الحس . وتحدث اضطرابات حسية أثناء تطور المرض وبخاصة في مركز الآفات . يبدأ أولاً فقد حس الحرور ثم فقد حس اللمس والألم . تعتبر اللا عرقية المرافقة من العلامات الهامة في التشخيص .

*تبدلات الأعصاب :* يمكن أن تصاب الأعصاب في جميع أشكال الجذام الدرني . تحدث تبدلات حبيبومية التهابية تبدو سريرياً بثخانة العصب فهي كالحبل بالجس ، أو تورم الأعصاب المحيطية بشكل مغزلي مع فقد وظيفتها .

تختلف إصابة الأعصاب في هذا الداء عن الإصابة المشاهدة في الجذام الجذمومي . فهي أكثر شدة وغير متناظرة . تؤدي أذية العصب إلى الخدر وضمور العضلات الثانوي . ومن العلامات المتوقع حدوثها : خدر الوجه ، وانسدال الأجفان العلوية ، وجمود تعابير الوجه ( السحنة الأنطونية ) ، وشلل الحبال الصوتية ، وفقد الصوت .

تبدي اليدان ضمور الضرة والرانفة والعضلات بين العظام مع انكماش في اليد وأخذها وضعية المخلب . تبدي القدمان ضموراً في العضلات الصغيرة مؤدية إلى مشية حَردِيَّة وقرحات اغتذائية ( الداء الثاقب ) . ولا تصاب الأعضاء الحشوية . ويكون تشكل هذه التبدلات بطيئاً نسبياً .

يقسم الجذام الدرني إلى شكلين حسب انتشار الداء : الشكل الصغير والشكل الكبير .

*الشكل الصغير Minor Form :* يحدث في هذا الشكل آفات جلدية حمامية مرتفعة قليلاً على شكل حطاطات صغيرة ذات حواف غير منتظمة . قد تجتمع مع بعضها مشكلة لويحات كبيرة . تكون الآفات خدرة ولا عرقية ، وتحدث غالباً في المناطق القريبة من الفوهات وبخاصة على الأجفان ، وحول الشرج وعلى الصفن . ويمكن أن يحدث تراجع عفوي لهذه الآفات .

*الشكل الكبير Major Form :* تكون الآفات الجلدية مرتفعة بشكل ملحوظ . وتبدو حطاطات مرتشحة لينة حمامية أو عقيدات أو لويحات . وغالباً ما يكون المركز منخمصاً وشاحباً ، ولذلك تحدث حلقة كاملة أو غير كاملة . تظهر اللويحات الدرنية بشكل رئيسي على الأليتين ، والظهر ، والوجه ، وحول الفوهات وعلى الوجوه الظهرية والوحشية للأطراف . يمكن أن نحصل على نتائج إيجابية بالفحص الجرثومي للآفات الجلدية في ٥٠٪ من الحالات ، وفي الأغشية المخاطية للأنف في ١٠٪ من الحالات ولكن دون تشكل كرات جرثومية .

تحدث اللويحات وتثخن الأعصاب قرب بعضها غالباً . تنجم القرحات القرنية عن الخدر وعين الأرنب . قد تحدث عوارض حادة مثل التفاعل الجذامي الذي قد يحدث في هذا الشكل . ومن الممكن حدوث تراجع عفوي ، غير أن التطور نحو الشكل الثاني أو نحو الجذام الجذمومي أكثر مشاهدة ، فيصبح تفاعل الليبرومين الإيجابي سلبياً ويحدث شكل غير مستقر من الجذام الدرني ( الجذام الدرني الحدي ) الذي يمكن أن يتطور نحو الجذام الجذمومي الحدِّي أو الجذام الجذمومي .

**الجذام غير المحدد (Lepra Indeterminata) Indeterminate Leprosy :** هو شكل غير مستقر من الجذام يتجلى سريرياً بتبدلات تقتصر على الجلد والأعصاب . يمكن بالفحص الجرثومي كشف عدد قليل من المتفطرات الجذامية أو عدم كشفها . أما نسجياً فيبدي تفاعلات التهابية لا نوعية . ومناعياً يكون اختبار الليبرومين ( الجذامين ) إيجابياً ضعيفاً أو سلبياً .

*تبدلات الجلد :* تتألف من بؤر بقعية غير متناظرة ناقصة أو مفرطة الصباغ مع التهاب خفيف ، وخدر ولا عرقية . قد تصاب الأليتين ، والرقبة ، والجذع والأطراف ، ولا يصاب الوجه عادة .

*تبدلات الأعصاب :* تأخذ إصابة الأعصاب شكل التهاب الأعصاب الجذمومي مع ثخانة الأعصاب المصابة . وهي تشكل جزءاً هاماً من هذا الشكل من الجذام ، وقد تؤدي إلى الشلل ، واليد المخلبية وداء ثاقب اغتذائي على القدمين .

قد يبقى الجذام غير المحدد ثابتاً لأشهر أو سنين أو يمكن أن يتطور نحو أحد القطبين . وقد يحدث تراجع عفوي . غير أن الانتقال نحو الجذام الجذمومي كثير المشاهدة ( يصبح اختبار الجذامين الإيجابي سلبياً ) ونادراً ما يحدث الانتقال نحو الجذام الدرني . ولا يحدث التفاعل الجذامي أبداً في هذا الشكل .

**الجذام الحِدِّي ( الثنائي الشكل ) Borderline (Dimorphous) Liprosy :** هذا الشكل من الجذام نادر الحدوث ويعتبر مرحلة في تطور الشكل الكبير من الجذام الدرني . يتصف سريريا بتبدلات الجلد والأعصاب ، وجرثومياً بكشف المتفطرات الجذامية المنتظم ، ونسجياً بحدوث تفاعلات نسجية جذمومية ودرنية الشكل في وقت واحد ، ومناعياً بتفاعل الليبرومين السلبي عادة . يقع الجذام الحدي بين الشكلين القطبيين من الداء : الجذام الجذمومي والجذام الدرني . وتختلف الموجودات السريرية والجرثومية والنسجية والمناعية تبعاً لذلك .

إذا لم يعالج هذا الشكل غير المستقر فإنه يتطور عادة نحو الشكل الجذمومي وإذا عولج فإنه يتطور نحو الشكل الدرني .

تتألف الآفات الجلدية القليلة غير المتناظرة من بقع جافة وناقصة الصباغ وعقيدات مفردة كبيرة محدبة . تكون الآفات الجلدية النموذجية حلقية حمراء أو عقيدات نحاسية اللون ، أو لويحات ذات حدود محيطية غير واضحة ، ومناطق خامدة غير فعالة ( طراز الجبنة السويسرية ) . تأخذ الآفات على الساقين شكلاً شريطياً أو طرازاً جغرافي الترتيب . تحدث إصابة العصب باكراً ( التهاب الأعصاب غير المتناظر هو عرض باكر ) . كما تشاهد حاصة الأجفان في وقت مبكر .

**تبدلات العصب في الجذام** : تعتبر إصابة العصب جزءاً هاماً من الجذام وتحدث في جميع أشكال الداء . تصاب الأعصاب المحيطية فقط ولا يصاب الجهاز العصبي المركزي . يعرف التهاب العصب في الجذام على أنه التهاب عصب وحيد متعدد Multiple Mononeuritis . يصاب عصبان محيطيان أو أكثر بشكل متوافق أو متعاقب ، فهو ليس إذن حالة التهاب أعصاب متعددة . تكون إصابة الأعصاب في الجذام الجذمومي أكثر تناظراً بينما تكون في الجذام الدرني غير متناظرة . تشمل تبدلات العصب التثخن مع اضطرابات حسية حركية واغتذائية .

*تثخن العصب :* يجب جس الأعصاب المحيطية عند فحص المريض للتحري عن الجذام . تصاب الأعصاب التالية بشكل رئيسي : العصب الزندي ويجس في الميزابة فوق البكرة ؛ العصب الشظوي ويجس عند رأس الشظية ؛ والعصب الأذني الكبير ، والعصب القفوي ، الأعصاب الرقبية السطحية ، والعصب الكعبري ويجس في مفصل المعصم .

سريرياً ، نجد بالجس تثخناً أسطوانياً شبيهاً بالحبل ، وتورماً مغزلي الشكل ، وتثخناً عقدي الشكل ، وكلها قاسية وليفية . غير أنها قد تكون طرية ناجمة عن الخراجات الكاذبة . وغالباً ما يحدث الجس ألماً .

*الاضطرابات الحسية :* قد يكون فرط الحس ، والمذل Paresthesia ثم نقص الحس والخدر هي العلامات السريرية الأولى . تصاب المناطق الباردة والمحيطية أولاً . وينتشر فقد الحس من المحيط إلى المركز . وتفقد قدرة التفريق بين الحار والبارد أولاً ثم يفقد حس الألم وأخيراً حس اللمس وبخاصة حس الضغط . يمكن أن يعاني المريض من حروق غير ملحوظة ورضوض وخمج ثانوي للجروح . يفقد أحياناً فقط حس واحد ( خدر متقارن Dissociated Anesthesia ) يساعد اختبار الهيستامين الجلدي في التشخيص الباكر إذ يفقد الوهيج المحوار (Axon Flare) . يمكن أن يترافق التهاب العصب الجذامي في البدء بحكة غير محتملة ، وخدر ، واضطرابات الإفراز العرقي وآلام عصبية .

*الاضطرابات الحركية :* ينجم عن إصابة الأعصاب ضمور عضلات متعدد . والعلامة الباكرة هي ضعف عضلي أثناء المشي ، أو عند حمل بعض الأشياء الصغيرة أو تعابير الوجه مثلاً . تصاب أولاً الأجزاء البعيدة من الأطراف ( اليدان والقدمان ) والوجه . ينجم عن إصابة العصب الوجهي شتر خارجي وعين الأرنب . ويتشكل في إصابة العصب الوجهي الثنائي الجانب شلل يعطي الوجه سحنة شمعية جامدة دون تعابير ( السحنة الأنطونية Facies Antonina ) . يؤدي الشلل الزندي إلى ضمور العضلات الصغيرة ، تكَمش الأصابع في وضعية تقلصية ( اليد المخلبية ) . وإذا أصيب العصب المتوسط أيضاً . تتشكل يد مخلبية كاملة . ويؤدي خزل العصب الكعبري إلى الرسغ الهابط أو الساقط (Wrist Drop) .

*الاضطرابات الاغتذائية Trophic Disorders :* ينجم عن أمراض الأعصاب المحركة الوعائية اضطرابات اغتذائية كثيرة ، يكون الجلد في البدء جافاً ووسفياً وضامراً . قد تظهر فجأة وبشكل عفوي حويصلات تتقرح ثانوياً . ويتشكل حاصة ، مع لا عرقية وفرط تقرن على الأخمصين ويكون نموذجياً على العقبين وعلى رؤوس الأمشاط الأول والخامس . وأخيراً يحدث داء ثاقب اغتذائي مع خطر حدوث خمج ثانوي . يحدث ضمور عظمي ونواسير وذات عظم ونقي وآليات ارتشافية في القسم القاصي من عظام اليدين والقدمين مع ضمور نموذجي غير مؤلم في الأصابع والأباخس مع تثخن الأظافر وضمورها . يؤدي كل ذلك إلى حدوث جدوع شديدة . يمكن أن تُجدع الأصابع بشكل كامل تاركة بقايا جدعية . ويؤدي ضمور الجسر السنخي في عظم الفك إلى تخلخل وفقدان القواطع وهي صفة وصفية وهامة . كما يؤدي ضمور عظم الأنف إلى حدوث الأنف السرجي الجذامي .

**التبدلات الجذامية الأخرى :**

*الأغشية المخاطية :* يصاب الغشاء المخاطي للأنف بكثرة في الجذام الجذمومي ، ولكن ليس في المرحلة البدئية ، لذا لا تفيد اللطاخات الأنفية في التشخيص الباكر للمرض . ونادراً ما يميز النزف الأنفي المزمن ( الرعاف ) ، والنزلة الأنفية المزمنة ، والتهاب أنف شبيه بالتهاب الأنف المحرك الوعائي على أنها جذامية المنشأ مع أنها من العلامات التي توحي بالجذام بشدة . يحدث انثقاب الحاجز الأنفي غير المؤلم . وتكون المفرزات الأنفية غنية بالجراثيم وهي مصدر رئيسي للعدوى في الجذام المفتوح . قد يرتشح شراع الحنك ( الحفاف ) ، واللهاة ، والبلعوم الأنفي ( الخيشوم ) .

*العينان :* يؤدي الجذام الجذمومي غير المعالج إلى اضطرابات عينية مباشرة لا مناص منها وذلك بإصابة العصب مثلث التوائم والعصب الوجهي . يعتبر التهاب الملتحمة الاحتقاني حول

القرنية غير مؤلم ، والذي يشكل حلقة حمراء برتقالية ، علامة واسمة للداء . يؤدي الانتشار الدخني للأورام الجذامية ( الجذمومات ) إلى إصابة الصلبة والقزحية ( اللآلىء القزحية ) . ويُتلف التهاب القميص العضلي الوعائي الأجسام الهدبية . كما يمكن أن يحدث التهاب قزحية حاد في الحمامى العقدة الجذامية . ويخشى من هذا الاختلاط لأنه يؤدي إلى العمى . يؤدي التهاب القرنية ، والقرحة القرنية وتشكل السَّبَل إلى تندب كامل وتقرح ونزف . ويؤدي انسدال الأجفان وعين الأرنب بشكل غير مباشر إلى تخرب العين ( التهاب مجمل طبقات العين ) .

*الكبد والطحال :* يصاب الكبد والطحال في $\frac{1}{3}$ حالات الجذام الجذمومي . قد يختلط الداء بالتهاب كبد لا خمجي ، وتشمع كبد وداء نشواني .

*الكليتان :* تصاب الكليتان عند ٧٥٪ من المرضى : بيلة آحينية ، والتهاب حويضة وكلية ، ومتلازمة كلائية وداء نشواني . يمكن أن تكون زيادة البولة الدموية أكثر أسباب الموت مشاهدة في الجذام . قد يصاب الكبد والكليتان والدرق والكظر بالداء النشواني الثانوي .

*القُنْد* **Gonads** : يحدث في الجذام الجذمومي التهاب برخ ثنائي الجانب مؤلم ، والتهاب خصية مع تليف الخصيتين . وليس من النادر حدوث العقم والعنانة . ولضخامة الثدي عند الرجل علاقة بذلك . كما أن حاصة الحاجبين تعطي المريض المنظر الشبيه بالخصيان أو منظراً أنثوياً . يصاب المبيضان بشكل نادر جداً .

*العقد اللمفية :* كثيراً ما تكون العقد اللمفية المغبنية متورمة ، غير مؤلمة وغنية بالجراثيم .

*ملحقات الجلد :* تحدث حاصة الحاجبين والذقن والرأس الشبيهة بالحاصة البقعية ( الثعلبة ) وهي من العلامات الباكرة والهامة في الإصابة بالجذام . يتوقف نمو الأظافر ، ويغيب العرق في المناطق الخدرة فوق الارتشاح الجذمومي .

**التفاعل الجذامي Lepra Reaction** : وهو اشتداد حاد في المرض الذي يحدث بشكل عفوي أو بعد اختبار الليبرومين أو بعد المعالجة . ويوجد نمطان من التفاعل الجذامي .

*النمط الأول :* متواسط بالخلية **Cell Mediated** وهو عبارة عن تحول التهابي لبؤرة جذامية سابقة . يحدث في الجذام الدرني ، والجذام الحدي والجذام الجذمومي .

*النمط الثاني :* وهو تفاعل آرثوس **Arthus** تثيره معقدات مناعية جوالة على الأرجح ، ولكن يحدث التهاب أوعية بالمعقدات المناعية شبيه بالحمامى العقدة أو يحدث آفات شبيهة بالحمامى عديدة الأشكال .

إن التفاعل الجذامي أكثر حدوثاً في الجذام الجذمومي منه في الجذام الدرني ويأخذ سيراً شديداً . وإن الأعراض العامة للحالة الحمجية السمية هي : الحمى ، والصداع ، والعرواء ، والتعب ، والآلام المفصلية . إلى جانب الإصابة الجلدية والمجموعية هناك تطور في التهاب العصب ، واشتداد الأعراض العينية وتظاهرات حشوية تشمل الكبد ، والطحال ، والكليتين والخصيتين أو الجنب . يبدي المرضى أعراض صدمة انسمامية وقد يؤول الأمر بهم إلى الموت .

لا تحدث الأعراض المجموعية في الجذام الدرني ويقتصر التفاعل الجذامي في هذه الحالة على اشتداد الآفات القديمة وحدوث تظاهرات جلدية جديدة مع إصابة حادة للأعصاب تتجلى بتورم شديد وآلام عصبية .

نادراً ما يحدث التفاعل الجذامي في الجذام غير المحدد . تحدث ظاهرة لوسيو **Lucio** مع تقرحات نخرية في الجلد والتهاب أوعية في الجذام الجذمومي المنتشر فقط .

**الإنذار** : يتبع الإنذار نمط الجذام . ويكون الإنذار أحسن في الجذام الجذامي وظاهرة لوسيو **Lucio** أكثر مما هو عليه في الأنماط الأخرى . يموت أكثر المرضى بعد سير ١٠ ــ ١٥ سنة بسبب تطور المرض إلى خمج ثانوي ، داء نشواني ، ذات عظم ونقي ، السل أو الإنتان . ويكون الإنذار في الجذام الدرني أفضل لأنه لا يصيب الأعضاء بشكل جوهري . يحدد الإنذار في الجذام الدرني حسب درجة الإصابة العصبية .

**التشخيص** : في حال الشك بالجذام تكون القصة السريرية ومكان الإقامة في مناطق استيطان الجذام أمران هامان للتشخيص .

من المهم إجراء اختبار حس الألم والحرور واللمس في تشخيص الجذام . تساعد الدراسات التي يجب إجراءها في تشخيص الجذام وفي تصنيفه البيولوجي وفي تحديد شدة الإصابة العصبية .

**الاختبارات المخبرية Laboratory Tests :**

*اختبار الهستامين :* توضع قطرة من محلول الهستامين فوسفات أو الهستامين هيدرو كلورايد بنسبة ١ : ١٠٠٠ على الجلد الذي خدش بواسطة إبرة . أو يمكن حقن ٠,١ مل ضمن الجلد . يتألف التفاعل الثلاثي الطبيعي ( ليويس **Lewis** ) من حمامى ينشأ منها انتبار يتشكل حوله حمامى انعكاسية واسعة ( المنعكس المحواري **Axon Reflex** ) . عندما يجرى الاختبار على منطقة مصابة بالجذام يحدث انتبار فقط . ويدل غياب المنعكس المحواري على إصابة العصب .

*الاختبار العَرَقي Sweat Tests* : يغيب التعرق وتفاعل جلد الأوز في الآفات الجذمومية . بعد زرق ١,٠ مل من بيلوكاربين هيدرات ١ : ١٠٠ ( أو ميكوليل ) داخل الأدمة في منطقة مصابة بالجذام بعد طليها بمحلول نشاء – يودي . يبدل العرق في الجلد السليم لون النشاء – اليودي إلى أزرق غير أن التفاعل يكون غائباً في الآفات الجذامية .

*اللطاخة النسجية Tissue Smear* : تؤخذ عينة نسجية من الآفة بالتخديش أو بقلعه Slit وتمد على صفيحة زجاجية وتجفف بالهواء ثم تلون بطريقة تزيل نلسن . لا يمكن كشف الجراثيم بهذه الطريقة في الجذام الدرني والجذام غير المحدد . وإن للطاخة من الأغشية المخاطية للأنف ذات أهمية تشخيصية مماثلة ، ولكن قد تتلون رمامات صامدة للحمض مما يؤدي إلى بعض الصعوبات في كشف الجراثيم الممرضة .

*الخزعة الجلدية* : هي هامة في كشف الجذام الجذمومي والدرني والحدي .

*خزعة العصب* : وهي ضرورية فقط في حال غياب التبدلات الجلدية كما في الجذام الدرني العصبي فقط والجذام الحدي .

*تفاعل الليبرومين* : يكون اختبار الليبرومين الجلدي ( تفاعل ميتسودا ) سلبياً في الجذام الجذمومي ، وسلبياًعادة في الجذام الحدي ، وإيجابياً بشدة في الجذام الدرني O وإيجابياً معتدلاً في الجذام غير المحدد عادة . تدل إيجابية تفاعل الليبرومين على المقاومة المناعية ( الأرج ) ضد المتفطرات الجذامية . ولذا يشاهد عند الأشخاص الأصحاء الذين هم بتماس مع المرضى ، وفي الأشكال الحميدة من الجذام . بينما تدل سلبية اختبار الليبرومين على نقص أو غياب قدرة المقاومة ( تعطل المناعة ) ويحدث في الأشكال الخبيثة من الجذام .

*التحريات العصبية* : يجرى اختبار التمييز الحروري ( ساخن/بارد ) واختبار الألم ( الوحز بالإبرة ) واختبار اللمس .

*التحريات الكيميائية الحيوية* : تعطي تفاعلات الإفرنجي المصلية غير اللولبية نتائج إيجابية غير نوعية في ٣٠٪ من الحالات تقريباً . غير أن الاختبارات اللولبية مثل TPHA واختبار FTA ABS – تكون سلبية في هذه الحالات . ومن الموجودات الشاذة الأخرى فرط كولسترول الدم ، وارتفاع مجمل الشحوم المصلية ، وزيادة الغلوبولينات القرية في الدم وفرط غلوبولينات الدم .

**التشخيص التفريقي** : من الصعب وضع التشخيص في مختلف أشكال الجذام . يجب التفكير بالجذام في المناطق المتوطنة . قد تشخص الغرناوية أحياناً عوضاً عن الجذام الدرني بعد إجراء الفحص النسجي .

**الاتقاء Prophylaxis** : هي أهم المهام في الحملة لمكافحة الجذام . وأهم مظاهرها هي تسجيل المرضى المجذومين ، ومعالجة جميع المرضى المعروفين ، والمتابعة الدورية للأشخاص الموجودين بتماس المرضى ، والمعالجة الوقائية للذين يبدون سلبية اختبار الليبرومين رغم أنهم بتماس المرضى .

إن التلقيح الوقائي بلقاح BCG الذي تجريه منظمة الصحة العالمية (WHO) في إفريقيا وبورما لم يعطِ نتائج إيجابية .

ومن المهم إفهام المرضى عن الإمكانيات العلاجية للجذام وتأمين مراكز صحية للمرضى الخارجيين وأيضاً تحسين الظروف الصحية والمعيشية والغذائية للأشخاص المعرضين للإصابة . وقد باتت قوانين الحجر الصحي الإلزامي حالياً غير مشددة . كما أن هناك ميل لرفع الحصار عن عزل المرضى المصابين بالجذام الجذمومي الذين لم يعودوا بحاجة إلى عناية طبية داخل المستشفى إذا كانت المراقبة الطبية الدورية مؤمنة لهم .

**المعالجة** : تشمل المعالجة التدابير العامة والمعالجة الدوائية . لذا يتضمن البرنامج الطبي تحسين العناية الصحية والظروف المعيشية وتأمين التغذية والمداواة والنظافة الشخصية المناسبة .

*الأدوية* :

*السلفونات Sulfones* : اكثر الأدوية استعمالاً لمعالجة الجذام في الوقت الحاضر . يبدو أن فعلها يوقف نمو الجراثيم وليس قاتلاً لهـا . إن DADPS (Diaminodiphenyl Sulfone, Dapsone) هو الدواء المنتخب ، وهو موجود بشكل مضغوطات تحتوي على ١٠٠ ملغ أو ٥٠ ملغ من الدابسون ولكن المقدار الشائع هو ٢٥ – ٥٠ ملغ من الدابسون يومياً للكهول . وقد يعطى أحياناً ١٠٠ ملغ جرعة وحيدة ، والجرعة العظمى هي ٢٠٠ ملغ يومياً . يجب زيادة المقدار ببطء وبخاصة في الجذام الجذمومي . يجب استعمال المقادير الصغيرة أولاً لتجنب حدوث التفاعل الجذامي . وينصح باستعمال المخطط التالي في المعالجة عن مجذمة (Canizaresand Carville Leprosarium, U.S.A) .

الشهر الأول : ٢٥ ملغ دابسون مرة في الأسبوع .
الشهر الثاني : ٢٥ ملغ دابسون مرتان في الأسبوع .
الشهر الثالث : ٢٥ ملغ دابسون ثلاث مرات في الأسبوع .
الشهر الرابع : ٥٠ ملغ دابسون مرتان في الأسبوع .
الشهر الخامس : ٥٠ ملغ دابسون ثلاث مرات في الأسبوع .
الشهر السادس : ١٠٠ ملغ دابسون مرتان في الأسبوع .
الشهر السابع : ١٠٠ ملغ دابسون ثلاث مرات في الأسبوع .

وتنصح منظمة الصحة العالمية باستعمال مقادير أعلى تصل إلى ١٠٠ ملغ ستة مرات في الأسبوع .

إذا كان المريض غير متعاون يمكن إعطاء ٢٢٥ ملغ زرقاً عضلياً . يجب أن يبقى مستوى الدابسون في الدم عالٍ بشكل كافٍ لمدة شهرين على الأقل . ومن النادر استعمال السلفونات الثنائية البديلة ( سولفوكسون صوديوم وسولاسولفون ) .

*التأثيرات الجانبية للسلفون* : يمكن أن تكون متعددة ، وتشمل زيادة الميثيموغلوبين في الدم (Methemoglobinemia) ، وفقر دم ، وزراق ، وضيق النفس ، وأعراض معدية معوية ، والتهاب عصب ، والذهان ( نادر ولكنه اختلاط شديد ) وبيلة ألبومينية . قد تحدث تبدلات جلدية مثل الطفح حصبي الشكل ، والحمامى عديدة الأشكال أو انحلال الجلد النخري السمي ( متلازمة لايل Lyell ) . يجب ألا يعالج بالسلفون المرضى الذين لديهم عوز شديد في خميرة الغلوكوز - ٦ - فوسفات دي هيدروجيناز G6PD ( غالباً في العرق الأسود وعند سكان البحر الأبيض المتوسط ) لخطر حدوث فقر دم انحلالي شديد .

إذا حدث تفاعل يجب إيقاف السلفون مباشرة . وبشكل عام يحدث تحسن الجذام ببطء على مدى أسابيع بعد المعالجة بالسلفون ولكن بشكل أسرع في الجذام الجذمومي . تعتمد معالجة الجذام الجذمومي والجذام الحدي على المشعر الجرثومي (B1) والمشعر الشكلي للجراثيم (M1) .

*المشعر الجرثومي (B1)* : وهو نتيجة تعداد العصيات الصامدة للحمض في لطاخة مأخوذة من آفات جذامية . يرتكز التعداد على نظام حرزي Score لمعرفة عدد المتفطرات الجذامية بمائة ساحة بصرية مفحوصة والتي تتراوح بين ٦ + مع > ١٠٠٠ متفطرة/١٠٠ ساحة بصرية وبين ٦ + مع ١ - ١٠ متفطرة في ١٠٠ ساحة بصرية .

*المشعر الشكلياني M1* : وهو نسبة عدد المتفطرات الملونة جيداً ( كالمتفطرات المشاهدة في الخمج الفعال ) إلى عدد المتفطرات ذوات الأشكال الحبيبية الملونة بشكل سبحي (Beaded) غير الخمجية والفاقدة قدرتها على التكاثر .

يحدد المشعران الشكلي والجرثومي الإنذار عند المريض وخطة متابعة المعالجة وانتقاء الأدوية . ينخفض المشعر الجرثومي خلال أسابيع من المعالجة بالريفامبيسين ، وينخفض خلال أشهر إلى سنوات بعد المعالجة بالسلفون ثم يصبح سلبياً .

يصبح الفحص الجرثومي للطاخة المأخوذة من غشاء الأنف المخاطي ( المشعر الجرثومي والمشعر الشكلي ) سلبياً بعد سنة إلى سنتين بينما يصبح الفحص الجرثومي للطاخة المأخوذة من الورم الجذامي سلبياً بعد ٥ - ٧ سنوات . لذلك يجب المعالجة بالسلفون لمدة عدة سنوات وحتى مدى الحياة بمقادير داعمة .

*الريفامبيسين Rifampicin* : هو دواء قاتل للجراثيم ، وموقف لنمو المتفطرات السلية ، يعطى بمقدار ١٠ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ( وسطياً ٤٥٠ ملغ يومياً المقدار الأقصى ٧٥٠ ملغ/يومياً ) ولمدة ٦ - ١٢ أسبوعاً . تصبح اللطاخة المأخوذة من الأنف أو الجذموم خالية من الجراثيم الحية خلال أسبوع إلى أسبوعين من المعالجة .

تبدأ معالجة الجذام في الوقت الحاضر بالريفامبيسين لمدة ٤ - ٦ أسابيع ثم يستبدل بالدابسون كمعالجة داعمة وقد يستعمل الدواءان بآن واحد .

*الأدوية البديلة Alternative Drugs* :

*التيوأوريا Thiourea (Diphenylthiourea)* : يستعمل بمقدار ٠,٣ - ٠,٥ غ/كغ من وزن الجسم أو بشكل زرق عضلي مديد بمقدار ١ غ/أسبوعياً وهو من أهم الأدوية المضادة للجذام وبخاصة في حال عدم تحمل السلفون ، والتهاب الأعصاب الجذامي ، والذهان أو التفاعلات الجذامية المديدة .

*الكلوفازيمين ( لامبرين ) Clofazimine (Lamprene)* : يفيد في الجذام الجذمومي ، والتهاب الأعصاب الجذامي والتفاعل الجذامي بمقدار ٥٠ - ١٠٠ ملغ/يومياً للكهول ، ثم ١٠٠ ملغ ثلاث مرات أسبوعياً . وينصح البعض باستعمال مقادير أكبر . يحدث فرط تصبغ حمامي أو حمامي بني أو مزرق ويحدث احمرار في البول نتيجة المعالجة كما يظهر هذا الاحمرار على وجه المرضى وبخاصة إذا كانوا من العرق الأصفر .

*السلفاميدات المديدة التأثير* : يستعمل السلفاميثوكسي بيرازين أو السلفاميتوكسين في حالات خاصة فقط بسبب حدوث التأثيرات الجانبية بنسبة عالية .

*حمض الإيزونيكوتينيك هيدرازيد Isonicotinic Acid Hydrazide (INH)* : يمكن مشاركته مع الأدوية الأخرى كالريفامبيسين .

*الثاليدوميد Thalidomide* : يستعمل مع نتائج حسنة في التفاعل الجذامي . يجب استعماله بحذر شديد وبخاصة عند النساء الشابات بسبب تأثيره المشوه للأجنة وتأثيراته الجانبية العصبية .

**التأهيل Rehabilitation** : يجب إجراء جميع الوسائل لتأهيل المجذومين في العائلة وفي المجتمع . وينبغي اللجوء إلى التدابير المساعدة للمجذوم مثل المعالجة الفيزيائية والجراحة الرأبية الترميمية ( جراحة الأنف والفم الرأبية ، مفاصل الأصابع البديلة (Prosthetic) ، اغتراس الأوتار والأعصاب في الساقين

والساعدين ) لترميم القرحات الثاقبة ، والتقفعات وصلابة المفاصل .

يمكن تدبير الجذام بنجاح في الوقت الحاضر مع تجنب الكثير من النتائج المروعة الناجمة سابقاً عن المرض الشديد .

**التبليغ عن الجذام** : الجذام من الأمراض التي يجب التبليغ عنها في معظم البلاد .

## الصلبوم الأنفي Rhinoseleroma

[ Herba 1870 ]

**التعريف** : الصلبوم الأنفي مرض التهابي مزمن يصيب الأنف والغشاء المخاطي الفموي والطرق التنفسية العلوية ، عدواه محدودة وتسببه الكلبسيلا المصلية للأنف Klebsiella Rhinoscleromatis .

**الحدوث** : المرض نادر في أوروبا وأميركا الشمالية ويحدث بشكل رئيسي في الشرق وهو متوطن في الصين والهند ، وفي أواسط وجنوب إفريقية وفي أواسط وجنوب أمريكا . يصاب به عادة الشباب بعمر ٢٠ ــ ٣٥ سنة .

**العامل الممرض** : تسبب المرض الكليبسيلا المصلية للأنف . وهي جراثيم عصوية الشكل سلبية الغرام محاطة بمحفظة . وهي تلون وتزرع بسهولة ؛ ويعتقد أن زمراً من نفس الجنس تسبب نتن الأنف Ozena .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض المزمن عادة بمرحلة بدئية شبيهة بالتهاب الأنف والتي تتصف بحدوث مفرزات أنفية نتنة ، وجلب وجفاف الأنف والحلق . قد تؤدي الأعراض إلى تشخيص التهاب الأنف الضموري .

يتشكل ببطء ارتشاح التهابي في الغشاء المخاطي الأنفي وفي منطقة الشفة العلوية ويمكن أن يمتد إلى البلعوم أو الحنجرة . ويشكل حبيبومات تنبتية حمراء قوامها قاسٍ قساوة غضروفية إلى عظمية تصبح جزءاً من جلد المنخرين المجاور . قد تجتمع الآفات مع بعضها مشكلة بنية عقيدية عديمة الشكل .

تتراجع التظاهرات الالتهابية ببطء ويحدث انكماش قد يؤدي إلى ضعف التنفس ، قد تستعمر الرشاحة الالتهابية العظم . أما الحالة العامة فتبقى جيدة .

**التشريح المرضي النسجي** : إن التبدلات التشريحية المرضية مشخصة للمرض . هناك رشاحة التهابية في الأدمة المتوسطة مؤلفة من عدد كبير من المصوريات وأجسام راسل Russell إلى جانب وجود خلايا نوعية للداء هي خلايا ميكوليكز Mikulicz . وهي خلايا ناسجة كبيرة مدورة منتبجة ( قطرها يصل إلى ٢٠٠ ميكرون ) ذات هيولى مخاطانية Mucoid وعدد كبير من الجراثيم ( تلوين غرام أو غمزا ) .

**التشخيص** : يثبت التشخيص بالزرع الجرثومي . ومن المهم تفريقها عن الأنواع الأخرى للكلبسيلا . قد يفيد حقن حيوانات التجربة مثل الفئران . لا يوجد تفاعلات مصلية ( تفاعلات تثبيت المتممة ) واختبارات جلدية متوفرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق هذا الداء عن الليشمانية الجلدية المخاطية ، والفطار البرعمي الأميركي الجنوبي ، والفطار نظير الكرواني Paracoccidioidomycosis . ويجب تفريقه أيضاً عن الحبيبوم المواتي الأنفي ، والقرحة الآكلة الحلقية Phagedena ، والجذام ، والإفرنجي الثالثي واللمفومات والأورام الخبيثة الأخرى . يعتمد التشخيص الصحيح على متابعة قصة المرض وسيره المزمن ، ووجود الارتشاح الالتهابي القاسي غير المؤلم والتشريح المرضي الوصفي .

**المعالجة** : تعطى الصادات الواسعة الطيف كالتتراسكلين ، والكلوروتتراسكلين ، والكانامايسين والجانتاميسين والسيفالوسبورين وبخاصة الستربتومايسين . ينصح بمشاركة الستيروئدات الجهازية مع الصادات . وقد نلجأ في المرحلة الأخيرة إلى التدابير الجراحية أو الشعاعية .

## تقيح الجلد Pyoderma

**التعريف** : هو خمج الجلد بالجراثيم المقيحة .

يتكون تقيح الجلد البدئي من القوباء المعدية بالعنقوديات والعقديات ، والتهاب الجريبات الشعرية السطحي والعميق ، والدمامل والحمرة ، والداحس والإكتيمة . ليست الحمرة تقيح جلد ولكنها تذكر كخمج الجلد بالجراثيم . قد تتقيح بعض الأمراض الجلدية بسبب إصابتها بخمج ثانوي بالجراثيم المقيحة ويجب تفريقها عن تقيح الجلد البدئي ومن الأمثلة عليها خمج الحروق الإضافي ، والإكزيمة ، والقرحات ، والجروح والأمراض مثل الحماق .

**نبيت الجلد الجرثومي Bacterial Flora of the Skin** : يكون الجلد عقيماً مباشرة قبل الولادة غير أن الجراثيم تستعمره منذ اليوم الأول من الحياة . يتألف نبيت الجلد الجرثومي من النبيت المقيم ومن كائنات حية محمولة Airborne ( النبيت العابر ) . وقد وضع برايس Price عام ١٩٣٨ فكرة النبيت المقيم والنبيت العابر ووسع كل من سومرفيل Somerville ونوبل Noble ورركل Röckl هذا المصطلح ليشمل النبيت المقيم والنبيت المقيم المؤقت والنبيت العابر .

*النبيت المقيم Resident Flora* : هي الجراثيم التي تستعمر الجلد بصورة دائمة .

*النبيت المقيم المؤقت* : هي الجراثيم التي تلوث الجلد وتتكاثر وتبقى عليه لمدة من الزمن .

*النبيت المجوقل* **Airborne Flora** ( *النبيت العابر* **Transient Flora** ) : هي الجراثيم التي تلوث الجلد الطبيعي ولكن نادراً ما تتكاثر عليه . وإن التبدلات الكثيرة في نوعية وكمية الجراثيم حسب مناطق الجلد موضع الدرس ، وزمن الاستقصاء ، لا تسمح غالباً بالتفريق الصحيح بين الكائنات الحية المقيمة والملوثات المجوقلة .

بدأت الآن الاستقصاءات العلمية لدراسة الجراثيم في جميع أنحاء سطح الجسم وفي مناطق الثنيات والقمع الجريبي . ويقسم سطح الجسم إلى المناطق المكشوفة ( الرأس ، العنق ، اليدان ) ؛ ومناطق الثنيات حيث يكون الجلد بتماس الجلد ( الإبط ، المغبن ، منطقة حول الشرج ، العجان والأحياز بين الأصابع ) ؛ والمناطق المستورة ( الجذع ، الساعدان ، الساقان ) . تُستعمر المناطق المكشوفة بالكائنات الحية المجوقلة ، إذ تشاهد العنقوديات بكثرة . تُستعمر مناطق الثنيات الرطبة والحارة بالجراثيم السلبية الغرام أكثر من المناطق الجافة .

**النبيت المقيم والنبيت المقيم المؤقت** : هي جراثيم إيجابية الغرام بشكل رئيسي ونادراً جراثيم سلبية الغرام وسنذكر الأنواع المختلفة .

*الجراثيم إيجابية الغرام* : الجراثيم العدية البروبيونية والجراثيم الحبيبية البروبيونية ، والجراثيم الدقيقة الأليفة الهواء وتدية الشكل والتي تشاهد بشكل رئيسي في الأقسام العميقة من الجريبات الشعرية الزهمية ، وهي تصل إلى سطح الجسم مع الزهم المنطرح وتتوضع عليه . نذكر من بين الجراثيم الخيهوائية الوتدية الشكل الزمر أليفة الشحوم وغير أليفة الشحوم . تسبب الجراثيم الوتدية تينويس **Tenuis** الفطار الشعري الإبطي وتسبب الجراثيم الوتدية المينوتسمية **Minutissimum** الوذح .

*الجراثيم العنقودية البشروية* : هي جراثيم دائمة الوجود على سطح الجلد من زمرة العنقوديات سلبية الكواغولاز ( المخثرة ) . تتراوح كثافة هذه الجراثيم على سطح الجلد بين ١٠^٢ – ١٠^٦/سم٢ . تسمح طريقة السيانوأكريلات تمديد كمية الجراثيم لكل جريب على حدة . وقد أمكن بهذه الطريقة كشف حتى ٤ – ٥ × ١٠^٥ – ١٠^٦ جرثومة بالجريب الشعري الزهمي الواحد . وعندما تتبدل الظروف الطبيعية تكتسب العنقوديات البشروية صفات ممرضة ، كأن تحدث التهاب الشغاف الجرثومي أو تحدث الأخماج الناجمة عن الدسامات القلبية الصنعية ، والقثاطير الوعائية وبديل المفصل الوركي وبخاصة عند المرضى المعالجين بمثبطات المناعة . وقد شوهد في الوقت الحاضر حوادث إنتان دم ناجمة عن هذه الكائنات الحية عند المدمنين على المخدرات ومرضى الإيدز **AIDS** .

*الجراثيم سلبية الغرام* : تحدث عادة في مناطق الثنيات كما هو الحال بين الأباخس أو في العجان . تسمح تبدلات النبيت الجرثومي الناجمة عن اللباس البلاستيكي الكتيم تكاثر الجراثيم سلبية الغرام حتى ١٠٪ من المجموع الكلي لتعداد الجراثيم حتى في المناطق الجافة من الجلد . وكمثال على هذه المضاعفات : التهاب الجلد الخمجي الإكزيمي الشكل ، أو التهاب الجريبات الشعرية سلبية الغرام ، وخمج الأقدام السلبي الغرام . وغالباً ما تعزل الإشريكيات الكولونية والمتقلبات ، والأمعائيات ، والزائفات والعنبيات .

**النبيت العابر** : تنتقل أحياناً الجراثيم سلبية الغرام من مناطق الثنيات إلى السطوح الجافة من الجلد . ولا تعيش العقديات والنيسريات المنتقلة من الأغشية المخاطية على سطح الجلد السليم الجاف . قد تنتشر العنقوديات المذهبة الإيجابية الكواغولاز من البلعوم الأنفي إلى الجلد ( حملة الجراثيم ، نفس نمط العاثية ) ، إن الغشاء المخاطي الأنفي هو المستودع الجرثومي ويتراجع تعشش الجراثيم بالمعالجة بالصادات الموضعية ( حمض الفوسيديك والموبيروسين **Fusidic Acid, Mupirocin** ) .

*عاثيات الجراثيم* **Bacteriophages** : تعزى فوعة بعض الجراثيم إلى وجود عاثية الجراثيم . ويمكن تحديد نمطين مختلفين من العاثية : المفوعة والمعتدلة . وهي تمتز **Adsorb** على ذرات مستقبلة خاصة على سطح الخلايا الجرثومية . ينفذ الحمض النووي للعاثية إلى داخل الخلية بينما يبقى الغطاء البروتيني في الخارج . تتكاثر عاثية الجراثيم المفوعة ( مثل عاثية **T** من الأشريكية الكولونية ) وبعد ١٥ – ٢٠ دقيقة تظهر العاثيات الأولية الجديدة في الثوي ثم يتلف جدار الخلايا الجرثومية بالانحلال وتتحرر العاثيات الجديدة .

إن للزمر الأخرى من عاثيات الجراثيم طريقة ثابتة في العمل . فبعد نفوذ الحمض النووي للعاثية إلى الجراثيم يندمج كالبلاسميد **Plasmid** ( عاثية **P1** ) في الخلايا الجرثومية أو يندمج في مجين الثوي ( عاثية λ ) ( طليعة العاثية ) ويبقى هناك لعدة دورات انقسامية . تتكاثر طلائع العاثيات بشكل متزامن مع دنا **DNA** الجراثيم .

تستمر مرحلة طليعة العاثية بفعل المولد الكاظم في مجين العاثية . وتبقى العاثية خطرة على خلية الثوي لأنها تحرض بالأشعة فوق البنفسجية والأشعة السينية ، وبعض المواد الكيمياوية . وفي هذه الحالة يترك دنا **DNA** الحمة الصبغي الجرثومي ويبدأ تكاثر عاثيات الجراثيم . ويتركب الحمض النووي للحمة وغلافها البروتيني ، ويحدث دورة خمجية كالتي

وصفت في عاثيات الجراثيم الفوعية .

كثير من الجراثيم ينقصها مستقبلات ضرورية على سطح خلاياها ، ولذا تصبح غير قادرة على إحداث الخمج . تفقد خلايا الثوي العاثيات أحياناً . التي يقدر عددها بواسطة اللويحات التي تشكل صفائح الزرع التي تغطيها الجراثيم . تكون بعض الذراري الجرثومية ذات عاثيات حساسية بشكل خاص ، وتعمل كذراري مشعرة . تبدل الوتديات الخناقية مميزات خلايا المضيف بسبب جينات العاثيات ، فتنتج الذيفان عندما تستذيها عاتيات معينة . في المكورات العنقودية ( وخاصة المذهبة ) تتشكل العاثيات البلاسميدات المقاومة .

**العوامل الممرضة** : تتبع الآلية الإمراضية لخمج وتقيح الجلد الجرثومي عدة عوامل وخاصة ما يلي :

*إمراضية الجراثيم* : الذيفان الداخلي والخارجي ( مثال : الستربتوليزين لزمرة العقديات A والأغريسين لعصيات الجمرة ) . تثبط البلعمة بواسطة البروتين M الموجود في العقديات .

*باب الدخول الممكن* : تخرق الحاجز الجلدي الناجم عن تخرب الطبقة المتقرنة .

*القدرة الدفاعية للثوي* : ضد الاجتياح الجرثومي . أمثلة : اضطراب البيئة ( زيادة الرطوبة أو قلوية سطح الجلد ) . تبدل النبيت الجرثومي المقيم الناجم عن المعالجة بالصادات مؤدياً لحدوث التهاب جريبات سلبي الغرام ، أو المعالجة الكتيمة بالستيروئيدات القشرية ومتلازمة عوز المناعة البدئية أو الثانوية المكتسبة .

**التصنيف** : تسمى الجلادات الناجمة بشكل بدئي عن العوامل الممرضة المفوعة ، وبخاصة العنقوديات والعقديات ، تقيحات الجلد . عندما يحدث الخمج على آفة جلدية سابقة يطلق عليه التقوبؤ الثانوي أو التقيح الثانوي مثل تقوبؤ الإكزيمة أو الجرب . يعرف التقوبؤ بالنضحة والجلب القيحية التي تغطي الآفة البدئية .

قد يصيب الخمج الجرثومي البشرة ، وملحقات الجلد ( الجريبات الشعرية والغدد الذهمية والغدد العرقية ) ، والأدمة والنسيج الخلوي تحت الجلد .

*القوباء* : هي مرض البشرة ما بين الجريبات الشعرية ، والتهاب المسام وما حول المسام . وهي تسمية قديمة جداً ولم تعد تستعمل . وتدل على خمج الأقنية المفرغة العرقية القيحي . يشمل التهاب الغدد العرقية القيحي الأجزاء النهائية لأقنية الغدد العرقية المفرزة والأقنية الجريبية الزهمية .

إن التهاب الجريبات وتقيحها ( التهاب فوهة الجريبات ) والتهاب ما حول الجريبات هي أمراض جرثومية تصيب الجريب الشعري .

*الدمل* **Furuncle** *والجمرة* **Carbuncle** : هما التهاب الجريبات الشعرية العميق الذي يمكن أن ينفذ إلى عمق الأدمة أو حتى إلى الطبقة الشحمية تحت الجلد .

*الفلغمون* **Phlegmons** : هو خمج شديد مترقٍ يصيب الجلد وما تحت الجلد مع ارتشاح قاسٍ ومنتشر وميل إلى التميه النخري .

*الحمرة* **Erysipelas** : هي خمج حاد مع انتشار عبر الأوعية اللمفية في الجلد وما تحت الجلد . ولأسباب تعليمية سوف نناقش الحالات المسببة عن العنقوديات والعقديات كل على حدة . إلا أن هذا التقسيم غير ممكن دائماً ، لأن عدداً كبيراً من أخماج الجلد والأغشية المخاطية قد تنجم عن العقديات والعنقوديات مثال : القوباء . ويمكن كشف الجنسين في وقت واحد .

## التقيحات البشروية Epidermal Pyodermas :

**التعريف** : تشاهد أخماج قيحية في جميع أنحاء العالم ، وعادة الأخماج الحادة الناجمة عن المكورات المقيحة . ويمكن تميز عدة أشكال مختلفة .

### القوباء المعدية Impetigo Contagiosa :

**التعريف** : هو خمج سطحي في الجلد تسببه العقديات أو العنقوديات . يحدث بشكل رئيسي عند الأطفال وبشكل أقل عند الكهول . ويمكن التمييز السريري بين القوباء ذات الحويصلات الصغيرة والقوباء الفقاعية . تكون القوباء عند الأطفال سارية بشدة ( القوباء السارية ) مؤدية إلى أوبئة في العائلات ، وحضانات الأطفال والمدارس . يؤهب اضطراب وظيفة الجلد وفقد العناية الصحية إلى الإصابة بالخمج .

**الوبئيات** : تصيب العنقوديات الإيجابية الكواغولاز بشكل عام الجلد والأغشية المخاطية عند الإنسان . تسبب العنقوديات في المشافي مشاكل خطرة . تنتقل الجراثيم بشكل رئيسي عن طريق اليدين أو عن طريق الخلايا القرنية الوسفية المتساقطة المستعمرة بالمكورات . وتكون العقديات عادة مسؤولة عن القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة .

### القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة :

*المرادفات* : القوباء المعدية عقدية المنشأ .

**التعريف** : هو خمج شائع في الجلد يصيب الأطفال بشكل رئيسي .

**الحدوث** : يحدث الخمج في جميع أنحاء العالم وبخاصة عند الأطفال . يصاب الجنسان بنسبة واحدة . وتحدث الإصابة عادة في الفصول الدافئة الصيفية ، وفي المناطق المدارية وتحت المدارية الرطبة الدافئة بشكل خاص .

**الأسباب والإمراض** : تحدث القوباء ذات الحويصلات الصغيرة بالعقديات بشكل رئيسي . وقد تكشف العنقوديات أحياناً . ومصدر العدوى هم المرضى الحاملون للجراثيم في منطقة البلعوم الأنفي ، وينتقل بالتماس المباشر من شخص لآخر . تؤهب إصابة الجلد بآفات ( مثل الإكزيمة التأتبية ، والجرب والحماق ) إلى حدوث الخمج .

**الموجودات السريرية** : يصيب المرض أي جزء من الجسم بصورة غير متناظرة . يحدث أولاً بقع صغيرة حمراء يظهر عليها بسرعة حويصلات رائقة محاطة بهالة التهابية ضيقة .

ونادراً ما تشاهد هذه المرحلة لأن جدار الحويصلات يكون رقيقاً جداً ولذلك فهو يتمزق بسرعة . يحدث نضحة شديدة من قاعدة الحويصل ثم تجف وتشكل جلبة صفراء عسلية . تكون الآفات في البدء صغيرة ( ٣ — ١٠ مم ) ثم تتصل مع بعضها وتتسع . قد يتبع ذلك تورم مؤلم في العقد اللمفية الناحيّة ، تشفى الآفات دون تندب .

تكون المناطق غير المستورة من الجسم هي المناطق الانتقائية للمرض كالوجه وخاصة حول المنخرين والفم أو الفروة ، والرقبة واليدين ، قد تُحدث الحكة آفات جديدة . تصاب زاوية الفم غالباً وطيات الأظفار أيضاً . يؤهب الزكام لانتقال الجراثيم إلى مناطق أخرى من الجسم ومن شخص إلى آخر . لذلك تبدأ القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة حول الأنف غالباً . ( راجع الشكل ٤ — ٦٤ ) .

**الأعراض** : تحدث جلب صفراء عسلية على جلد حمامي ذو توزع غير متناظر عند الأطفال . تترافق بحكة أحياناً . وغالباً ما يكون هناك إصابة مزمنة بالزكام مع خزان للعقديات . ويحدث في بعض الأحيان تورم مؤلم بالعقد اللمفية .

**التشريح المرضي النسجي** : تتوضع الحويصلات في القوباء تحت الطبقة المتقرنة وتحتوي على الجراثيم ومواد فيبرينية وعدلات . وقد يشاهد تسفنج وارتكاس التهابي معتدل تحت البشرة .

**اللطاخة** : تبدي اللطاخة الجرثومية سلاسل من العقديات إيجابية الغرام ويكون الزرع إيجابياً .

**السير** : يستمر الداء بدون معالجة مدة طويلة . تحدث آفات عديدة تؤدي إلى أعراض عامة ومجموعية مع حمى ، ووعكة وفقد الشهية . تقصّر المعالجة سير القوباء إلى عدة أيام . يُخشى في القوباء المديدة حدوث التهاب كبيبات الكلى ما بعد الخمج ( التهاب الكلية القوبائي ) الذي قد يشاهد عند ٤٪ من المرضى ولكنه غير شائع الآن .

تحدث إصابة الكلية بزمر خاصة من العقديات ( العقديات المولدة لالتهاب الكلية ) . ويجب إجراء اختبار بولي أثناء القوباء وبعدها بعدة أسابيع إذا ثبت وجود العقديات . يجب تحديد عيار مضاد الحالة العقدية **Antistreptolysin** ومضاد الحالة العنقودية **Antistaphlolysin** . يمكن للمخابر المختصة أن تفرّق بين العقديات المحدثة لالتهاب الكلية النمط **M (M Type)** والزمرة غير المولدة لالتهاب الكلية . وهذا أمر مهم في الجائحات بالعقديات .

**التشخيص** : سهل جداً ، فالأطفال المصابون بمفرزات من الأنف وبُجلب صفراء عسلية هم المرضى النموذجيين .

**الإنذار** : جيد ولكنه سيء في التهاب الكلية القوبائي .

**التشخيص التفريقي** : في السابق ، كان يفرق سريرياً بين القوباء ذات الحويصلات الصغيرة الناجمة عن العقديات والقوباء الفقاعية الناجمة عن العنقوديات . ولكن هذا التفريق ليس صحيحاً دائماً إذ غالباً ما تكشف العقديات الحالة للدم في القوباء ذات الحويصلات الصغيرة وأحياناً تكشف العنقوديات المذهبة . يتبع زرع العقديات الزمن بين أخذ العينة وإجراء الزرع . إذا نقلت اللطاخة مباشرة على وسط الزرع يكون معدل كشف العقديات عالياً . أما إذا لم يبدأ الزرع إلا بعد ٢٤ ساعة من أخذ العينة فينقص هذا المعدل كثيراً . يُحدث الحلأ البسيط حويصلات متعددة الحلقات وقد تصاب بالقوباء . وتكون الإفرنجيات الثانوية على الوجه متناظرة وتبدي ارتشاحاً في النسج .

**المعالجة** :

***المعالجة الجهازية*** : تعطى المعالجة الجهازية فقط إذا كانت القوباء منتشرة وإذا كان ثمة عوامل أخرى مثل الإكزيمة أو إذا كان هناك جائحة من التهاب الكلى القوبائي . ولنفي حدوث الخمج الكلوي يجب إجراء فحص بول في الأسابيع التالية لحدوث القوباء . يجب إجراء التحسس الجرثومي للصادات لكشف المقاومة لبعض الصادات . يعطى البنسلين عن طريق الفم على سبيل المثال ، البوتاسيوم فينوكسي ميثل البنسلين وبالمقادير المناسبة لعمر المريض مرتان إلى أربع مرات يومياً في الخمج بالعقديات أو بالعنقوديات الحساسة للبنسلين . وإذا شككنا بوجود عنقوديات مقاومة للبنسلين ، يجب استعمال مشتقات البنسلين المقاومة للبنسليناز مثل الأوكساسللين وبمقدار ٢,٥ غ/يومياً للكهل ، وعند الأطفال بالمقادير المناسبة للعمر ؛ أو يعطى الدي كلوكساسلين أو الغلوكلوساسللين ، وعند

الضرورة قد يعطى الإريترومايسين بمقدار ١,٥ – ٢ غ يومياً للكهل مجزأة على أربع جرعات .

*المعالجة الموضعية* : تنزع الجلب بوضع ضمادات رطبة أو ٣ – ٥٪ حمض الصفصاف الوذليني أو مراهم الصادات . وعندما تزال الجلب يتوقف انتشار الخمج . تساعد المعالجة المضادة للجراثيم الموضعية على شفاء المناطق المتآكلة ، ويفيد رهيم النيومايسين أو الرهيمات والمراهم الحاوية على ٠,٥ – ١٪ من الكليوكينول أو حمض الصفصاف ٣ – ٥٪ . لا يوجد استطباب بدئي للمعالجة بالمستحضرات الحاوية على التراسكلين أو الجنتامايسين بسبب حدوث مقاومة لهذه الصادات وخطر حدوث خمج الاستشفاء ، وحدوث الأرج للجنتاميسين أيضاً .

*العناية التصححية Careful Hygiene* : يقي الغسل المتكرر بالمطهرات أو الصوابين ، وقص الأظافر ، وتغيير الثياب وأغطية الأسرة المتكرر من الانتشار التالي للقوباء . يجب وضع المراهم الحاوية على الصادات على أظافر اليد وعلى المنخرين وذلك بعد الفحص الجرثومي .

**القوباء الفقاعية Bullous Impetigo :**

*المرادفات* : القوباء عنقودية المنشأ . القوباء المعدية عنقودية المنشأ .

**التعريف** : تحدث بالعنقوديات المفوعة إيجابية الكواغولاز . وبخاصة عند الأطفال والكهول أيضاً مع التشكل السريع لفقاعة كبيرة ورخوة .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، عادة الزمرة II عاثية نمط 71 .

**الحدوث** : يحدث في جميع أنحاء العالم في فصل الصيف عادة ، ويكثر حدوثه في المناطق الدافئة الرطبة المدارية وشبه المدارية .

**الوبئيات** : تحدث القوباء الفقاعية بشكل وبائي في الحضانات والعائلات وهي سارية بشدة . لذلك فهي تنتشر بسرعة في الحاضنات والمشافي ( الفقاع الوليدي ) . والقوباء الفقاعية أكثر مشاهدة في المناطق الإستوائية ( القوباء الاستوائية ) .

**الإمراض** : تنتج العنقوديات الممرضة ( عاثية نمط 71 ) ذيفاناً حال للبشرة Epidermolysin ) . لذا يعتبر كشكل من انحلال البشرة النخري السمي الجرثومي ( متلازمة لايل Lyell ) . يؤدي الذيفان الخارجي إلى انحلال الأشواك داخل البشرة في بعض أنواع الحيوانات ( كالفئران حديثي الولادة ) مع تشقق وانحلال الطبقة المتقرنة .

**الموجودات السريرية** : تتشكل فقاعات رخوة على بقع حمامية محتواها مائي رائق ، يصبح فيما بعد غيمياً وقيحياً ، ثم تزول الحويصلات . إذا حدث الداء على جزء ما من الجسم تتدلى النفاطات للأسفل نتيجة ترسب السائل والكريات البيض (Hypopyon) ويظهر لاحقاً سطح أحمر متآكل ذو منظر رطب ، ثم يستر بوسوف وجلب . لا تتشكل الجلب بكثافة الجلب التي تحدث في القوباء ذات الحويصلات الصغيرة . يحدث الشفاء دون تندب ولكن تبقى بعض الحمامى والتصبغ . وثمة تشابه في المناطق الانتقائية والانتشار مع القوباء ذات الحويصلات الصغيرة . ( راجع الشكل ٤ – ٦٥ ) .

**الأعراض** : تكون الحالة العامة جيدة ولا يحدث توعك إلا في حال انتشار المرض .

**اللطاخة** : تشاهد مكورات إيجابية الغرام بشكل مجموعات صغيرة أو كتل . ويكون الزرع الجرثومي إيجابياً .

**التشريح المرضي النسجي** : تتسع الحويصلات في القوباء الفقاعية داخل البشرة في الجزء العلوي من الطبقة المالبيكية وتحتوي على الفيبرين والعدلات . يشاهد تسفنج وارتكاس التهابي متوسط الشدة تحت البشرة .

**السير** : لا تتشكل مضاعفات إذا كان انتشار الداء محدوداً ، أما إذا أصاب الداء مساحات واسعة مع سطوح منتشرة متآكلة فقد يتم امتصاص الذيفانات السمية .

**التشخيص** : يؤكد التشخيص بإجراء الزرع واللطاخة وتكون الحويصلات عند المرضى الصغار كبيرة رخوة قيحية مع سطوح متآكلة .

**التشخيص التفريقي** : يحدث الفقاع الإفرنجي الوليدي عند الولدان وهو سهل الملاحظة لتوضع الحويصلات على الراحتين والأخمصين مع تشاركه بأعراض الإفرنجي المرافقة . تحدث الآفات في انحلال البشرة الفقاعي بعد الرض الآلي في نقاط الضغط . وتبدي القوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة عادة تآكلات سطحية مع جلب سميكة صفراء عسلية اللون .

**الإنذار** : كان المرض سابقاً يهدد حياة الولدان مع نهاية مميتة في ٧٠٪ من الحالات ، لذلك كانت القوباء الفقاعية من الأمراض التي يجب التبليغ عنها . أما في الوقت الحاضر فقد فقدت أهميتها ، لأن المعالجة بالصادات وتطهير الحبل السري وضع حداً لحدوثها . هذا وإن إنذار القوباء الفقاعية عند الأطفال والكهول جيد لذلك لم يعد من الواجب التبليغ عن هذا الداء في أكثر البلدان .

**المعالجة** : هي نفس معالجة القوباء ذات الحويصلات الصغيرة . ومن المهم نفي التهاب الملتحمة القيحي ، والتهاب الأذن أو الزكام القيحي كأخماج بدئية .

*المعالجة الجهازية* : تعطى الصادات عن طريق الفم وخاصة الإريترومايسين أو البنسلينات المقاومة للبنسليناز مثل الأوكساسلين والدي كلوكساسلين والغلوكوكساسلين في الحالات المنتشرة لمنع حدوث المضاعفات الخطرة كاتساع الداء وحدوث متلازمة لايل العنقودية المنشأ . ويجب أن تعتمد المعالجة على إجراء تحسس للجراثيم المزروعة .

*المعالجة الموضعية* : يجب إزالة سقف الفقاعة بشكل كامل . تزال الجلب بمراهم تحتوي على ٣ - ٥٪ حمض الصفصاف أو على مضادات الجراثيم . تفيد المحاليل المائية الحاوية على الأصبغة ( صباغ كاستيلاني ، بنفسجية الجانسيان = محلول بيوكتانيني ٠,٥ - ١٪ ) .

## القوباء الفقاعية الوليدية Neonatal Bullous Impetigo :

*المرادفات* : الفقاع الحاد الوليدي ، الفقاعاني العنقودي المنشأ عند الوليد .

تتشكل حويصلات كبيرة بسرعة في خمج البشرة العنقودي عند الرضع . وتشكل الثنيات بيئة مناسبة لنمو الجراثيم، ولذلك فهي تصاب بشكل واسع مما يؤدي لحدوث مساحات واسعة مناسبة لامتصاص الذيفان . وقد يتطور المرض بسرعة وبصورة غير ملحوظة إلى متلازمة لايل العنقودية المنشأ ( التهاب الجلد التقشري الوليدي Ritter von Rittershain 1878 ) . ( راجع الشكل ٤ - ٦٦ ) . ويكون العامل المسبب غالباً العنقوديات المذهبة زمرة II عاثية نمط 71 . وهو مرض يجب التبليغ عنه .

## متلازمة لايل العنقودية Staphylococcal Lyell's Syndrome :

*المرادفات* : التهاب الجلد التقشري الوليدي Ritter Von Rittershain 1878 ، متلازمة الجلد السمطي العنقودي . والمرادفات للأشكال المحدثة بالدواء وهي انحلال البشرة السمي الحاد . وسوف يتم مناقشتها فيما بعد . ( راجع الشكل ٤ - ٦٧ ) .

**التعريف** : هو مرض خطير يسببه الذيفان الخارجي للعنقوديات يصيب الأطفال بشكل رئيسي .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة ، وغالباً عاثية نمط 71 ، وإن الذيفان الخارجي الذي تنتجه هذه العنقوديات ( حالة البشرة Epidermolysin ) . يسبب التبدلات الوصفية في البشرة . ليس من الشائع كشف عنقوديات أخرى مسببة للداء غير العاثية نمط 71 .

**الإمراض** : يصاب الرضع في الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة ، والأطفال الصغار والكهول ناقصي المناعة ذوي آفات كلوية غالباً . يحدث الذيفان الخارجي تشطرات منحلة الأشواك في البشرة تحت الطبقة المتقرنة .

**الموجودات السريرية** : يحدث التهاب الملتحمة القيحي المرافق ، والتهاب الأذن والتهاب البلعوم كما يحدث طفح شبيه بطفح القرمزية . يبدأ الطفح حول الفوهات ويمتد بسرعة ، ويشعر المريض بالتعب . تكون علامة نيكولسكي إيجابية . وتظهر خلال ٢٤ - ٤٨ ساعة حويصلات كبيرة رخوة تتمزق بسهولة تاركة سطوحاً بشروية متآكلة حمراء نيرة في جميع أنحاء الجسم . ويشبه هذا حروق الدرجة الثانية . تجف ذرى الفقاعات بسرعة ثم تنفصل على شكل رقائق . ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية . ويحدث عود التظهرن خلال أسبوع إذا أعطيت المعالجة بسرعة . ( راجع الشكل ٤ - ٦٧ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تتشكل التشطرات منحلة الأشواك في أعلى البشرة ضمن الطبقة الحبيبية مؤدية لتشكل حويصل تحت الطبقة المتقرنة . ويبدو باقي البشرة طبيعياً ، وعلى الأخص لا يشاهد نخر خلوي . وغالباً ما تكون الأدمة خالية من علامات الالتهاب . لذا تبدو الشقوق البشروية دون حدوث انسمام خلوي . يمكن التشخيص الفوري بإجراء مقاطع جَمَدية لسقف الفقاعة الذي يتشكل من الطبقة المتقرنة فقط . يجب تفريق هذا المرض عن متلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء حيث يتشكل التشطر تحت البشرة ويتشكل سقف الفقاعات من مجمل البشرة المتنخرة .

**التشخيص** : تشبه الصورة السريرية الصورة المشاهدة في الجلد السمطي . ومن العلامات المشخصة الأخرى : علامة نيكولسكي الإيجابية ، والدراسة النسجية لسقف الفقاعة بالمقاطع الجمدية ، ووجود الخلايا المنحلة الأشواك في اللطاخة ، وكشف العنقوديات بالفحص الجرثومي ، ووجود بؤر خمجية أخرى بعيدة عن الجلد ( كالعين ، والأذن ، والبلعوم ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق متلازمة لايل العنقودية عن القوباء الفقاعية ( القوباء الفقاعية الوليدية ) ، والطفح القرمزي الشكل ، ومتلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء ( انحلال البشرة النخري الانسمامي ) .

**الإنذار** : جيد عادة . ويجب تجنب حدوث المضاعفات كالإنتان ، وذات الرئة .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : المعالجة بالصادات ( البنسلين المقاوم للبنسليناز ، والإريترومايسين والسيفالوسبورين ) هي الأهم

والأسرع فعالية . ولا يمكن انتظار تفاصيل اختبارات التحسس الجرثومي تجاه الأدوية . لا تعطى الستيروئيدات بشكل بدني على نقيض متلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء .

*المعالجة الموضعية :* عرضية كما في السمط المنتشر والواسع .

**الفقاعات الزاحفة Bulla Repens :**

**التعريف** : هي شكل خاص من القوباء الفقاعية تصيب اليدين والقدمين مع تشكل حويصلات ذات جدر سميكة لها ميل خفيف نحو الانبثاق . ( انظر الشكل ٤ — ٦٨ ) .

**العوامل الممرضة** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواكولاز . وأحياناً العقديات .

**الموجودات السريرية** : يحدث في الأماكن التي تكون فيها الطبقة المتقرنة سميكة والتي تمنع تمزق الحويصلات ، على ذرى الأصابع مثلاً ، وبخاصة على الوجه الراحي أو على الراحتين أو الأخمصين . يشاهد عادة فقاعة واحدة تتسع وتكون محاطة بهالة التهابية . فإذا أصابت الفقاعة الأصبع فقد تحيط بمجمل الظفر وتمتد إلى الطية الظفرية . ويصاب سرير الظفر أحياناً وبالتالي يصبح الظفر رخواً وقد يفقد بأكمله . ويكون سقف الفقاعة المتسعة مقاوماً ونادراً ما يتخرب . ويصبح محتوى الفقاعة قيحياً . وقد يكون المحتوى أحياناً مصلياً في الأعلى وقيحياً مصفراً في الأسفل بسبب ترسب العدلات . ولا ينتقل الداء إلى مناطق أخرى من الجسم لأن الفقاعة لا تتمزق . وعندما تُفتح الآفة يشاهد قاعدة حمامية ، تتشكل فوقها جلبة من محتويات الفقاعة الباقية . ( راجع الشكل ٤ — ٦٩ ) .

**الأعراض** : تسبب الفقاعة شعوراً بالضغط والألم ولكن أقل من الألم المحدث بالداحس .

**السير** : تبقى الفقاعة عادة لمدة عدة أيام ونادراً ما تبقى عدة أسابيع . وتترافق بالتهاب ما حول الظفر ، ونادراً ما تتحول إلى داحس أو فلغمون إذا عولجت بشكل جيد .

**التشخيص التفريقي** : تفرّق عن الداحس الذي يكون أكثر ألماً وأعمق التهاباً ، كما تفرق عن الحلأ البسيط أو الداحس الحلئي الذي يبدي عدة حويصلات متعددة الحلقات مع محتوى أبيضاً غيمياً وأحياناً نزفياً أو يبدي تآكلات . وكثيراً ما ينكس في نفس المكان .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* غير ضروريّة عادة . عند الأطفال « حيث يكون الداء خطراً » يعطى الإريترومايسين أو البنسلينات المقاومة للبنسليناز وإذ كان ممكناً يجب تحديد حساسية الجراثيم للدواء .

*المعالجة الموضعية :* حمامات للأصابع في محاليل تحتوي على صوابين ممددة . تُمزق الفقاعة وتطبق ضمادات رطبة حاوية على المطهرات مثل الكلورهيدروكسي كينولون أو البرمنغنات ، تعالج الجروح المتآكلة بالرهيمات الحاوية على الصادات أو مرهم بوفيدون إيودايين Povidone – Iodine .

## تقيح جريبات الأشعار Pyodermas of the Hair Follicles :

**التعريف** : تكثر مشاهدة خمج الجريبات الشعرية القيحي في جميع الأعمار ويميل لكي يصبح مزمناً . وقد تكون المعالجة صعبة .

**تقيح الجريبات Follicular Pyoderma :**

*المرادفات :* قوباء بوكار ، التهاب فوهات الجريبات .

**التعريف** : هو خمج الجريبات الشعرية بالعنقوديات أو بجراثيم أخرى ذات توضع سطحي جداً . سريرياً ، يشاهد بثرات في فوهات الجريبات الشعرية .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز .

**الحدوث** : عادة عند الذكور ونادراً جداً قبل البلوغ وهو ليس نادراً في المناطق المعتدلة غير أنه أكثر مشاهدة في المناطق المدارية الرطبة .

**الأسباب والإمراض** : تتطلب الأخماج الجرثومية في الجريبات الشعرية بعض العوامل المؤهبة : كمناطق الثنيات الرطبة والدافئة ، والتعرق الشديد عند البدينين ، والمناطق الرطبة والزهمية ، والظروف الرطبة المعطنة كاستعمال ضمادات كتيمة ، وتأذي المناعة الناجم عن المعالجة الموضعية بالستيروئيدات أو المركبات القطرانية . تشكل الضمادات الرطبة ظروفاً مثالية لنمو هذه الجراثيم . قد تختلط الجلادات الحاكة كالإكزيمة التأتبية بتقيح الجريبات الشعرية . وتعد المناطق الزراقية Cyanotic كالأليتين والأجزاء السفلية في الساقين عند الذكور من المناطق الانتقائية للإصابة بتقيح الجريبات الشعرية المزمن . ويجب نفي الداء السكري كعامل مؤهب .

**الموجودات السريرية** : العلامة الرئيسية هي البثرات الجريبية الصفراء . يصيب الخمج الجريبات الشعرية النهائية مع ظهور شعرة سميكة في وسط البثرة . وإذا أصيبت الجريبات الشعرية الوبرية فلن يكون من السهل معرفة مكان الجريب . تحاط البثرات الصفراء نصف الكروية بهالة حمامية التهابية صغيرة . وقد تكون البثرات مجتمعة مع بعضها على سطح حمامي ملتهب . يؤدي تمزق البثرات إلى تشكل جلب تسقط بعد عدة أيام تاركة مكانها سطحاً حمامياً . ويحدث تقيح الجريبات الشعرية بشكل

شائع على الوجه ، والفروة ، والأطراف والإبط .

**الأعراض** : لا تشاهد علامات عامة ومن النادر حدوث حكة خفيفة .

**التشريح المرضي** : تشاهد بثرات تحت الطبقة المتقرنة والجريبات الشعرية كما تشاهد خلايا التهابية معظمها من الكريات البيض موضعة في فوهات الجريبات الشعرية .

**السير** : إذا لم يعالج الداء يكون سيره مزمناً وناكساً لمدة أسابيع أو أشهر أو سنين . غير أنه إذا ما عولج يكون سيره محدوداً .

**التشخيص التفريقي** : إذا توضعت الآفة في المنطقة حول الفم وكانت ذات سير مزمن يجب التفكير بخمج المبيضات ، كما يجب نفي التهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام . ونادراً ما يؤدي داء الشعرويات الجريبي المزمن ( سعفة الذقن ، أو على الساق عند النساء ، إلا أن الآفة تكون أكثر ارتشاحاً ) إلى حدوث بثور جريبية ، كما ينبغي تفريقه عن الطفح العدي الشكل الناجم عن الأدوية والهالوجينات ، والبثرات في العد الشائع ، وعد الزيوت أو عد القطران والإفرنجيات الحطاطية البثرية .

**الإنذار** : جيد .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى المعالجة بالصادات حسب تحسس الجراثيم وذلك عن طريق الفم فقط في الحالات المنتشرة والمعندة .

*المعالجة الموضعية* : فتح البثور ، والمعالجة المطهرة بحمض الصفصاف ٣ ــ ٥٪ من الكحول ٧٠٪ ، والأصبغة المضادة للجراثيم ( مثل البولي فينيل بيروليدون إيوداين ) ، والرهيمات الحاوية على الصادات أو الدهون الحاوية على التوتياء مع بعض المطهرات ( كليوكينول ٠,٥٪ ) للوقاية من التلقيح الذاتي . وينبغي استعمال المطهرات للتغسيل ، وإتباع الوصايا الصحية مع تبديل الملابس عدة مرات . كما يجب تبديل شفرات الحلاقة وتعقيمها بالكحول ٧٠٪ قبل استعمالها .

### الأشكال الخاصة : تقيح جلد الجريبات المزمن الناكس عند الذكور :

يحدث هذا خاصة على الأطراف السفلية والأليتين عند الذكور . وهو ذو علاقة مع التهاب الجريبات الشعرية الأليوي الشرثي . وتكون الحكة العرض الرئيسي في هذه الحالات ، التي لا تشاهد عادة في التهاب فوهات الجريبات الشعرية الحاد . ( راجع الشكل ٤ ــ ٧٠ ) .

### التهاب الجريبات وما حول الجريبات :

**العوامل الممرضة** : وتسببه عادة العنقوديات المذهبة إيجابية الكواكولاز ، وبشكل أقل الجراثيم سلبية الغرام التي تنفذ عميقاً في الجريبات الشعرية .

**التعريف** : يصيب المرض الجريب الشعري بأكمله ويصيب أيضاً الأنسجة ما حول الجريبات . يكون التشخيص التهاب جريبات إذا حدث فقط غزو بالعدلات ووذمة وفرط توعية . أما إذا تشكل خراج في النسج حول الجريب فهذا هو بدء ظهور الدمل . ومن الشائع أن يتطور التهاب الجريبات إلى التهاب ما حول الجريبات وإلى الدمل . قد يحدث التهاب الجريبات في أي مكان من الجسم ما عدا الراحتين والأخمصين حيث لا يشاهد جريبات شعرية . تفرق بعض الأشكال الخاصة من التهاب الجريبات بالصورة السريرية الوصفية .

### التهاب الجريبات البسيط في اللحية
### Folliculitis Simplex Barbae :

*المرادفات* : التهاب جريبات في منطقة اللحية .

**الموجودات السريرية** : تتشكل آفات مفردة أو مجتمعة من التهاب الجريبات الشعرية في منطقة اللحية وفي جانب الرقبة المجاورة فينتشر الخمج عادة بالحلاقة . وقد يرض العنق آلياً . تشبه الصورة السريرية في البدء تقيح الجريبات الشعرية إذ يشاهد بثرات صغيرة جداً حول الأشعار . ولكن مع هالة التهابية حول الجريب . يصبح التهاب الجريبات أكثر وضوحاً ويحدث شعور بالحرق والألم عند الحلاقة . يكثر توزع التهاب الجريبات على مساحة كبيرة ويكون على أشده في المركز . قد تجتمع الآفات مع بعضها وخاصة في الشفة العلوية . يتصف هذا الشكل الشديد بتشكل حطاطات حمامية مجتمعة مع بعضها البعض مع خمج جريبات متعددة تشبه الصورة السريرية بدء تينة فطرية .

**السير** : مزمن مع ميل للنكس .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الجريبات الشعرية بالمبيضات ، والتهاب الجريبات الشعرية بالجراثيم سلبية الغرام . والتهاب الجريبات الشعرية العميق بالفطور الشعروية ، والتهاب الجريبات الشعرية الكاذب في اللحية .

**الإنذار** : جيد .

**المعالجة** : رغم أن المعالجة هي نفس معالجة تقيح الجريبات الشعرية غير أنها أصعب في هذا النوع من الالتهاب .

*المعالجة الجهازية* : تعالج بالصادات عند الضرورة بعد إجراء التحسس الجرثومي وبالمقادير المعيارية ، ولمدة كافية لشفاء الالتهاب بشكل كامل .

*المعالجة الموضعية* : يجب بدء المعالجة بالأصبغة أو الرهيمات الحاوية على الستيروئيدات والصادات . وينبغي تجنب استعمال

المراهم ، وتجنب الحلاقة أو تعقيم شفرة الحلاقة بالكحول ٧٠٪ . وقد نلجأ إلى إزالة الأشعار المؤوفة . ( راجع الشكل ٤ – ٧١ ) .

### التهاب الجريبات الإكزيمي في اللحية : Folliculitis Eczematosa Barbae

**التعريف** : هو مرض مشترك حيث تكون الآفة البدئية هي إكزيمة منطقة اللحية مع التهاب جريبات لخمج ثانوي . وقد يشاهد البدء بالتهاب الجريبات وحدوث تأكزم ثانوي .

**الحدوث** : نادر عند النساء كثير المشاهدة عند الرجال .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الإكزيمة غالباً على الشفة العلوية مع التهاب أنف مزمن ( التهاب أنف محرك وعائي ، السلائل Polyps ، أمراض جوف الأنف ) بسبب التهاب الجلد التأتبي أو التهاب الجلد بالتماس التخريشي أو بالتماس الأرجي . يمتد الالتهاب حول الفم وحتى إلى الذقن أو إلى منطقة اللحية بأكملها . ويترافق بالتهاب ما حول الجريبات . يمكن نزع الأشعار المؤوفة بسهولة وبدون ألم . ويكون غمد الشعرة غيمياً أو زجاجياً . وعادة لا تحدث خراجات أو عقيدات . ويستر سطح الجلد بجلب جافة متسخة صفراء ، بينما تكون مناطق أخرى متآكلة ونازة أحياناً . يمكن رؤية أكزيمة متقوبئة على الحاجبين والفروة والرَكَب Mon Pubis .

**الأعراض** : تؤدي البثرات الجريبية في جلد متأكزم ومرتشح إلى الحكة الواضحة ، وخاصة في منطقة اللحية .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث خراجات جريبية مع التهاب جلد ما بين الجريبات .

**السير** : ليس هذا التهاب جريبات شعرية بسيط وإنما هو مرض قد يستمر سنيناً وعقوداً إذا لم يعالج .

**التشخيص** : كشف العامل الممرض والتحري عن سبب الإكزيمة .

**التشخيص التفريقي** : تحدث تينة اللحية الفطرية مع بثرات صغيرة وكبيرة كثيرة المفرزات . وتهاجم الفطور الأشعار وخاصة في منطقة اللحية ، بينما لا تصاب الشفة العلوية غالباً ( الزرع الفطري ) . ويجب نفي التهاب الجريبات بالمبيضات البيض بإجراء الزرع .

قد يطلق على داء الشعرويات العميق التسمية القديمة التينة الطفيلية ( من اللغة اللاتينية Syca ومعناها تينة ) . وتدل كلمة التينة على تشكل البثور في داء الشعرويات العميق ؛ بينما تعني كلمة طفيلية الحاملة للفطور . وقد سمي التهاب الجريبات الجرثومي « التينة غير الطفيلية » وتعني كلمة غير طفيلية إلى خلوها من الفطور . لأنه لم يكن بالإمكان كشف الجراثيم بالتلوين أو بالزرع في ذلك الوقت .

**الإنذار** : غير مؤكد بسبب ميل الداء للنكس .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تستعمل الصادات بمقادير عالية ولمدة طويلة تبعاً للتحسس الجرثومي . وقد تعطى معالجة إضافية مضادة للالتهاب باستعمال الستيروئيدات ( ٤٠ – ٦٠ ملغ بريدنيزلون لمدة٢ – ٣ أسابيع وبمقادير متناقصة ) التي تثبط التهاب الجلد وتحد من التهاب الجريبات الشعرية .

*المعالجة الموضعية* : ضمادات مرطبة بمحاليل مطهرة كالبرمنغنات ، والكلورهيدروكسي كينولون وسلفات التوتياء . ثم تطبق الرهيمات والمعاجين الحاوية على الصادات . وقد تستعمل مستحضرات مشتركة تحتوي أيضاً على الستيروئيدات . يجب إعادة اختبار التحسس الجرثومي عدة مرات أثناء المعالجة . يجب توضيح سبب التهاب الجلد . وغالباً ما يكون نزع الأشعار ضرورياً ويجرى بشكل آلي إذا كانت الآفة صغيرة ومحدودة . وقد استعملت أشعة X لنزع الأشعار سابقاً . يجب تجنب الحلاقة أو يجب تعقيم الشفرة بالكحول ٧٠٪ واستعمال المنظفات .

**الأشكال الخاصة : التهاب الجريبات الشعرية الإكزيماوي الدهليزي الأنفي Special Form: Folliculitis Eczematosa Vestibula Nasi** : وهو جلاد غير شائع يحدث عادة عند النساء الشابات المصابات بالتهاب أنف مزمن أو عند المرضى التأتبيين . يشاهد التهاب جلد مستور بجلب وحاك مع التهاب جريبات شعرية في الدهليز الأنفي . يجب تقييم الحالة التأتبية .

**السير** : مزمن مع ميل نحو النكس الشديد .

**المعالجة** : تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي ولعدة أسابيع . تجب المعالجة المُطريّة للدهليز الأنفي .

### التهاب الجريبات الكاذب في اللحية [ Dubreuilh 1922 ] :

*المرادفات* : الأشعار المعاودة ، انغراز الأشعار .

**التعريف** : يحدث انغراز بالأشعار القاسية والمجعدة مع ارتكاس التهابي لجسم أجنبي ولا يوجد تقيح جريبي بدئي . ( راجع الشكل ٤ – ٧٢ ) .

**الحدوث** : نادر جداً عند الأوروبيين وأكثر مصادفة في سكان البحر الأبيض المتوسط . وأكثر من ذلك بكثير عند الإفريقيين ذوي الأشعار الجعدة .

**الإمراض** : تؤدي الحلاقة الرطبة إلى حدوث ذروة حادة في

الشعرة القاسية والمجعدة في اللحية خاصة إلى جانب الخد وما تحت الفك . تنحني الأشعار في أعلى القمع وتنفذ عبر الجريب إلى النسيج الضام في أعلى الأدمة أو إلى البشرة . ورغم أن الأشعار تكون حرة على سطح الجلد فإنها تنحني بشكل موازٍ للبشرة وبذلك تستطيع أن تعود وتنغرز ذراها الحادة ضمن الجلد . يحدث التهاب تفاعلي لجسم أجنبي ما حول الجريبات . وقد يحدث خمج جرثومي ثانوي أو يحدث تشكل زؤاني تالٍ للالتهاب . تحدث هذه التبدلات بشكل خاص بعد الحلاقة الرطبة وبعد نزع الأشعار بطريقة آلية وكيميائية .

**الموجودات السريرية** : يكون المرضى ذكوراً ذوي أشعار قاسية ومجعدة في اللحية ، ومن العرق الأسود أو الغامق ، ومن النادر أن يصاب الذكور ذوي الجلد الفاتح . والحلاقة هي السبب غالباً . تحدث التبدلات بشكل رئيسي في منطقة اللحية وقد تبدأ أيضاً في أي جزء من الجسم مثل الفروة ، والركب أو الفخذين حيث يشاهد بقع ملتهبة لها علاقة بفوهات الجريبات . يطلق على الداء المنتشر التهاب الجريبات الشعرية الكاذب الأهبي Pseudofolliculitis Diathesis ويحدث تصبغ تالٍ للالتهاب عند الذكور ذوي الجلد الغامق مما يؤدي إلى مشكلة مزوقة ، وقد يحدث أيضاً زؤان تالٍ للالتهاب .

**التشريح المرضي النسجي** : حبيبوم لجسم أجنبي في منطقة الجريبات الشعرية النهائية .

**السير** : مزمن وغالباً ما يمتد مدى الحياة .

**التشخيص** : إن التوضع النموذجي هو بشكل رئيسي على جانب الخدين والرقبة مع أشعار مجعدة منغرزة ، والتهاب ما حول الجريبات وفرط تصبغ وزؤان ثانوي ، غالباً ما يكون حاكاً .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الجريبات بالمبيضات البيض ، والتهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام ، وتينة اللحية ، والعد الشائع ، وعد المزوقات .

**المعالجة** : يجب تبديل الحلاقة الرطبة بالحلاقة الجافة حيث لا يتم قطع الشعرة بشكل قصير جداً ، وحيث تكون الانحناءة بعيدة عن الجريب . ويمكن نزع الأشعار بالملقط . وأحسن معالجة هي ترك اللحية دون حلاقة حتى تكبر . يمكن معالجة فرط التصبغ والزؤان برهيم التريتينوئين ( فيتامين آ الحامضي ) ، أو حمض الصفصاف الكحولي بنسبة ٣ ــ ٥٪ . ويجب غسل المنطقة بالمنظفات واستعمال المحاليل الحاوية على الكحول والمطهرات لتجنب الخمج الجرثومي الثانوي .

## التهاب الجريبات الحاص في الرأس Folliculitis Decalvans Capillitii [ Quinquaud 1888 ] :

**التعريف** : هو التهاب جريبات شعرية مزمن ونادر على الفروة ، يؤدي إلى حاصة ضمورية ( حالة الثعلبة الكاذبة Pseudopelade ) .

**العوامل الممرضة** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكوغولاز ، ولكن قد تسببه الجراثيم سلبية الغرام .

**الحدوث** : نادر غالباً عند الذكور وأحياناً في المرضى معوزي المناعة .

**الإمراض** : لم يعرف سبب لضمور وفقدان الأشعار الدائم . والملاحظ أن هذا الداء يحدث عند المرضى الضعيفي المقاومة بسبب إصابتهم بالداء السكري ، والتهاب الكلى المزمن وخلل بروتين الدم وحالات العوز المناعي .

**الموجودات السريرية** : تحدث آفات بقعية مع التهاب جريبات سطحي وعميق يمتد في المحيط مؤدياً للضمور الذي يشبه الثعلبة الكاذبة لبروك (Brocq) . ويمكن أن تبقى بعض الأشعار في البقع الضمورية ، ويشاهد في المحيط بثرات جريبية . وغالباً ما تبقى خصل من الشعر سليمة ، لذا تبدو عدة أشعار ظاهرة من فوهة جريب شعري واحد . ( راجع الشكل ٤ ــ ٧٣ ) .

**الأعراض** : حاصة ضمورية دون أعراض أخرى مع بثرات جريبية في المحيط .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد في المرحلة الحادة التهاب جريبي خراجي الشكل ويشاهد في المرحلة النهائية حاصة ندبية غير نوعية وحبيبومات نادرة .

**السير** : مزمن ومترقٍ حتى حدوث حاصة ندبية .

**التشخيص التفريقي** : الحاصة الندبية ( حالة الثعلبة الكاذبة ) ، والتينة الحبيبومية ، والجلاد البثري التآكلي على الفروة .

**الإنذار** : سيء بالنسبة لنمو الأشعار وجيد بالنسبة للصحة العامة .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* :تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي إذا كان ذلك ضرورياً . كشف وإزالة العوامل المؤهبة بقدر الإمكان .

*المعالجة الموضعية* : استعمال المركبات المضادة للجراثيم وخاصة الصادات ، وأحياناً تشرك مع الستيروئيدات بشكل صباغ أو رهيم .

## التهاب الجريبات الحاص على الوجه Folliculitis Decalvans Faciei :

*المرادفات* : التهاب الجريبات تيني الشكل المضمر ( هوفمان ١٩٣١ ) ، والحمامى التندبية تينية الشكل ، والتينة الذأبانية ( بروك ١٨٨٨ ) .

**التعريف** : هو شكل نادر جداً من التهاب الجريبات الخاص على الوجه ويشاهد عادة بقعة واحدة .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز عادة .

**الحدوث** : نادر جداً .

**السبب والإمراض** : هو خمج جريبي مزمن بالعنقوديات يؤدي بشكل مترقٍ إلى الضمور .

**الموجودات السريرية** : إن المناطق الانتقائية هي منطقة الذقن وأحياناً الحاجبين وبشكل نادر جداً المناطق الأخرى من الجلد ( الفخذان ) . يصيب المرض بشكل رئيسي جريبات الأشعار النهائية ، ولكن قد تصاب أيضاً الأشعار الوبرية في منطقة الوجه . يعد الشفاء المركزي مع تطور الآفة في المحيط محدثة التهاب جريبات من العلامات المميزة . وقد تكون جزءاً من طيف التقران الجريبي .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف عن التهاب جريبات مع تشكل خراجات لا نوعية وفي المرحلة النهائية تحدث حاصة ندبية .

**السير** : مزمن يستمر أشهراً وسنيناً .

**التشخيص** : من الصورة السريرية ، بقعة وحيدة على الوجه مع ميل نحو التندب وتبثر محيطي .

**التشخيص التفريقي** : الذأب الحمامي القريصي ، والذأب الشائع ، والحاصة الندبية والعلامة الرئيسية هي التهاب الجريبات القيحي في المحيط . ( راجع الشكل ٤ - ٧٤ ) .

**الإنذار** : سيء بالنسبة لنمو الأشعار وجيد فيما عدا ذلك .

**المعالجة** : مثل معالجة التهاب الجريبات الخاص على الفروة .

## التهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام - Gram Negative Folliculitis [ Fulton, Mc Ginley, Leyden, Marples 1968 ] :

**التعريف** : التهاب جريبات مزمن وناكس تسببه الجراثيم سلبية الغرام مع بثرات عديدة في منتصف الوجه . يصيب عادة الذكور الكبار الذين يشكون من عد مع مث Seborrhea ( راجع الشكل ٤ - ٧٥ ) .

**العوامل الممرضة** : الأمعائيات ، الكليبسلات ، الإشريكية القولونية من النمط I والمتقلبة الرائعة من النمط II والسلمونيات .

**الحدوث** : أصبح أكثر شيوعاً . يحدث غالباً عند الذكور ذوي المث الشديد .

**الإمراض** : تحل الجراثيم سلبية الغرام محل النبيت الجرثومي الطبيعي في الجلد والجريبات بسبب اضطراب البيئات الجرثومية التالي للمعالجة المديدة الموضعية أو العامة المضادة للجراثيم باستعمال المطهرات أو الصادات وخاصة التتراسكلين عند المرضى المصابين بالعد الشائع أو وردية الوجه . توجد مستودعات الكائنات الحية الممرضة ليس فقط في الجريبات وإنما أيضاً في الغشاء المخاطي للأنف والبلعوم . وقد ذكر وجود اضطراب في الجهاز المناعي عند هؤلاء المرضى .

**الموجودات السريرية** : يحدث بشكل رئيسي على الشفة العليا تحت فوهات الأنف وثم على الذقن حول الفم مع بثرات جريبية صفراء فاتحة محاطة بهالة حمراء . قد يحدث أيضاً على الفروة عند الأشخاص الذين يشكون من مث شديد .

**الأعراض** : بثرات ناكسة جريبية في منطقة حول الأنف وحول الفم على جلد مثّي . ومن نواحي أخرى تكون الأعراض الشخصيانية خفيفة .

**التشريح المرضي** : يشاهد خراجات صغيرة في الجريبات دون زؤان .

**السير** : مزمن وناكس لسنوات . ولا يحدث ضمور في الجلد .

**التشخيص** : القصة المرضية النموذجية : مرضى العد لدى الكبار ، والمث ، ومعالجة سابقة بالصادات ، والصورة السريرية التي تبدي بثرات راجعة حول الفم والأنف . كشف الجراثيم سلبية الغرام وبروز مشاكل المعالجة . ومن الممكن أن يحدث خمج متعدد بنوعين أو ثلاثة أنواع من الجراثيم سلبية الغرام ( كالإشريكية القولونية ، والكلبسلات والزوائف ) ، وتصبح فترة الهدأة بين سلسلتين من المعالجة بالصادات عن طريق الفم أقصر باستمرار . وفجأة تحدث مقاومة للصادات الفعالة سابقاً ولا تتحسن حالة المريض .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الجريبات بالعنقوديات ، العد الشائع ، التهاب الجريبات بالمبيضات .

**الإنذار** : غير مؤكد بالنسبة لالتهاب الجريبات وجيد من النواحي الأخرى . ولم يشاهد خمج ثانوي .

**المعالجة** : صعبة جداً وغير مرضية لأنه من غير الممكن تحقيق شفاء دائم . يجب إعادة اختبارات التحسس الجرثومي للصادات في عينات مأخوذة من الأنف والبثرات وبفترات قصيرة .

*المعالجة الجهازية* : الإيزوترتينوين **(13 cic Retinoic Acid) Isotretinoin** عن طريق الفم وهي المعالجة الأكثر فعالية ( ٠,٥ - ٢ ملغ/كغ ولمدة ١٢ - ٢٠ أسبوعاً ) . وهذا يقلل من المث ويطرح الجراثيم سلبية الغرام . تكون الهدأة طويلة المدة . وإلا تعطى الصادات بمقادير عالية ولمدة طويلة حسب نتائج اختبارات التحسس الجرثومي . وقد يكون من الضروري أحياناً إعطاء معالجة إضافية بالستيروئيدات .

*المعالجة الموضعية* : تعطى الرهيمات الحاوية على البولي فينيل بيروليدون . أو الصادات واسعة الطيف على الجلد المصاب والدهليز الأنفي والإبطين . ويجب العناية الجيدة بالتصحح وتعقيم آلات الحلاقة بالكحول ٧٠٪ ومعالجة الجلد بمحلول ٣ ـ ٥٪ حمض الصفصاف الكحولي . وينصح الغسل بالمنظفات .

## تقيحات الجلد من منشأ آخر Pyodermas of other Origin :

### التهاب الجلد المترافق بالأنبوب الساخن Hot – Tub – Associated Dermatitis [ MucCausland and Cox 1975 ] :

*المرادفات* : التهاب الجريبات بالزائفة الزنجارية ، التهاب الجلد بالأنبوب الساخن . التهاب الجلد بالدوامة (Jacuzzi) Whirlpool ، التهاب الجلد بمسبح المياه المعدنية .

**التعريف** : هو مرض تسببه الجراثيم سلبية الغرام من جراء حمامات الاستجمام الملوثة ويتظاهر بالتهاب جريبات حاك . ويحدث بشكل وبائي .

**العامل الممرض** : الزائفة الزنجارية النمط المصلي ∴ : ٤ ، ∴ : ١١ ، ∴ : ١ ( عاثية ٨٦ ) ، ∴ : ٩ .

**الحدوث** : نادر ، وهو أكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأميركية وكندا ، ويعزى إلى عادات الاستجمام .

**الإمراض** : المسابح الدوامة ( سريعة الدوران ) أو التسهيلات المحيطة بالمسابح والملوثة بالزائفة الزنجارية غالباً ما يكون الماء غيمياً أو ذا رائحة كريهة ) . يؤهب لهذا الخمج الجرثومي فرط إماهة الطبقة المتقرنة وعيوب صغيرة في البشرة حول الجريبات الشعرية .

**الموجودات السريرية** : يظهر خلال ٢٤ ـ ٧٢ ساعة من الاستحمام طفح حاك مع التهاب جريبات غالباً على الأليتين ، والجذع ، والخصر ، وأحياناً يترافق بحمى ووعكة . يمكن أن يحدث التهاب ملتحمة ، والتهاب أذن خارجية ، والتهاب الحلق ، وصداع .

**السير** : يشفى تلقائياً خلال ٧ ـ ١٠ أيام عادة . وقد تحدث إصابة بمجموعية فيؤدي ذلك إلى خمج خطر .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : نادراً ما تكون ضرورية باستعمال الصادات المناسبة .

*المعالجة الموضعية* : الدهونات المجففة .

**الوقاية** : ينصح بوضع الكلور في ماء المسابح وأن يحافظ على باهاء ماء المسبح ( ٧,٢ ـ ٧,٨ ) ، وتطبيق التدابير التصححية الجيدة على المسابح .

### متلازمة المجازة المعوية Bowel Bypass Syndrome :

**العوامل الممرضة** : الإشريكية القولونية والجراثيم السلبية الغرام الأخرى وخاصة موادها الببتيدية الغليكانية .

**الموجودات السريرية** : بدانة شديدة يمكن معالجتها بإجراء مجازة لفائفية ـ صائمية . يحدث عند أكثر من ٢٠٪ من هؤلاء المرضى أعراض وصفية مثل الحمى ، والتوعك ، واعتلال معوي ، والتهاب مفاصل ، والتهاب الأوتار وفرط الغلوبولينات القرية الدموية .

تترافق متلازمة المجازة المعوية بأعراض جلدية واسمة تتألف من حطاطات صغيرة حمراء مؤلمة أو بثور مفردة أو متناثرة على البطن ، والذراعين والساقين . ومن الموجودات الأقل شيوعاً نذكر الحمامى العقدة ، جفاف الجلد ، وعلامات شبيهة بالتهاب جلد النهايات المعوي المنشأ .

**التشريح المرضي النسجي** : ثمة ارتشاح كتلي بالعدلات ، ووذمة حليمية وأحياناً تتشكل حويصلات تحت البشرة . تصبح الآفات القديمة بثرية . ويشاهد في الحالات الشديدة التهاب أوعية ناخر مع ترسب الفيبرين . ويمكن كشف معقدات مناعية جوالة وبروتينات قرية وهذه الأخيرة هي المسؤولة عن الأعراض الجلدية والمفصلية .

**السير** : تختفي الأعراض عفوياً عند عدد كبير من المرضى ولكن تحدث رجعات متقطعة خلال عدة سنوات .

**المعالجة** : تشفى المتلازمة بإعادة الوظيفة المعوية إلى حالتها الطبيعية ولكن هذا ليس ممكناً غالباً ، تعطى الصادات و/أو الستيروئيدات بمقادير صغيرة .

### العد الجدري Acne Keloid :

*المرادفات* : التهاب الجلد الحليمي الشعري ، والعد الجدري على القفا ، والتهاب الجريبات التصلبي على القفا ، والتهاب الجريبات الجدري .

**التعريف** : يؤدي التهاب الجريبات المليف المزمن على الرقبة عند الذكور إلى ندبات جدرية صلبة واسعة وخاصة ندبية .

**الحدوث** : يصيب الذكور فقط . ويصيب العرق الأسود أكثر من العرق الأبيض . ويحدث بشكل رئيسي بعد البلوغ وغالباً ما بين سن العشرين والأربعين . يشاهد الداء أيضاً كأحد أعراض العد المقلوب ( العد الثلاثي أو العد الرباعي ) . ( راجع الشكل ٤ ـ ٧٦ ) .

**الإمراض** : يبدأ المرض بالتهاب الجريبات العميق بالعنقوديات ،

ومن النـادر مشـاهدة الجراثيم سـلبيـة الغرام . يؤدي التهاب الجريبـات تحت الحاد إلى التهـاب جريبـات مليف مزمن وإلى التهاب ما حول الجريبات . وتحدث في النسج الجلدية العميقة جيوباً مستورة بالبشرة مع ندبات جدرية . يشاهد في المراحل الأخيرة حبـال وصفيحـات جدرية كبيرة يتخللهـا التهـاب جريبات وخصل منعزلة من الأشعار . وتحدث حطاطات بثرية جديدة في محيط الجدرة .

**الموجودات السريرية** : يتشكل ببطء على خط الشعر في الرقبة الخلفية حطاطات جريبية قاسية جداً حمراء مزرقة ، وحطاطات بثرية شبيهـة بالعد دون تميـه مركزي . تميـل الآفات للاجتماع وتشكيل جسور وصفيحات جدرية حيث يكون الجلد الساتر لها ضامراً مشدوداً ولماعاً . تغيب الأشعار فوق مناطق واسعة بينما تشاهد في نقاط متعددة خصل من الأشعار تجتمع في قمع واحد ( حزمـة الأشعـار ) . تتجمع الأشعـار المفردة بسبب الالتهاب المليف . سريرياً ، يكون التهاب الجريبات بطيئاً وفي حدوده الدنيـا ، ويسيطر على الصورة السريرية التليف وفرط التنسـج في النسيـج الضـام . ويمكن أن تتشكـل صفيحـات وجسور جدرية تبلغ حجم راحة اليد خلال سنوات . وقد تمتد على القسم الخلفي من الرأس وأحياناً على قمة الفروة .

**الأعـراض** : توجد جدرات حـاكة ومؤلمـة مع تحدد حركة العنق .

**التشريح المرضي النسجي** : غير نوعي ، يشـاهد نسيج ندبي واسع يمتد غالباً ليشمل الأدمة بكاملها ، غني بالعروق والسبل الجيبيـة ، واضطراب بالبنية الجريبية ، وأشعار مجتمعة والتهاب خلوي غني بالخلايا المصورية .

**السير** : مزمن يمتد على مدى سنين وعقود .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الشكـل الموضع لالتهاب ما حول الجريبات الرأسي المشكل للخراجات والمحتفر .

**الإنذار** : سيء بالنسبة للشفاء ولتراجع الندبة . وقد ورد ذكر حدوث سرطانة وسفية الخلايا على هذه الندبات .

**المعالجة** : صعبة جداً .

*المعالجة الجهازية* : فقط إذا كانت ضرورية . تعطى الصادات لمدة طويلة حسب نتيجة التحسس الجرثومي . ويمكن أن يعطى الإيزوترتينوئين كما في العد المكبب .

*المعالجة الموضعية* : تُستأصـل الندبات الصغيرة بشكل كامل ، وتعـالج الندبات الكبيـرة بالاستئصـال وتطعيم الجلد بسماكة كاملة . ويمكن أن ترجع الندبات . تعطى المطهرات والصادات والصادات الموضعية إلى جانب الستيروئيدات . وتزرق الجدر الندبيـة بمعلقـات ستيروئيدية مثل التريامسينولون أسيتوناميد ١٠ ملغ ممددة بنسبة ١ : ٣ إلى ١ : ٥ بالمصل الفيزيولوجي الملحي أو بالمخدر الموضعي عدة مرات كل أسبوعين إلى أربع أسابيع ، وقد تفيد الجراحة القرية ، والجراحة بالليزر ، ونزع الأشعار الآلي أو نزع الأشعار بالأشعة السينية .

## التهـاب ما حول الجريـبات الرأسي المشكّل للخراجات والمحتـفـر Perifolliculitis Capitis Abscendens et Suffodiens [ Hoffmann 1908 ] :

*المرادفات* : مرض ضموري مع خصـل من الشعر ، التهـاب جريبات عميق مندب .

**التعريف** : هو مرض مزمن وخيم ومترقٍ مع نخر منتشر يشمل جميع المناطق المشعرة في الرأس والعنق . يصيب الذكور فقط المصابين بالمث الشديد ، ويصبح سير المرض أكثر شدة وخاصة بحدوث حـاصـة ندبيـة ، وسبـل جيبيـة ، وخراجات وخمج بالجراثيم سلبية الغرام .

**العـوامـل الممرضـة** : المكورات المقيحـة ، عادة العنقوديات المذهبة وأيضاً مختلف الجراثيم سلبية الغرام ونبيت الجلد الطبيعي.

**الحـدوث** : نـادر جـداً . يصـاب فقط الذكور فوق سن العشرين . ويشاهد عند جميع العروق .

**الإمراض** : غير معروف تماماً . يمكن أن يؤهب للإصابة بالشعر الثـابت Trichostasis تنفتح عدة جريبـات لأشعار نهائية في قمع جريبي واحد في الأدمة المتوسطة مؤدية إلى توسع فوهة القمع الجريبي الذي يصبح عرضـة للخمج . ويبـدي بعض المرضى أعراض العـد المكبب مع الثـلاثي العرضي العدي أو الرباعي العرضي العدي ( العد المقلوب ) على الفروة . إذا كان هناك ميل نحو تشكل ندبات ضخامية أو جدرية عندئذ يمكن أن يشبه المرض العد الجدري على العنق .

**الموجودات السريرية** : التهاب جريبات عميق يبدأ سواء على المناطق المشعرة من العنق أو على أي جزء من الفروة وغالباً ما يبدأ في عدة نقاط في آن واحد . تتحد عدة أجربة مجاورة مع بعضها . ويؤدي الالتهاب إلى تشكل حطاطات ثم خراجات مع تموج وحبيبـومات ويتم على أثرها فقد الأشعـار . تمتد السبـل الجيبية على مناطق متسعة من الفروة وتصل إلى الخوذة Galea . ويكون النخر المميع Colliquative غير مؤلم . يؤدي الضغط على الفـروة إلى خروج مفـرزات دموية وقيحيـة من فوهات النواسـير المتفرقة والمستورة بجلب . وتحدث ندبات ضمورية وندبات ضخامية ملساء مرتفعة . ويصبح مظهر الفروة بقعياً بوجود الحاصات البقعية . وتحدث فترات الرجعة بعد أسابيع إلى شهور . وأخيراً قد تصاب الفروة بأكملها ، ويترافق الداء عادة بالمث . ( راجع الشكل ٤ – ٧٧ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : غير نوعي ، يحدث التهاب منتشر يصل إلى الخوذة السفاقية مع تشكل خراجات ، والتهاب حبيبومي ، وتفاعلات متعددة ضد جسم أجنبي حول شدف الأشعار ، ونواسير بشروية وجيوب حاصة ندبية .

**السير** : مزمن وراجع لمدة سنين وعقود .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الجريبات ، خصل الشعر الوحمية الشكل الولادية على الرقبة ، العد الجدري دون التهاب قيحي .

**الإنذار** : يوضع بحذر بعد استمرار الخمج وعودته على مدى سنين ، ويحدث داء نشواني . لم يذكر حدوث إنتان دم .

**المعالجة** : غير مجدية . تعطى الصادات بشكل متكرر بعد إجراء التحسس الجرثومي بفترات قصيرة .

*المعالجة الجهازية :* يعطى الإيزوترتينوئين بمقدار ٠,٥ – ٢ ملغ/كغ من الوزن ولمدة ١٢ – ٢٠ أسبوعاً ، وقد شفي بعض المرضى . كما أعطيت نتائج جيدة بمعالجة العد المكبب . ويجب اعتبارها المعالجة النوعية ، وإلا تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي ، فقد تصبح الجراثيم سلبية الغرام هي المسببة للداء . يمكن المعالجة بالستيروئيدات لفترات قصيرة لإيقاف تشكل الخراجات مع الاستعمال المرافق للصادات . ومن الأهمية بمكان توفير الدعم النفسي للمريض .

*المعالجة الموضعية :* المطهرات والصادات حسب اختبار التحسس الجرثومي . يستعمل الشامبو الحاوي على السيلينيوم ثنائي السلفيد أو بيريتون التوتياء Zinc Pyrithion .

وتستعمل أحياناً كمادات فليمنكز Vleminckx الحارة . ويمكن نزع الأشعار آلياً إذا كان الداء قليل الانتشار . وقد أجري أيضاً نزع الأشعار العابر بالأشعة السينية . ويمكن أن تجرى جراحة رأبية باستئصال واسع للآفة مع تطعيم الجلد .

**الشَعيرة Hordeolum :**

*المرادفات :* Stye جُدْجُد . شحاد ، جنجل .

**التعريف** : التهاب جريبات وما حول جريبات الأهداب .

**الحدوث** : كثير المشاهدة وقد يكون أحد أعراض داء الدمامل .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، وغالباً ما تكون مقاومة للتتراسكلين .

**الإمراض** : يحدث الخمج بعد حك الأجفان ودخول المكورات المقيحة فيها . تكثر مشاهدة الشعيرة عند المرضى المصابين بداء الدمامل أو إكزيمة الأجفان ، وخاصة في الإكزيمة التأتبية .

**الموجودات السريرية** : في أغلب الأحيان يصاب جريب واحد مع الشعرة الناتئة منه . يشعر المريض أولاً بألم مزعج في الأجفان مع شعور بجسم أجنبي . ثم يحدث تورم مؤلم . يتحول بسرعة إلى بثرة حول الهدب . وقد تحدث أيضاً إكزيمة الأجفان . وعندما يصبح خراج الأجفان متموجاً ينبثق عفوياً ويتبعه الشفاء وبسرعة . وأحياناً تحدث عدة شعيرات بآن واحد أو واحدة تلو الأخرى مما يسبب داء الشَعِيرات في الأجفان (Hordeolosis) . يحدث هذا في الإكزيمة التأتبية ، أو الإكزيمة المثية ، أو وردية الوجه ، أو أمراض الأجفان الإكزيمية الأخرى مثل التهاب حواف الأجفان الإكزيمائي . ( راجع الشكل ٤ – ٧٨ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : خراج في الجريب .

**السير** : يحدث شفاء عفوي خلال بضعة أيام . ويحدث أحياناً شعيرات راجعة بشكل مزمن ومتكرر على مدى أسابيع أو أشهر .

**التشخيص التفريقي** : البردة والتهاب الجريبات الناجم عن الدويدية الجريبية .

**الإنذار** : حسن .

**المعالجة** :

*الموضعية :* بالرهميات الحاوية على الصادات وربما بعد اختبار التحسس الجرثومي ، كمادات حارة . يؤدي شق الخراج الناضج إلى إراحة المريض مباشرة .

**الدمل Furuncle :**

**التعريف** : تورم التهابي عميق مع تجمع قيحي مركزي ناجم عن خمج جريب أو عدة جريبات بالعنقوديات .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز .

**الحدوث** : مرض شائع وخاصة في عوز التصحح .

**الإمراض** : يحدث الخمج بالتلقيح الذاتي الذي يشمل نقل العامل الممرض من البلعوم الأنفي عند المريض أو بالانتقال الخارجي كما في الاستشفاء أو بالانتقال من شخص إلى آخر ، أو بواسطة الثياب الملوثة بالعنقوديات . تنفذ الجراثيم في الجريبات الشعرية وبخاصة الأشعار النهائية حيث تتكاثر وتحدث تبدلات التهابية حول الجريبات عن طريق خمائرها ( الاستراز ، البروتيناز ، الكولاجيناز ... ) وتتحرض الكريات البيض بالانجذاب الكيميائي محدثة خراجاً جريبياً . تحدث الدمامل والأخماج الأخرى بالعنقوديات وخاصة عند المرضى المصابين بالأمراض الضُمُورية Wasting Diseases أو بالاضطرابات الاستقلابية كالداء السكري أو عوز المناعة الخلطي والخلوي الولادي أو المكتسب كما في خمج HIV ، أو بعد المعالجة

الموضعية والداخلية بالستيروئيدات عند المرضى التأتبيين أو بعد المعالجة بموقفات الخلايا .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن يحدث الدمل في أي مكان من الجسم المشعر وخاصة على الرقبة ، والوجه ، والإبطين ، والأليتين ، والساعدين والساقين ، ( راجع الشكل ٤ ـ ٧٩ ) . ولا تحدث الدمامل على الراحتين والأخمصين . وتصاب مناطق الاحتكاك خاصة ، كما يصاب الدهليز الأنفي أو الأذن الخارجية وتشكل فوهة قمع الجراب الشعري باب دخول للجراثيم . ويبدأ الدمل بتشكل بثرة صفراء صغيرة جداً تتطور بسرعة إلى التهاب جريبات عميق والتهاب ما حول الجريبات . ويمتد الالتهاب مع تشكل الخراج والنخر إلى الأدمة وأحياناً إلى النسيج ما تحت الجلد . وثمة شعور متصاعد بالتوتر وبتشكل تورم التهابي حمامي مؤلم بالضغط . يكثر حدوث التهاب الأوعية اللمفية والتهاب العقد اللمفية المؤلم . كما يحدث ترفع حروري خفيف . يتشكل في مكان البثرة البدئية جلب صفراء بنية تدل على النخر النسجي ، ويصاب عدد كبير من الأشعار بالخراج ، وبعد بضعة أيام يحدث تجمع قيحي مركزي ويصبح الدمل في هذه المرحلة ناضجاً وبلغ حجمه النهائي . يكون اختبار التموج إيجابياً . وينتشر التميه إلى السطح وينبثق الدمل إلى الخارج ويخرج منه قيح أصفر . وتبدو نسج نخرية كسدادة محددة تبقى عالقة في جوف الخراج في البدء ثم تطرح بسبب التحدد الالتهابي بالكريات البيض . يغلق النسيج الحبيبي العيب النسجي . ثم يحدث الشفاء مع ندبة خفيفة يختلف امتدادها حسب حجم الدمل . يكون الدمل مؤلم قبل الانبثاق الخارجي وعندما ينفتح يزول الألم مباشرة .

*دمامل الأنف والشفة العلوية* ***Nasal and Upper Lip Furuncles*** : يتطلب التوضع التشريحي اهتماماً خاصاً . يكون الدمل خطراً إذا توضع فوق الموصل بين زاوية الفم وصيوان الأذن لأن منطقة النزح عبر الوريد الزاوي تمتد إلى الجيب الكهفي ويمكن أن تحدث خثارات خطرة ( صمامات جيبية ، والتهاب سحايا ) .

*دمل الشفة العلوية* : تحدث وذمة منتشرة رادفة Collateral في الوجه وتصبح فلغمونية بسرعة . يدل الترفع الحروري والعرواءات على إنتان الدم . ويجب تجنب عصر الآفة . هذا وإن خطر حدوث دمل بالجراثيم المقاومة للصادات نادر جداً .

*دمل الأنف* : تنجم الآفات غالباً عن نزع أشعار الأنف الآلي . لذا ينصح بقص شعر الأنف وليس نزعها .

*الدمال* ***Furunculosis*** : يحدث الدمال إذا أعقب الدمل دمامل أخرى وعلى مدى سنين ، وغالباً ما تنجم عن الخمج بالتماس . ويشاهد أحياناً أمراض مؤهبة للدمامل مثل الداء السكري الخفي أو الظاهر ، والتهاب الكلى المزمن ، والبدانة ، الدنف ، وحالات العوز المناعي البدئي أو الثانوي ، أو خلل بروتين الدم . وثمة حالات جلدية تؤهب للإصابة بالدمامل وخاصة عندما تصاب الطبقة المتقرنة التي تقي من الأخماج الجرثومية في سياق الجلادات التخريشية أو التسحجية كالجرب، والتهاب الجلد التأتبي ، والتهاب الجلد الحلئي الشكل أو القمال . يمكن أن يحدث الدمامل بالمعالجة الموضعية بالمراهم ، والقطران ، والستيروئيدات والعصائب المغلقة والثياب الرطبة التي تلتصق بالجلد .

**الأعراض** : الشعور بالتوتر ، تورم أحمر مع وذمة في النسج المحيطة ، تميه وألم حتى الانبثاق . ويمكن أن يحدث التهاب أوعية لمفية والتهاب عقد لمفية وأحياناً أعراض عامة .

**التشريح المرضي النسجي** : يتشكل خراج في الأدمة العلوية والمتوسطة والعميقة حول الجريب الشعري عادة . يشاهد في البدء تجبب خلوي بالعدلات ثم يشاهد نخر مركزي ، وتفاعلات حبيبومية ، والتهاب تليفي .

**السير** : تشفى الدمامل عادة دون اختلاطات ولكن تترك مكانها ندبة مركزية منخمصة . يشكل الدمل مرضاً خطراً جداً في بعض الأماكن التشريحية كالوجه مثلاً . وقد يستمر الدمال سنيناً .

**الإنذار** : جيد وتجب العناية الخاصة بالدمال إذا حدث على الوجه .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية* : يجب معالجة الدمامل على الوجه والدمامل الكبيرة التي قد تتحول إلى فلغمون بالصادات وبمقادير كبيرة . وإذا كان إجراء التحسس الجرثومي غير متوفر ، تبدأ المعالجة بالإريترومايسين أو البنسلين المقاوم للبنسليناز . ويفضل استعمال الكلوكساسلين ، والديكلوسلين وفلوكلوكساسلين ، لأن العامل الممرض بالدمامل غالباً ما يكون العنقوديات المذهبة المقاومة للبنسلين ، وهي غالباً حساسة للبنسلين المقاوم للبيتالاكتات أو السيفالوسبورينات الجديدة . وينبغي عدم استعمال التتراسكلين قبل إجراء التحسس بسبب إمكانية مقاومة العنقوديات للتتراسكلين . ويعطى الكلندامايسين أو السلفوناميدات مثل التريميتوبريم أو السلفاميتوكسازول فقط إذا أجرينا اختبار التحسس .

*المعالجة الموضعية* : يجب تثبيت ورفع مكان الإصابة . فإذا توضعت الدمامل على الوجه يجب أن تكون التغذية بأطعمة لينة ، وينبغي تجنب الكلام وعصر الدمل . قد يؤدي الضغط على الدمل إلى ترقي خطر الآفة . يفيد في البدء تطبيق ضمادات

مرضة بالمواد المضادة للجراثيم مثل الهيدروكسي كينولون ، و برمنغنات ، وسلفات التوتياء ، وسلفات النحاس ومركب بولي فينيل بيروليدون إيودايين . يعطى ٠,٥٪ كليوكينول في معجون التوتياء أو ستر المناطق المحيطية بدهون التوتياء ٠,٥ - ١٪ الحاوي على كليوكينول وذلك لتجنب حدوث خمج باللطاخة . ويجب أيضاً تنظيف الجلد حول الدمل مرتين يومياً بمحاليل كحولية ( حمض الصفصاف ٣ - ٥٪ في كحول ممدد ) . يمكن تطبيق مستحضرات لزجة تحتوي على الإكتامول (Ichthammol) على الدمل غير الناضج ثم تستر بضماد جاف ( قطن أو بودرة التوتياء ) لإحداث انبثاق مركزي . فإذا نضج الدمل يبدي تموجاً مركزياً واضحاً ويمكن شقه الأمر الذي يؤدي إلى راحة المريض مباشرة . أما طريقة شق الدمل السابقة بالشكل المتصالب فقد عفا عليها الزمن . ( راجع الشكل ٤ - ٨٠ ) .

يشكل الدمل على الشفة العلوية والأنف مضاد استطباب تام للمداخلة الجراحية وهو يتطلب الراحة في السرير ، وعدم التكلم ، وغذاءً سائلاً ، وضمادات رطبة وصادات موضعية وجهازية .

**الاتقاء** : يجب توضيح جميع العوامل المؤهبة للدمامل . إن التصحح ضروري جداً خاصة في الدمال . يجب تبديل جميع الثياب يومياً والتغيير المتكرر لشراشف الأسرة ، والاستحمام المتكرر باستعمال مطهرات هيدروكسي كينولين سلفات أو الكلورهيكزيدين غلوكونات . ومن المهم تغيير مناشف اليدين ومن الأفضل استعمال المناشف النبوذة Disposable Towels كما يجب قص أظفر اليدين . يطبق مرهم حمض الفوسيديك أو موبيروسين Mupirocin عند حاملي العنقوديات .

### الجمرة Carbuncle :

**التعريف** : هو الشكل الوخيم من الدمل وينجم عن الاتساع الكبير والتشكل الفلغموني للآفات الدملية ( راجع الشكل ٤ - ٨١ ) .

**العوامل الممرضة** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، وأحياناً العقديات أيضاً .

**الحدوث** : أقل مشاهدة من الدمامل يصيب الذكور بعد عمر ٤٠ سنة وخاصة على الرقبة أو الظهر .

**الإمراض** : كما في الدمل .

**الموجودات السريرية** : تشبه الجمرة الدمل في حدوثها في أي منطقة من الجلد المشعر . تميل الجمرة للتطور العنيف دون حدود . ويكون التهاب الهلل والمضاعفات الفلغمونية شديدة . تبدي منطقة واسعة كالرقبة بأكملها ارتشاحاً التهابياً مؤلماً جداً ، قاسياً ومرتفعاً . ويشاهد في نقاط متعددة منها تنخر قيحي مع نواسير شبيهة بقرص العسل وفي الحالات الشديدة تصبح المنطقة المرتشحة بأكملها نخرية ويمتد النخر إلى اللفافة .

**الأعراض** : تصاب الحالة العامة ، يشكو المريض من ضعف عام ، وترفع حروري ، وعرواء ، والتهاب أوعية لمفية والتهاب عقد لمفية . وهناك خطر حدوث إنتان دم .

**التشريح المرضي النسجي** : التهاب نمط خراجي يمتد إلى اللفافة وإلا فهو غير نوعي .

**السير** : يتبع المعالجة . وغالباً ما يستمر عدة أسابيع .

**التشخيص التفريقي** : الدمامل الكبيرة أو المتفاقمة Aggravated .

**الإنذار** : غير مؤكد حتى الآن بالمعالجة المناسبة .

**المعالجة** : يجب السيطرة على الأسباب المؤهبة .

*المعالجة الجهازية :* يعطى البنسلين المقاوم للبنسليناز أو صادات أخرى عن الطريق العام .

*أما المعالجة الموضعية :* فهي كمعالجة الدمل . استراحة في السرير . وتثبت المنطقة المصابة ويحتمل المداخلة الجراحية .

## تقيح الغدد العرقية Pyoderma of the Sweat Glands :

إن أمراض الغدد العرقية الناتجة الناجمة عن الجراثيم الإيجابية أو السلبية الغرام نادرة نسبياً ، بعكس الأجربة الشعرية التي تصاب بسهولة بالعنقوديات . ويتساءل البعض إن كان الخمج الجرثومي الحقيقي يصيب الغدد العرقية ، لأن أجزاء الغدد العرقية المتوضعة عميقاً في الأدمة لا تكون أبداً المكان البدئي لمرض جرثومي . لذلك كان تعبير التهاب الغدد العرقية غير مناسب . بينما تصاب القناة العرقية القاصية التي لها جزء لولبي ضمن البشرة وتتصل مباشرة معها . لا تصاب الغدد العرقية المفترزة أيضاً بصورة بدئية بالخمج الجرثومي ، ولا تصاب فوهات الغدد العرقية ولا أقنيتها ضمن البشرة بالتقيحات العقدية أو العنقودية . لذلك تهمل هذه التعابير مثل التهاب المسامات أو التهاب ما حول المسامات .

## التهاب الغدد العرقية القيحي Hidradenitis Suppurativa :

**التعريف** : هو التهاب مزمن نخري شبيه بالدمل ، يميل للتندب . يحدث في الإبطين والمناطق المغبنية وفي الجزء العلوي من الثنية الشرجية وفي الرُكَب وخاصة عند الرجال .

**العوامل الممرضة** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز

والجراثيم سلبية الغرام مثل المتقلبات ، الكلبسلات والإشريكيات القولونية كأخماج ثانوية .

**الحدوث** : نادر . وهو أكثر مشاهدة عند الرجال منه عند النساء . وغالباً ما يكون جزءاً من العد المكبب .

**الإمراض** : لم يثبت السبب والإمراض بشكل كامل . بينت الملاحظات السريرية أن هذه التبدلات الالتهابية الشديدة تحدث ضمن ثلاثية العد المكبب أو رباعيته ( العد المقلوب ) . يعزز المنشأ الجريبي الشعري الزهمي بتشكل الزؤان . وقد يكون الخمج وحيد العرض دون أية علامات للعد المكبب على الجذع . ويعتبر الإصابة بالجراثيم السلبية الغرام ظاهرة ثانوية . من العوامل المؤهبة للإصابة : البدانة ، والتعرق الشديد ، واحتكاك الثياب ، وحلق شعر الإبط ، والرهيات والمراهم المزيلة للشعر والقطران . ( راجع الشكل ٤ — ٨٢ ) .

**الموجودات السريرية** : تحدث آفات شبيهة بالدمامل في الإبط ، والمنطقة الأربية ، والصفن والشفر والركب . وقد يصيب الالتهاب العجان بأكمله وأخيراً المنطقة الأليوية بكاملها . وفي كثير من الأحيان توجد علامات الإصابة بالعد المكبب مع تندب وتشكل كيسات وجيوب مشعرة Pilonidal ونواسير وزؤان . قد تشاهد الصورة وحيدة العرض لخراجات في المنطقة الأربية أو الإبطية ، أو العجانية . ويحدث أولاً تورم التهابي في الجريبات الشعرية سطحي ومؤلم ثم يصبح بشكل تدريجي أكبر وأعمق وقاسياً ومؤلماً باللمس . يشاهد في عدة أماكن تنخر دملي الشكل مع تمزق عفوي وتنوسر ، ويخرج بعد شق الآفات قيح أصفر . فإذا كان السير حسناً يحدث تراجع عفوي . وإلا يمكن أن يتطور المرض بحدوث تورمات وخراجات جديدة دملية الشكل ، كما تتشكل نواسير وجيوب تمتد إلى اللفافات وتستمر لعدة سنوات وأحياناً مدى الحياة . ينتج عن هذه الآفات الالتهابية تشكل زؤان ثانوي ، ونواسير زؤانية ، وندبات ضخمة وانكماشات جلدية .

**الأعراض**.: تورمات دملية الشكل مؤلمة مع انكماشات جلدية مؤلمة وعجز وظيفي ، تترافق بارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة الكريات البيض ، ونقص حديد المصل وعلامات التهابية في رحلان البروتينات الكهربي .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد التهاب جريبات الأشعار النهائية وما حول الجريبات مع خراجات واسعة وعميقة . لا تصاب الغدد العرقية الناتحة والمفترزة بشكل بدئي ، ولكن قد تصاب بشكل ثانوي . ويمكن أن تمتد الخراجات إلى العضلات واللفافات في المنطقة الشرجية وما حول الشرج والمنطقة العجانية .

**التشخيص** : سهل سريرياً . يجب التحري عن الأعراض الأخرى للعد المكبب . وغالباً ما يشاهد زؤان في الإبط أو في الناحية الأربية .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن النواسير المشاهدة في داء كرون Crohn ، وداء الشعيات ، وحبيبومات الزركونيوم Zirconium .

**الإنذار** : سيء إذا كان المرض واسع الانتشار . ويمكن أن ينشأ على التقرح الالتهابي المزمن ( قرحة مارجولين Marjolin ) داء نشواني أو سرطانة وسفية الخلايا .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى الصادات بعد إجراء اختبار التحسس الجرثومي . يجب نفي الأخماج بالجراثيم سلبية الغرام . قد تتحسن الحالة بالمعالجة بالإيزوتريتينوئين ( حمض الريتنوئيك القرين ١٣ 13 — cis — Retionic Acid ) وخاصة إذا تشارك مع المعالجة الجراحية ( انظر العد المكبب ) .

*المعالجة الموضعية* : يجب تجفيف الثنيات الرطبة مع تطبيق المطهرات والصادات عدة مرات يومياً كاستعمال صباغ كاستيلاني أو البولي فينيل بيروليدين اليودي . يستحسن وقاية الجلد الطبيعي بمرهم كليوكينول ٠,٥٪ في الزنك أو محلول ٣ — ٥٪ حمض الصفصاف الكحولي . ثم تطبق الرهيات الحاوية على الصادات مع المراقبة الدائمة لفعاليتها بإجراء اختبار التحسس الجرثومي المتكرر . كما يجب استعمال المنظفات بلطف . يجب ألا تطبق المراهم أو الستيروئيدات موضعياً . ويجب شق الخراجات ويتم الشفاء بالتحبب .

*المعالجة الجراحية* : يجب استئصال السبل الجيبية والنواسير والندبات مع إجراء الطعوم الجلدية ، وأفضلها زرع الجلد الحر ، والتطعيم الشبكي Mesh Graft أو الشرائح الجلدية . ويفضل أحياناً شفاء الجروح بالمقصد الثاني بالتحبب وعودة التظهرن . يبدو أن الجراحة الباكرة بعد المعالجة بالإيزوتريتينوئين عن طريق الفم لمدة ٨ — ١٢ أسبوعاً هي المعالجة المفضلة . ويجب أن يدخل المريض إلى المستشفى عدة مرات للمعالجة الجراحية للمناطق التالية : الإبط ، والمنطقة الأربية ، والثنية الشرجية والعجان .

**الاتقاء Prophylaxis** : صعبة إذا كان هناك ميل نحو تشكل العد المقلوب . وإلا تكون إجراءات التصحح مفيدة : النظافة ، وتغيير الثياب المتكرر ، واستعمال البودرة ومضادات التعرق لتجفيف مناطق الثنيات الرطبة .

### خراجات الغدد العرقية المتعددة عند الولدان

### Multiple Sweat Gland Abscesses in Neonates :

**التعريف** : شكل نادر من تقيح الجلد ناجم عن العنقوديات

يصيب الولدان ناقصي المناعة ضد الأخماج .

**العامل الممرض** : العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز بشكل رئيسي .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : تحدث خراجات خمجية تتصل بالملحقات وليس بالضرورة الغدد العرقية . ويحدث الخمج بشكل رئيسي عند الولدان ناقصي التغذية وناقصي المقاومة المناعية إضافة إلى خلل بروتين الدم .

**الموجودات السريرية** : تحدث بشكل رئيسي في المنطقة الخلفية من الرأس والمنطقة الألوية أو في أي منطقة أخرى من الجسم . تتشكل حطاطات وعقيدات حمراء قانية متوضعة عميقاً وتنثقب بشكل عفوي محدثة قيحاً أصفر وتندباً . يبدأ المرض أحياناً كالقوباء الجريبية ثم تصيب النسج الجلدية محدثة سلسلة من الحطاطات الالتهابية ، ومن ثم تحدث الدمامل . تشاهد العقيدات النصف كروية بسهولة بسبب نقص تشكل النسيج الشحمي .

**السير** : حاد إلى تحت حاد .

**التشخيص** : يعتمد على الصورة السريرية والكشف عن العنقوديات .

**التشخيص التفريقي** : تذكرنا الصورة السريرية بالدمامل غير أن السدادة النخرية المركزة ليست موجودة هنا .

**الإنذار** : جيد .

**المعالجة** : يجب تحسين الحالة الصحية العامة .

*المعالجة الجهازية* : الصادات حسب اختبار التحسس الجرثومي .

*المعالجة الموضعية* : شق الخراجات المتموجة . الغسل بالمحاليل المبيدة للجراثيم مثل برمنغنات البوتاسيوم ، والمعالجة المضادة للجراثيم بعد التأكد من الكائنات الحية الممرضة واختبار مقاومتها . يعالج الجلد غير المصاب بالدهون الحاوية على ٠,٥٪ كليوكينول . وتجب العناية الفائقة بالجلد وتغيير الثياب المتكرر .

## الأمراض الناجمة عن العقديات Diseases Caused by Streptococci :

تلعب العقديات دوراً حقيقياً في التقيحات البدئية إلى جانب العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز والعنقوديات الأخرى . وأكثر العقديات مشاهدة هي العقديات الحالة للدم بيتا من زمرة آ . ويعتمد التصنيف المصلي للعقديات على تأثيرها على الكريات الحمر . ويمكن تمييز أربع زمر رئيسية من العقديات .

**العقديات المقيحة** : وهي عادة العقديات بيتا الحالة للدم وتحتوي على الحالّة الدموية ( الحالة العقدية ) التي تسبب انحلال دم - بيتا على الصفائح الحاوية على الدم - الآغار . اقترح لانسفليد Lancefield تصنيف العقديات بالنسبة للبنية المستضدية . وتعتبر المادة C ، وهي عديدة سكاريد متوضعة في جدار الخلية الجرثومية . القاعدة الأساسية لهذا التصنيف من زمر مستضدية من A إلى V . وتنتمي أكثر العقديات بيتا الحالة للدم الممرضة للإنسان إلى الزمرة A .

**العقديات الأخرى** : تحدث أنواع متعددة في هذه الزمرة انحلال دم - ألفا فهي ترجع الهيموغلوبين إلى صباغ أخضر ( العقديات ألفا الحالة للدم ) . تنتمي العقديات المخضرة Vinidans إلى النبيت الجرثومي الطبيعي للسبيل التنفسي . وقد تصبح ممرضة عندما تهاجم الدسامات القلبية المريضة أو الإصطناعية ( التهاب شغاف القلب الجرثومي الحاد ) ، والسحايا أو الغشاء المخاطي في السبيل البولي التناسلي على سبيل المثال .

**المكورات المعوية Enterococci** : ( العقدية البرازية ، لانسفيلد زمرة D ) تنتمي هذه المكورات إلى النبيت الجرثومي الطبيعي للسبيل المعوي ولكنها قد تحدث أعراضاً إذا دخلت إلى الدم أو إلى السحايا . وهي تسبب بعض أشكال التسمم الغذائي أيضاً .

**عقديات حمض اللبن Lactic Acid Streptococci** : وهي غير ممرضة . تشاهد غالباً في الحليب وهي التي تحوله إلى لبن رائب .

**العقديات الطافرة S. Mutans** : العقديات الخفيفة Mitis والعقديات ميتيور Mitior تشترك في إحداث نخرة الأسنان .

**وبئيات الأخماج بالعقديات من زمرة Epidemiology of A the Group A Streptococcal Infections** : يمكن أن تنتقل هذه العقديات بالتماس الصميمي بين المرضى والأشخاص المؤهبين . إن منابع المرض هي أخماج الطرق التنفسية العليا مثل التهاب البلعوم ، والتهاب اللوزتين أو الحمى القرمزية . يكون المرضى المصابون بآفات جلدية بالعقديات من زمرة A حاملين لهذه الجراثيم في الغشاء المخاطي البلعومي والذي يشكل منبعاً للخمج في المشافي مثلاً . وقد أنقص البنسلين من المَراضة Morbidity والموت من الخمج بالعقديات غير أنه يبقى احتمال حدوث جائحات محلية . إلى جانب النتائج المباشرة للخمج بالعقديات ( تقيح الجلد مثل الإكثيمة ، والحمرة ، والتهاب الهلل ، والتهاب الأوعية اللمفية ، والتهاب العقد اللمفية أو تجرثم الدم ) هناك نتائج مرضية متعددة متأخرة مثل الحمى الرثوية ، والتهاب كبيبات الكلى الحاد ، والحمامى العقدة ، والحمامى متعددة الأشكال ، والحمامى الحلقية الرثوية أو

التهاب الأوعية الأرجي . وتحدث المضاعفات المتأخرة بعد ١ ـ ٣ أسابيع من الخمج بالعقديات من زمرة A . تشاهد الحمى الرثوية بعد التهاب البلعوم في ٣٪ من الحالات ولكن ليس بعد الخمج الجلدي بالذراري المفوعة من العقديات زمرة A . وقد يحدث التهاب كبيبات الكلى بالعقديات زمرة A كلوية المنشأ من النمط المصلي ٤ ، ١٢ ، ١٨ ، ٢٥ التي تدخل من طرق بدئية مختلفة كالتهاب البلعوم ، وتقيح الجلد ، وخمج الجروح والمثال المعروف جيداً هو التهاب الكلى القوباني الذي يظهر بعد عدة أسابيع من الخمج القوباني . يحدث التهاب كبيبات الكلى الثانوي الناجم عن النمط ١٢ من العقديات زمرة A في أقل من ١٪ من الحالات .

**المناعيات Immunology** : ينتج جهاز المقاومة المناعية أضداداً نوعية ضد الإنظيمات المتعددة خارج الخلايا للعقديات A . يرتفع عيار أضداد الستربتوليزين O (AST) ويدل على الخمج بالعقديات . قد تكون الأضداد ضد DNAse **أكثر نوعية للأمراض الجلدية** . يترك الذيفان المحمر للحمى القرمزية مناعة بينما تكون جميع المناعات الأخرى بعد الخمج بالعقديات نوعية للنمط وليست نوعية للزمرة . وإذا حدث خمج جديد بنمط آخر من العقديات يحدث مرض جديد .

**الحُمرة Erysipelas :**

**التعريف** : مرض خمجي حاد وشائع في الجلد تسببه العقديات مع احمرار منتشر وتورم ، وحمى ، وعرواءات .

**العوامل الممرضة** : العقديات من زمرة A وبشكل أقل العقديات من زمرة G . وفي حالات نادرة تسبب العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز نفس الصورة السريرية . ( راجع الشكلين ٤ ـ ٨٣ و ٤ ـ ٨٤ ) .

**فترة الحضانة** : بضع ساعات إلى يومين .

**الإمراض** : تدخل الجراثيم عبر إصابة طفيفة في الجلد مثل التعطن بين الأباخس في السعفة القدمية ، والقرحة الفخذية ، وإصابة خفيفة في اليدين والقدمين أو الوجه أو عبر شقوق وسحجات في الأنف ( التهاب أنف مزمن ) ، وزوايا الفم ، وصيوان الأذن ( المذح خلف الأذنين أو الإكزيمة خلف الأذنين ) أو الصماخ السمعي الظاهر . كذلك كان الوجه هو المكان الانتقائي للإصابة بالحمرة بعد إصابة القسم السفلي من الساق . تأتي العقديات عادة من البلعوم الأنفي عند المريض . ويكون المرضى المصابون بالمتلازمة الكلائيّة مؤهبين للإصابة بالحمرة ، ينتشر الالتهاب بسرعة عبر الأوعية اللمفية . وقد تتورم العقد اللمفية الناحيّة وتصبح مؤلمة بالضغط . ويكون الخمج حاداً على الأغلب مع حمى وعرواءات ولا تتشكل مناعة .

**الموجودات السريرية** : يبدأ الخمج غير المتناظر فجأة بالتهاب جلدي حاد وتوتر وألم بالضغط . ويتشكل بسرعة احمرار واسع سطحي مع تورم وحدود واضحة . وتشاهد بقع التهابية شبيهة باللسان تمتد سريعاً بشكل غير منتظم . تكون المنطقة المصابة حارة ، ويختلف الانتشار المحيطي . قد ينشأ على الحمامى حويصلات صغيرة أو كبيرة ( الحمرة الحويصلية والفقاعية ) . وفي أشكال نادرة ، غير أنها خطرة ، بسبب تنخرها ( الحمرة المواتية ) والتي تشاهد في حالات نقص المناعة ، أو وجود العوامل المؤهبة كالسكري ، ووذمة الساق السفلية أو الاضطرابات الدورانية الشريانية . وأكثر الأشكال وخامة هي الحمرة الفلغمونية ( التهاب اللفافة الناخر ) لأن الالتهاب يمتد إلى النسج تحت الجلد مؤدياً إلى التهاب لفافة منتشر مع تشكل خراجات . ويمكن زرع العنقوديات في معظم الأحيان . وأكثر المناطق إصابة بهذا الشكل الوخيم هي الأجفان ( نخرة الأجفان ) ، والحجاج والأذن الوسطى . تكون الحمرة على الوجه أكثر شيوعاً وأكثر خطورة إذا بدأت على جسر الأنف وانتشرت جانبياً مؤدية إلى وذمة ثنائية الجانب في الأجفان . وقد تمتد إلى الحجاج وإلى الجيب السهمي مع خثار جيبي .

قد تحدث أتلام حمراء في التهاب الأوعية اللمفية ويمكن إيجاد تورم مؤلم في العقد اللمفية . قد تصيب الحمرة الغشاء المخاطي للأنف مثلاً بعد العمل الجراحي على الأنف وجوف الأنف . تكون الحمرة البلعومية خطرة مؤدية للموت بالوذمة المزمارية . تبدي الحمرة الفرجية تورماً كتلياً واحمراراً في الأشفار ، وتصبح أحياناً نخرية وقد تصبح حمرة القضيب المفوّعة مواتية أيضاً .

**الأعراض** : احمرار سطحي ومؤلم ، وتورم ، وترفع حروري ، والتهاب أوعية لمفية ، والتهاب العقد اللمفية مع حمى تصل إلى ٤٠ ° مئوية ، وعرواءات . تكون سرعة التثفل مرتفعة بشدة . وغالباً ما يوجد كثرة العدلات .

**التشريح المرضي** : التهاب حاد لا نوعي مع وجود كريات بيضاء متعددة النوى في الحويصلات والأحياز اللمفية .

**السير** : تشفى الحمرة بالمعالجة المناسبة دون مضاعفات . وتحدث الحمرة الراجعة غالباً في نفس المكان عدة مرات في السنة . وتنجم عن عودة الخمج الخارجي المنشأ أو عودة تفعيل الخمج الداخلي المنشأ . وغالباً ما تكون الرجعات أقل مشاهدة وتستمر لمدة يوم أو يومين فقط دون حمى ملحوظة : الحمى المجهضة أو المخففة **Abortive or Mitigated Erysipelas** .

**المضاعفات** : نذكر المضاعفات النادرة جداً كالتهاب القلب ، والتهاب الشغاف ، والتهاب التامور ، والتهاب كبيبات الكلى

وذات رئة . وقد ينجم عن الالتهاب المتكرر في الحمرة الراجعة نتائج وخيمة مع انسداد الأوعية اللمفية مما يؤدي إلى وذمة دائمة تؤدي بدورها إلى الفيل . يتضخم أسفل الساق ويصبح حجمه مرتين إلى ثلاث مرات الحجم الطبيعي وعجز ناجم عن ذلك . تتشكل ضخامة في الشفة بينما يبدي الجفن السفلي ثنيات في الجلد شبيهة بتهدل الجلد . ويشاهد على ظهر اليدين وذمة لمفية دائمة .

**التشخيص** : حمامى نموذجية مؤلمة مع عرواءات ، وترفع حروري حتى ٤٠° مئوية وكثرة الكريات البيض . قد يفيد الكشف عن العقديات زمرة A من البلعوم الأنفي . ومن الصعب عزل العنقوديات من الحمرة نفسها . وأحسن ما يمكن عمله هو إجراء محضّر من العصارة بعد التشطيب أو أخذ الخزعة من محيط الحمرة ، أو بزرق ورشف مصل ملحي فيزيولوجي عقيم وزرع السائل المرتشف . ويرتفع عيار الأضداد ضد الحالة العقدية (AST) بعد ٧ - ١٠ أيام .

**التشخيص التفريقي** : تفرق الحمرة عن التهاب الجلد بالتماس الحاد مع حويصلاته ، حيث تفقد الحرارة ولا ترتفع سرعة التثفل ، ويشاهد عادة آفات لالتهاب الجلد بالتماس في مناطق أخرى . ومن الصعب تفريق الحمرة عن داء المنطقة وشيك الحدوث . وتحدث الحمرانية على اليدين ، من المهم معرفة عمل المريض ( كصيد السمك مثلاً ) ، حيث لا تحدث حمى وتبدو الآفات الجلدية حمراء مزرقة بينما يكون السير أقل سمية . وقد تبدي الوذمة الوعائية العصبية ( وذمة كونيكة ) بعض أعراض شبيهة بأعراض الحمرة ولكنها لا تترافق بالحمامى وبالحمى .

**الإنذار** : من النادر حدوث تجرثم دم مترافق بإنتان وتشكل خراجات في أعضاء مختلفة لأن المعالجة المناسبة بالصادات متوفرة وتعطى مباشرة . إن الأطفال الصغار والشيوخ والمرضى الذين لديهم عوامل مؤهبة ( السكري أو نقص المناعة البدئي أو الثانوي ... ) هم وحدهم يبدون مضاعفات ويكون الإنذار جيداً إذا عولجت الحمرة مباشرة ولكن يجب الحذر في وضع الإنذار في الإصابة بالحمرة في بعض المناطق كالوجه والحنجرة والأعضاء التناسلية ، أو مع تنخر شديد أو أمراض شريانية انسدادية .

**المعالجة** : من الهام جداً الراحة في السرير ورفع الطرف المصاب . يجب عدم التكلم إذا كانت الحمرة على الوجه . ويسمح بالمأكولات اللينة فقط .

*المعالجة الجهازية* : تستجيب العقديات المسببة للحمرة للمعالجة الدوائية بالصادات . والبنسلين هو الدواء المنتخب . ومن الأحسن معالجة الحمرة الشديدة بالبنسلين بمقادير عالية زرقاً عضلياً أو وريدياً . وإذا حصل الشك بالعنقوديات كسبب للحمرة تعطى الصادات المقاومة للبنسليناز وفي حال عدم تحمل البنسلين يمكن إعطاء السلفوناميد ، والكوتريموكسازول أو الإريترومايسين وبجرعات مناسبة .

*المعالجة الموضعية* : ضمادات مرطبة بالماء تبدل كل ساعتين وقد نضيف مطهرات مثل الكليوكينول سلفات أو برمنغنات البوتاسيوم أو سلفات الزنك - سلفات النحاس . أو الآمونيوم ثيومينوسلفات الممدد . ويمكن استعمال الرهيمات الحاوية على الصادات أو الكليوكينول أو الزنك . وإذا كان ثمة ميل لحدوث الموات يجب أخذ التدابير الحالة للنخرة Necrolytic أو اللجوء إلى التنضير الجراحي . ويجب معالجة باب الدخول في نفس الوقت مثل السعفة القدمية في حمرة الساق ، والشقوق في زوايا الفم وفوهة الأنف في حمرة الوجه ، والشقوق في شحمة الأذن في حمرة الأذن . يمكن استعمال الرهيمات الحاوية على الصادات والأصبغة ( صباغ كاستيلاني ) ويجب إبقاء مناطق الثنيات جافة .

**الاتقاء** : يمكن الاتقاء من الحمرة الراجعة بإزالة جميع الآفات الجلدية التي قد تكون باب دخول الجراثيم . وأهم مشكلة هي السعفة القدمية مع التعطن بين الأباخس في حمرة الساق ، ولهذا السبب كانت المعالجة المضادة للفطور ضرورية . تتطلب الوذمة الخفيفة في الساق وضع عصائب ضاغطة . ويعطى البنسلين المديد للاتقاء من عودة الخمج بالعقديات وخاصة في المنطقة الأنفية البلعومية . يعطى ١,٢ × ١٠^٦ وحدة دولية من البنزاتين بنسلين زرقاً عضلياً كل ثلاثة أسابيع ولعدة أشهر . قد يساعدإعطاء البنسلين عن طريق الفم ولمدة أسبوع كل شهر كما في الحمى الرثوية . ومن المهم إعطاء التعليمات حول التصحح الجيد مع استعمال الصوابين المطهرة أو المنظفات .

### التهاب الهلل Cellulitis :

كان الخمج الجرثومي الحاد المنتشر يعد دائماً مساوياً للشكل العميق والمتعمم من الحمرة . وغالباً ما تسمح حالة عوز المناعة للكائنات الحية غير الشائعة بإحداث التهاب الهلل . وذكرت حوادث من التهاب الهلل بالعقديات زمرة B وحديثاً بالعقديات زمرة Non - A - Non B كما ذكر وجود الجراثيم النزلية المحبة للدم Haemophilus Influenzae وهي جراثيم سلبية الغرام في التهاب الهلل في الأطراف عند الأطفال . ويحتاج الكشف عن هذه الجراثيم إلى الخزعة والزرع كما يجب معايرة مضاد الحالة العقدية .

### الإكثيمة Ecthyma :

**التعريف** : هو مرض جرثومي يبدأ بنفس طريقة القوباء ببثرة كبيرة ثم يؤدي إلى تنخر جلدي عميق وتقيح جلد تقرحي . ( راجع الشكل ٤ - ٨٥ ) .

**الحدوث** : يحدث بشكل شائع في المناطق المدارية وتحت المدارية مع تغذية سيئة وتصحح غير كافٍ .

**العوامل الممرضة** : العقديات زمرة A .

**الإمراض** : تغزو العقديات الجلد من خلال عيوب بسيطة . والعوامل المساعدة هي : التصحح السيء في مكان العمل الرطب والحار ، وظروف المعارك عند الجنود . والخمج الثانوي للآفات الإكزيمية والجربية . إلى جانب ذلك ، قد يؤهب القصور الوريدي المزمن والتهاب الجلد إلى حدوث إكثيمة متعددة . تشفى التقرحات تاركة تندباً جدري الشكل . وقد يكون من العوامل المؤهبة للإكثيمة : سوء التغذية ، ونقص التغذية أو نقص البروتينات . تصل الأمراض الخمجية السطحية إلى النسج العميقة عندما تنقص قدرة الجلد المناعية ، كما في الاضطرابات الدورانية في زراق النهايات على الساق التي يساعد على ظهورها البرد والرطوبة . لذا يجب التفتيش عن العوامل المساعدة في حال الإصابة بالإكثيمة .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض كما هو الحال في القوباء الفقاعية ، غير أن ذلك يحدث على جلد ملتهب . يكون المرض مقتصراً على البشرة ولكن قد يمتد بسرعة إلى الأدمة . فينجم عن ذلك قرحة نخرية محددة ومستورة بجلب جافة متسخة صفراء رمادية اللون . إلى جانب ذلك ، قد يشاهد التهاب أوعية لمفية والتهاب عقد لمفية أو التهاب وريد . وإن المنطقة المنتقاة هي الساق كما في الرضح المتكرر أثناء العمل ، ولكن قد تصاب أي منطقة في الجسم وخاصة عند الأطفال سيئي التغذية الذين يصابون بعد رض خفيف جداً أو بعد لدغ الحشرات في الساق السفلية . تشفى الإكثيمة تاركة ندبة مع فرط تصبغ أو نقص تصبغ .

**السير** : الشفاء العفوي نادر ، ويحدث عادة بعد عدة أسابيع وأحياناً بعد عدة أشهر . ومن العلامات المميزة تشكل نسيج حبيبي وتندب مع فرط تصبغ محيطي .

**الإنذار** : مرض مزمن يشفى بعد سير طويل ، وقد يشاهد التهاب كبيبات الكلى .

**التشخيص التفريقي** : الإفرنجيات الثانوية القرحية ، والإفرنجي الخبيث ، والصمغة المتقرحة ، أو الحمامى الجاسئة أو الآفات الشبيهة بالإكثيمة في إنتان الدم بالزوائف .

**المعالجة** : يطبق أولاً ضمادات مرطبة بمحلول نترات الفضة ( ٠١٪ – ١٪ ) أو بمحلول برمنغنات البوتاسيوم . ثم يجرى إنضار للآفة وتطبق مراهم الصادات . قد يفيد دهن المناطق المحيطية بمعجون الزنك الحاوي على ٠,٥٪ كليوكينول للاتقاء . وتتطابق معالجة الإكثيمة مع قواعد معالجة القرحة واختبار التحسس الجرثومي . وتستعمل العصائب الضاغطة إذا توضعت الآفات على الساق . لا تميل الإكثيمة إلى الشفاء إلا إذا أزلنا العوامل المرضية المسببة ( الحالة العامة ، وعوز البروتينات ، والاضطرابات الدورانية ) وقد يكون من الضروري المعالجة بالصادات الجهازية .

**الأشكال الخاصة للإكثيمة** : هي القرحة الخندقية عند الجنود ، القرحة الصحراوية وعدة حالات من القرحة المدارية .

## الإكثيمة المواتية الثاقبة Ecthyma Gangraenosum Terebrans :

هي تقيح جلد قرحي يشاهد عند الولدان وصغار الأطفال ضعيفي المقاومة ، ويشاهد أحياناً فقط عند الكهول معوزي المناعة . تتشكل البثرات في أي منطقة من الجسم ، وتتسع بسرعة وتجتمع مع بعضها مؤدية إلى تقرح نخري واسع . تترافق بأعراض مجموعية كالحمى والتوعك وإذا لم تعالج تؤدي إلى إنتان الدم والموت .

**العوامل الممرضة** : لا تشاهد الجراثيم المقيحة فقط بل تشاهد المقيحات الزرق Pyocyaneus والمتقلبات والإشريكية الكولونية وكائنات حية دقيقة أخرى كما في الظروف المواتية الأخرى المماثلة . ويعتقد بعض المؤلفين أن الزائفة الزنجارية هي الممرضة .

**الإنذار** : جيد إذا أعطيت الصادات .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى الصادات بكميات كبيرة بعد إجراء التحسس الجرثومي . وقد يعطى الغاماغلوبولين وفي الحالات الشديدة تشرك المعالجة بالستيروئيدات .

*المعالجة الموضعية* : كما في الإكثيمة .

## الفلغمون Phlegmon :

**التعريف** : هو مرض خمجي جرثومي في الجلد والنسج تحته مع سير شديد . يمتد الالتهاب عميقاً وينتشر بشكل واسع كما ينتقل إلى اللفافة ، والعضلات والأعصاب مع ميل للتنخر .

**العوامل الممرضة** : عادة العنقوديات المذهبة إيجابية الكوغولاز عادة ، والعقديات زمرة A أحياناً .

**الإمراض** : قد تدخل الجراثيم إلى النسج تحت الجلد بعد رضوض خفيفة أو تالية للحمرة أو الزرق العضلي غير العقيم ، أو في منطقة الجروح المخموجة أو في حال التهاب الوريد الخثاري . ويؤدي كل ذلك إلى التهاب حاد ممتد ومنتشر مع خراجات ويليه إنتان دم ويترافق ذلك بتوعك شديد ، وعرواءات وحمى عالية .

**الموجودات السريرية** : تظهر أولاً منطقة التهابية محددة تشبه الحمرة غير أنها تتوضع بشكل أعمق في طبقات الجلد ويعرف ذلك بسبب التشلم الأحمر للوذمة الالتهابية المتشكلة ، يكون اللون أحمر مزرقاً بينما يبدو الجلد ضمورياً ولماعاً بسبب الوذمة الشديدة ، ويكون المرض مؤلماً جداً . تحدث أعراض عادة متعددة . ويتفكك النسيج الضام وتصبح العضلات متنخرة . تتشكل الخراجات غالباً في النسيج ما تحت الجلد وقد تنبثق عبر الجلد . ويحدث بسرعة التهاب أوعية لمفية والتهاب العقد اللمفية . ومن الممكن حدوث التهاب وريد خثاري وإنتان مع أعراض مجموعية .

**الأعراض** : التهاب شبيه بالحمرة ، ووذمة التهابية طرية ، وخراجات مع ميل للانتشار عميقاً ، والتهاب أوعية لمفية والتهاب العقد اللمفية وحمى ، تكون علامات الالتهاب الكلاسيكية موجودة : إحمرار ، وحرارة ، وتحدد الحركة أحياناً ، وحمى عالية وارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة عدلات الدم الشديدة .

**التشخيص** : يحدد سريرياً .

**الإنذار** : يجب وضع الإنذار بحذر رغم بدء المعالجة الباكرة ويؤخذ بعين الاعتبار عمر المريض وحالته العامة ، ومكان الإصابة والعوامل المرضة .

ويُعدّ فلغمون قاع الفم وفلغمون غمد الأوتار من الأشكال الوخيمة .

**المعالجة** : يجب إجراء اختبار التحسس بالصادات بالسرعة الممكنة . تعطى البنسلينات المقاومة للبنسيليناز بمقادير عالية كالأوكساسلين وديكلوكساسلين والفلوكلوكساسلين أو السيفالوسبورين . ونلجأ أيضاً للمعالجة الموضعية العرضية باستعمال الضمادات الرطبة ومناطرة الخثار . يجب إجراء استشارة جراحية في جميع حالات الالتهاب الفلغموني ، إذ غالباً ما تتطلب الحالة مداخلة جراحية باكرة ، وينبغي الخلود إلى الراحة التامة في السرير مع تثبيت الناحية المصابة من الجسم .

### الفلغمون الجاسىء Indurated Phlegmon :

*المرادفات : الفلغمون الخشبي ، ذباح لودفيغ .*

**التعريف** : هو ارتشاح في الجلد وتحت الجلد أحمر مزرق قاس ومؤلم بشكل خفيف في منطقة الرقبة غالباً ، وعلى الوجه أو على الجذع أحياناً دون ميل خاص نحو النخر القيحي ، يصيب الرجال المسنين ذوي الحالة العامة السيئة . وبما أنه لا يمكن عزل العوامل الممرضة النوعية يجب أن نعزو هذه الحالة إلى حالة نقص المناعة عند المرضى . ( راجع الشكل ٤ – ٨٦ ) .

**السير** : تحت حاد أو مزمن .

**المعالجة** : الصادات واسعة الطيف وخاصة البنسلين المقاوم للبنسليناز والسيفالوسبورين .

**التهاب اللفافة المتنخر Necrotizing Fasciitis** : وهو التهاب فلغموني وخيم جداً ونادر . يمتد الالتهاب النخري الحاد تحت الجلد إلى اللفافات . وثمة خطر من انتشار الالتهاب إلى المفاصل الكبيرة ليشمل الأوعية والأعصاب .

يجب إجراء الزرع للخمج اللاهوائي والتهاب الهلل بالمطثيات ، وتصاب الأوعية بالخثار .

**المعالجة** : الشق الجراحي الواسع والمباشر وتنضير الآفة والمعالجة بالصادات بعد إجراء اختبار التحسس الجرثومي الدوائي .

### الموات بالعقديات Streptococcal Gangrene :

**التعريف** : الموات الناجم عن العقديات زمرة A هو مرض خطر ونسبة حدوث الموت فيه عالية . ويحدث النخر المواتي بشكل سريع وخاطف .

**العامل الممرض** : العقديات زمرة A .

**الحدوث** : نادر .

**الإمراض** : قد تشكل الجروح المتعطنة والجراحية والزرق باباً لدخول الجراثيم . ويُعدّ الموات أحد الأشكال الوخيمة للحمرة مع انتشار سريع في العمق وتنخر الجلد .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض كما في الحمرة أو الفلغمون على أحد الأطراف عادة ، ويتطور بسرعة خلال ١ – ٣ أيام . يبدو جلد المنطقة المصابة أحمر مزرقاً قاتماً وتتشكل بسرعة حويصلات صغيرة أو فقاعات نزفية ثم يحدث نخر أسود نزفي كما في حروق الدرجة الثالثة .

**الأعراض** : مرض شبيه بالحمرة مع انتشار في العمق ونخر جلد وحمى وكثرة الكريات البيض . ويترافق غالباً بمرض آخر ( سرطانة أو لمفوم ... ) .

**السير** : يمتد الموات موضعياً . وقد تحدث آفات إنتانية انتقالية بسبب تجرثم الدم . وفي هذه المرحلة قد تترافق العقديات زمرة A مع الجراثيم سلبية الغرام التي قد تحدث صدمة سمية .

**الإنذار** : غير مؤكد حتى بالمعالجة الجيدة بالصادات .

**التشخيص التفريقي** : الحمرة ، الفلغمون وإنتان الدم .

**المعالجة** : يجب مراقبة المريض باهتمام مع الإشراف الجراحي والمعالجة المناسبة بالصادات .

### الأخماج الجلدية الثانوية الناجمة عن العقديات Secondary Skin Infection Due to Streptococci :

**التعريف** : قد تسبب العقديات زمرة A سلسلة من الأمراض

تحدث على الجلد الطبيعي أو على آفات الجلد الموجودة . وسنذكرها هنا باختصار .

- التهاب شغاف القلب الجرثومي تحت الحاد مع إصابة الجلد بنزوف حبرية صغيرة .
- نزوف شَظِيّة تحت الظفر مع التهاب شغاف القلب الجرثومي تحت الحاد .
- عقيدات أوسلر مع التهاب شغاف القلب تحت الحاد بالعقديات المُخضِرة وعوامل ممرضة أخرى كالعنقوديات المذهبة . تحدث أحياناً بشكل مجموعات من مئات من العقيدات النزفية الصغيرة وقد يصل قطرها إلى ٥ مم ، وتكون حمراء اللون ملتهبة ومؤلمة وهي على الأغلب تشبه الآفات الشروية وقد يكون مركزها مبيضاً . تصيب بشكل انتقائي ذرى الأصابع والأباخس مع إصابة الرانفة والضَّرّة ، لكن قد تصيب الساعدين والساقين أيضاً . إن حدوثها بشكل مجموعات هو وصفي . تستمر عقيدات أوسلر لبضعة أيام ويبدي التشريح المرضي التهاب أوعية .
- بقع جين واي Janeway's Macules : تحدث على الراحتين والأخمصين آفات وحطاطات وعقيدات صغيرة حمامية نزفية . تشاهد في التهاب شغاف القلب الجرثومي تحت الحاد وأيضاً في التهاب شغاف القلب الحاد ( تسببه غالباً العنقوديات المذهبة وبشكل أقل العقديات) . وتكون بقع جين واي متعددة ولكنها غير مؤلمة بعكس عقيدات أوسلر .

## تبدلات الجلد الأرجية المحدثة بالعقديات زمرة A
## Allergic Skin Changes Produced py Group A Streptococci :

**التعريف** : يحدث بعد أسبوعين إلى أربع أسابيع من خمج العقديات الحاد وخاصة في البلعوم والطرق التنفسية العليا ، جلادات من المرجح أن تكون من منشأ أرجي خمجي :

- الحمامى العقدة والحمامى عديدة الأشكال ، والتهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض ، والحمامى الرثوية .
- الفرفرية الخاطفة .
- سوْرَة الصدف ، من النمط الطفحي النقطي عادة .

## تقيح الجلد المزمن Chronic Pyodermas :

وهو تقيح في الجلد ليس له علاقة بملحقات الجلد بشكل خاص . وقد تصبح بعض حالات تقيح الجلد ضمورية وبالتالي تشبه سل الجلد ( السل الكمئي الساعي ) أو الفطارات ( داء الشعريات المبوغة ، والفطار البرعمي ) أو الجلاد البرومي .

## تقيح الجلد التنبتي Pyoderma Vegetans [ Nanta and Bazex 1937 ] :

*المرادفات :* التهاب الجلد التنبتي المزمن ، وتقيح الجلد التنبتي والثؤلولي .

**التعريف** : هو مرض جرثومي مكتسب من منشأ داخلي ، يبدو سريرياً كقرحة مزمنة مع تكاثر حليمومي في الجرح ، يمكن تقسيمه إلى تقيح الجلد الحليمومي المزمن وتقيح الجلد التقرحي المزمن .

**العوامل الممرضة** : العقديات بيتا الحالة للدم من زمرة A ، العنقوديات المذهبة ، ونادراً الجراثيم سلبية الغرام أو النبيت المختلط .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : ينشأ من الأشكال الخفيفة من تقيح الجلد أو الجروح المخموجة أو التقرحات . تؤدي المعالجة بالمراهم الدهنية مثلاً ولمدة طويلة إلى زيادة مستمرة في الالتهاب عوضاً عن تراجع الآفة كما تؤدي إلى تبدل تقيح الجلد . وقد ينجم تقيح الجلد التنبتي المزمن عن المعالجة السيئة .

**الموجودات السريرية** : إن الأطراف هي المناطق الانتقائية ، ويبدأ تقيح الجلد التنبتي من محيط الآفة البدئية للخمج . تتشكل ارتشاحات حمراء شاحبة وتظهر بثرات عليها . كما تتشكل مناطق صغيرة أو كبيرة من النخر مع تقرحات غير متقطعة ونواسير أو حويصلات . وتتشكل أيضاً ضمن هذه المنطقة المرتشحة والملتهبة تنبتات نسيجية تكاثرية حليمومية وثؤلولية تستر بجلبات وبمفرزات قيحية . يمكن عصر مفرزات قيحية مصلية من أجواف النواسير . ويشاهد تقيح الجلد التنبتي عادة في بؤرة وحيدة ونادراً ما يشاهد في أكثر من بؤرة . يتراوح قطر البؤر بين ١ - ١٥ سم . تحدث ندبة ضمورية غير منتظمة مع ندبات مرتفعة وحبلية الشكل .

**السير** : يستمر لمدة أشهر أو سنين دون ميل نحو الشفاء العفوي .

**التشخيص التفريقي** : تقيح الجلد المواتي ، والجلد البرومي الحدبي ، والورام الحليمي الجلدي السرطاوي ، والسل ، ( الفطار البرعمي ، وداء الشعريات المبوغة ) وداء الشعيات وداء النوكارديات Nocardiasis وتقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي ، والفقاع والفقاعاني التنبتيان .

**الإنذار** : صعب تحديده .

**المعالجة** : .

*المعالجة الجهازية :* تعطى الصادات بعد إجراء التحسس الجرثومي .

المعالجة الموضعية : تجنب وضع المراهم . استعمال الضمادات المرطبة بالمحاليل المطهرة . تنضير النسج المريضة بالمجرفة أو بالمشرط أو بالتخثير الكهربي إذا لزم الأمر . تستعمل بعد الجراحة ضمادات مرطبة بالمطهّرات أو نترات الفضة ١/١٠٠٠ ثم يوضع رهيم غير دهني مع إضافة المطهرات أو الصادات وأيضاً السيتروئيدات لفترة قصيرة : يجرى اختبار مقاومة الجراثيم للصادات باستمرار وبانتظام . فإذا فشلت المعالجة وجب إزالة المنطقة المؤوفة جراحياً ويجري تطعيم الجلد بعد تحييه .

**الأشكال الخاصة** : **تقيح الجلد التبتي لآزو Pyodermite Végétante Azua [ Azua 1894 ]** :

تكاثر حليمومي مع فرط تنسج بشروي سرطاني كاذب وهذا من المظاهر السريرية الواضحة كما في تقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي يصنف بعض أطباء الجلد هذا المرض مع السرطاوي الحليمومي الجلدي ( Cottron ) .

**تقيح الجلد التقرحي الساعي Pyoderma Ulcerosa Serpiginosa** :

*المرادفات* : التهاب جلد قرحي .

**التعريف** : تقيح جلد مع صفات شكليائية لتقيح الجلد التنبتي المزمن .

**العوامل المرضة** : العنقوديات المذهبة عادة والعقديات أو نبيت مختلط أيضاً .

**الحدوث** : نادر جداً وغالباً عند الذكور .

**الإمراض** : يوجد تشابه بين هذا المرض وتقيح الجلد التنبتي ، غالباً ما يصيب المسنين المضعفين والمرضى المدنفين ( عوز المناعة الثانوي ) .

**الموجودات السريرية** : يفرّق هذا الجلاد عن التهاب الجلد التنبتي بشكل رئيسي بصفاته الشكليائية ( المورفولوجية ) . تتوضع آفات متعددة عادة على الجذع . ويشاهد أولاً ارتشاح أحمر بقطر ١ سم مملوء بالبثرات ، يتحول إلى تقرحات صغيرة مستورة بجلب ، ثم تمتد الآفة مع نمو محيطي وشفاء مركزي مؤدية إلى ندبة ضمورية كما في الإفرنجي الآجل ولا يوجد عادة ترفع حروري .

**السير** : مدة أشهر .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها في البدء عن الإفرنجيات الحديثة الساعية . يمكن نفي الإفرنجي الثالثي بالاختبارات المصلية وبالمعالجة الملطفة بالبوتاسيوم اليودي . ويمكن أن يظهر تقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي بمظهر تقيح الجلد التقرحي الساعي . ويجب تفريقه أيضاً عن تقيح الجلد المواتي . يجب التفتيش عن نظائر البروتينات في الدم **Paraproteinemia** .

**المعالجة** : غالباً ما تفشل المعالجة بالصادات . ومن الضروري تكرار إجراء اختبار التحسس الجرثومي للصادات . ومن المهم جداً تحسين الحالةالعامة للمريض ومعالجة الأمراض الأخرى المرافقة .

**تقيح الجلد القرحي الشكل Chancriform Pyoderma** :

**التعريف** : هو تقيح جلد يشبه الآفة البدئية للإفرنجي ( القرح ) .

**العوامل الممرضة** : غالباً العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز وجراثيم أخرى .

**الموجودات السريرية** : يتوضع بشكل رئيسي حول الذقن وخاصة على الشفة السفلى وقد يتوضع أيضاً على الأجفان ، والوجنتين ، والأليتين ، والأعضاء التناسلية ، ويحدث عقيدة قاسية ملتهبة بأحجام مختلفة مرتفعة يمكن جس حوافها المحددة . تتآكل أو تتقرح أو تصبح مستورة بجلب على سطح الجلد ، وغالباً ما تتواجد عقدة لمفية صغيرة ومؤلمة أو أكثر في الناحية المصابة . ولا يعرف تماماً منشأ هذا الشكل من تقيح الجلد ، ( راجع الشكل ٤ — ٨٧ ) .

**التشخيص التفريقي** : القرح الصلب في الإفرنجي ، والقرح اللين والجمرة الخبيثة إذا حدثت الجلب مركزياً .

**المعالجة** : .

*المعالجة الجهازية* : الصادات حسب اختبار الزرع والتحسس الجرثومي .

*المعالجة الموضعية* : ضمادات مرطبة بالمحاليل المطهرة ، والرهيات الحاوية على الصادات ولكن لا نطبق المراهم الدهنية .

**العد النخري Acne Necrotica** :

*المرادفات* : العد الجدري الشكل .

**التعريف** : مرض مزمن مع آفات حطاطية وسفية تتوضع على الفروة والوجه . وتترك بعد شفائها ندبات جدرية الشكل . لا يوجد علاقة لهذا الداء مع العد الشائع ( راجع الشكل ٤ — ٨٨ ) .

**العامل الممرض** : يشك بدور العقديات البشروية أو الجراثيم البربيونية العدية .

**الحدوث** : إن الشكل المزمن من المرض نادر جداً . ولم يثبت دور العوامل المحيطية والوراثة بشكل نهائي ، يشكو المرضى المصابون بهذا الداء من المث .

**الإمراض** : غير مفهوم تماماً . توحي الاستجابة للمعالجة المضادة للجراثيم مع وجود العقديات والعنقوديات أن هذه الجراثيم تلعب دوراً في إحداث المرض ، وتوحي أيضاً بأن العد النخري هو شكل خاص من تقيح الجلد . ولكن يكون الزرع غالباً سلبياً أو إيجابياً فقط بالنسبة للعنقوديات البشروية .

**الموجودات السريرية** : إن المناطق الانتقائية هي المناطق المثية من الجلد على الفروة ، والوجه ، والصدر والظهر . تصاب الفروة بشكل رئيسي ، ولكن في بعض الأحيان تصاب منطقة خط الشعر فقط . ويحدث توزع مشابه حول منطقة الصلع عند الرجل الأصلع .

تكون الآفات خفيفة يصل قطرها إلى ٢ ـ ٣ مم ، وتبدو كحطاطة قاسية ملتهبة حمراء تتحول بسرعة إلى آفة نخرية في المركز . الآفة الحطاطية النخرية . ويشاهد أحياناً شريط ضيق من الحمامى . ويكون لون الجلبة المركزية بنياً مصفراً وعلى الأغلب أحمراً غامقاً ( النخر النزفي ) . تبقى الجلبة ملتصقة لمدة طويلة ، ثم تسقط تاركة ندبة جدرية الشكل ومن هنا التسمية : العد الجدري الشكل ، وقد تزيد التآكلات من وخامة المرض ، ويدل توزع الندبات النموذجية مدى الحياة على الإصابة السابقة بالعد النخري .

**الأعراض** : العرض الأكثر ظهوراً هو الحكة .

**التشريح المرضي** : يبدي خراجاً جريبياً مع رشاحة لمفاوية حول الأوعية في الأدمة مع تندب .

**الإنذار** : جيد ما عدا الندبات الجدرية الدائمة والميل للنكس .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الأوعية الأرجي من النمط الحطاطي النخري والسليات الحطاطية النخرية . ولكن جميع هذه الأمراض تشاهد في مناطق أخرى . ويُحرض الحصاف وقسي الشكل بأشعة الشمس .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية :* قد يعطى التتراسكلين أو الإيترومايسين كما في العد . وقد تعطى الصادات بعد إجراء الزرع واختبارات التحسس الجرثومي لها .

*المعالجة الموضعية :* وقد تفيد مراهم السينابار ـ الكبريت . وقد تفيد أكثر المحاليل الكحولية للصادات ( ٠,٥٪ تتراسكلين ، إريترومايسين أو كلندامايسين ) أو رهيات الصادات . ويجب متابعة العلاج لبعض الوقت بعد الشفاء السريري تجنباً للنكس .

## الأمراض الناجمة عن البروبيونية والجراثيم الوتدية

## Diseases Due to Propionibacteria and Corynebacteria :

من النادر أن تُحدث الجراثيم البروبيونية والجراثيم الوتدية أمراضاً وخيمة في الجلد والأغشية المخاطية بعكس العنقوديات والعقديات .

والجراثيم البروبيونية هي جراثيم إيجابية الغرام ، غير متحركة ، عصوية الشكل ، لا تحدث أبواغاً ، وهي غالباً مدببة النهايات وينتمي بعض الأنواع منها إلى النبيت الطبيعي للجلد والأغشية المخاطية .

تنتمي الجراثيم الوتدية الخناقية الكاذبة والوتدية الجفافية إلى النبيت الطبيعي في الأغشية المخاطية للسبيل التنفسي والملتحمة ولا تسبب أي مرض : وقد صنفت المستدمية المهبلية كجراثيم وتدية ولذا سميت سابقاً بالوتدية المهبلية . تحدث الوتدية الخناقية ذيفاناً خارجياً فعالاً جداً يسبب الخناق عند الإنسان ، تُفرّق الجراثيم البريبونية والجراثيم الوتدية والجراثيم القصيرة ( وهي جنس آخر من الجراثيم الوتدية الشكل ) باختلاف تركيب جدارها الخلوي وهذا مهم بالنسبة لتصنيف الذراري .

**الجدول ٤ ـ ١٠ : أمراض الجلد والأغشية المخاطية الناجمة عن الجراثيم الوتدية والجراثيم البروبيونية**

| المرض | العوامل الممرضة | الحدوث |
|---|---|---|
| الوذح | الجراثيم الوتدية الدقيقة | شائع |
| الفطار الشعري الإبطي | الجراثيم الوتدية النحيلة | شائع |
| انحلال الطبقة | الجراثيم الوتدية | نادر نسبياً |
| المتقرنة المنقر | Dermatophilus Congolensis | |
| التهاب الجريبات | الجراثيم البزوبيونية العدية الجراثيم البروبيونية الحبيبية | نادر |
| الخناق | الجراثيم الوتدية الخناقية ، بشكل رئيسي النمط الحيوي الوخيم | نادر |
| الخناق الجلدي | الجراثيم الوتدية الخناقية . بشكل رئيسي النمط الحيوي الخفيف أو الوخيم | نادر جداً |
| العد الشائع | الجراثيم البروبيونية العدية الجراثيم البروبيونية الحبيبية | لها دور غير مباشر من الناحية الإمراضية |

**الوذح Erythrasma** [ Von Burchardt 1859, Bärensprung 1862 ] :

**التعريف** : التهاب جلد الثنيات الجرثومي اللاعرضي مع

تبدلات بقعية بنية ضاربة للحمرة .

**الحدوث** : يصيب المرض الجنسين ويشاهد أحياناً حتى نسبة ٢٠٪ في المناطق المدارية . ومن العوامل المؤهبة نذكر : فرط التعرق ، والسكري ، والسمنة ، والثياب الضيقة ، والتصحح السيء ... يحدث الوذح في منطقة المغبنين وفي الإبطين وتحت الثديين ومنطقة السرة والمناطق بين الأباخس . ( راجع الشكلين ٤ – ٨٩ و ٤ – ٩٠ ) .

**العامل الممرض** : الجراثيم الوتدية الدقيقة Corynebacterium Minutissimum وهي جراثيم مولدة للبرفيرين ، لذا تبدو الآفة حمراء متألقة بأشعة وود وهي معدية بشكل خفيف ، وغالباً ما تكون غير معدية .

**الأسباب والإمراض** : تشبه الأسباب والأمراض مثيلاتها المشاهدة في النخالية المبرقشة الناجمة عن الفطور الشبيهة بالخمائر . يساعد في إحداث المرض : المحيط الرطب والدافىء ، وفرط التعرق الناحي ، والتعطن مع تخرب البشرة ، ومناطق الثنيات ( المناطق المذحية ) الدافئة والرطبة ، والسمنة ، والتماس التشريحي الصميمي بين مختلف مناطق الجلد ( الأفوات – الأحياز – الضيقة بين الأباخس ، التضيق الناجم عن انفتال الأباخس Twisted Toes ، والمنطقة تحت الثديين ، والملابس الضيقة المصنوعة من خيوط تركيبية ، والأحذية المطاطية أو الجلد الصنعي). تتكاثر الجراثيم الوتدية الدقيقة كنتيجة لتخرب حاجز الجلد الطبيعي مما يؤدي إلى اضطراب النبيت الطبيعي . وتتوضع الوتديات بشكل سطحي في الطبقة المتقرنة ولا تدخل إلى البشرة الطبيعية أو النسيج الضام . وتنتج الجراثيم الوتدية الدقيقة البرفيرين كما تفعل غالبية الجراثيم الوتدية . يتألق البرفيرين بلون آجرّي أو أحمر مرجاني في الأشعة البنفسجية طويلة الموجة . وتساعد هذه الظاهرة في التشخيص السريري لهذا المرض بواسطة أشعة وود .

**الموجودات السريرية** : أكثر المناطق إصابة بالوذح عند الرجال هي منطقة الصفن بالتماس مع الفخذين . وغالباً ما تكون الجهة اليسرى أكثر إصابة من الجهة اليمنى . وتقتصر الإصابة في المنطقة التناسلية عند النساء على مناطق صغيرة ذات تماس بالشفرين الكبيرين . ويصيب الوذح بشكل أقل تحت الثديين والمنطقة الخارجية من الشرج ، والركب وفي الطيات البطنية المعديّة عند البدينين أو في الأفوات ( الأحياز ) بين الأباخس . يظهر في البدء بقع بنية وحمراء تمتد لتشكل بقعاً واسعة ذات حدود واضحة . قد تظهر بؤر محيطية للخمج في المنطقة المجاورة . يكون سطح الجلد ناعماً ومن الصعب رؤية الوسوف نخالية الشكل . قد تحدث الحكة بسبب التخريش الناجم عن التعرق الشديد أو الجلوس لمدة طويلة أو عن الدلك . وتصبح الآفة حمراء في المحيط بسبب الالتهاب ( الوذح المخرش ) وتصبح حاكة أكثر . وكثيراً ما يكشف الوذح صدفة أثناء فحص المريض .

**الأعراض** : لا توجد عادة أعراض شخصية . تكون الآفات البنية المحمرة المنتشرة مزعجة جمالياً للمريض . وتحدث الحكة بالتخريش .

**التشريح المرضي النسجي** : غير مشخص لأن الجراثيم تتوضع بشكل سطحي جداً في الطبقة المتقرنة .

**السير** : مزمن ويستمر عدة سنوات وعقود مع امتداد الآفة البطيء إذا لم يعالج . ويحدث الاشتداد في الصيف .

**التشخيص** : يشخص الوذح بسهولة بعلاماته . تشاهد في مناطق الثنيات بقع بنية محمرة مع حدود واضحة . ونادراً ما نشاهد الوسوف . يمكن إثبات التشخيص بأشعة وود أو بالشريط اللاصق أو بأخذ خزعات سطحية بالسيانو اكريلات وتلون بملون غرام وتفحص بالمجهر حيث تشاهد الجراثيم بسهولة .

*كشف الجراثيم* : أهم طرق الفحص هو استعمال أشعة وود التي تعطي أشعة UVA بين ٣٢٠ – ٤٠٠ نانومتر ، وتجرى في غرفة مظلمة . ويكون طيف امتصاص البرفيرين ضمن مدى ( مجال ) طول الموجة . يتألق الوذح بلون أحمر شديد في جميع أنحاء السطح المصاب . ينصح باستعمال أشعة وود لرؤية التألق البرتقالي للأجربة على الأنف عند المرضى المصابين بالعد والمحموجين بالجراثيم البروبيونية العدية أو الحبيبية . تحدث الجراثيم البروبيونية الأخرى تألق زهر محمر أو برتقالي . يدعم التألق الأخضر بأشعة وود تشخيص السعفة ( البويغاء الأودينية والكلبية ) .

تكشف العصيات الخناقية الشكل بالتخديش السطحي أو بالشريط اللاصق أو الخزعة السطحية الجلدية بالسيانو اكريلات من المنطقة المؤوفة بعد تلوينها بملون غرام أو ملون غمزا . يمكن الزرع تحت ظروف هوائية دقيقة باستعمال المرق الزرعي الغني لمدة ٥ – ٧ أيام . وتتألق المستعمرات أيضاً بلون أحمر أرجواني بأشعة وود .

**التشخيص التفريقي** : تبدي السعفة المغبنية ( الداء الفطري الأربي ) حوافاً واضحة غالباً مع وجود حطاطات وحطاطات بثرية وتراجع الإصابة في المركز . تصيب النخالية المبرقشة المناطق الفخذية نفسها ولكن تشاهد آفات أخرى على الجذع . ومن الصعب تفريق المذح عن الوذح فقد تتراكب الآفات . يساعد الفحص بأشعة وود في التشخيص . كما يجب التفكير بالصداف الشائع .

**الإنذار** : جيد ، والنكس شائع .

**المعالجة** : التخلص من العوامل الممرضة وتجنب حرارة ورطوبة المنطقة هي من العوامل المهمة في المعالجة . ويعد استعمال المراهم الدسمة مضاد استطباب في هذه الحالة .

*المعالجة الجهازية* : لم تعد المعالجة الشائعة والناجعة سابقاً باستعمال الإريترومايسين ١ ـ ١,٥ غ/يومياً لمدة ٥ ـ ٧ أيام ضرورية في أغلب الحالات .

*المعالجة الموضعية* : المعالجة المضادة للجراثيم بمركبات الإيميدازول : كلوتريمازول ، ميكونازول ، إيكونازول أو الكيتوكونازول . كما تستعمل الصادات الواسعة الطيف على شكل رهيمات أو دهونات ، تفيد المعالجة بتجفيف الجلد بدهونات تحتوي على الكبريت ( ٣ ـ ٥٪ كبريت مرسب بدهون التوتياء ) . ويجب غسل الثنيات ( المناطق المذحية ) بالمحاليل المطهرة بانتظام . تطبق المعالجة عادة مرتين يومياً . يدل غياب التألق الأحمر على المعالجة الناجحة . قد يستمر التصبغ البني لمدة من الزمن . وينبغي أخذ التدابير اللازمة للتصحح الجيد لأن الوذح من الآفات التي تبدي ميلاً كبيراً نحو الرجعة . لذا يجب تجفيف مناطق الثنيات والإبقاء عليها جافة باستعمال البودرة والثياب غير الكتيمة والأحذية المهواة .

## الفطار الشعري الإبطي Trichomycosis Axillaris [ Paxton 1869 ] :

*المرادفات* : الداء الجرثومي الشعري الإبطي . الداء الجرثومي الشعري بلملينا ، الفطار الشعري بلملينا .

**التعريف** : هو استعمار كثيف للأشعار الإبطية بالجراثيم الوتدية التي لا تحدث مرضاً عادة . ويظهر بوجود فرط التعرق والتصحح السيء .

**الحدوث** : شائع نسبياً بوجود التصحح السيء . يصاب به الرجال أكثر من النساء .

**العامل الممرض** : الجراثيم الوتدية النحيلة C. Tenuis .

**الأسباب والإمراض** : تشكل الجراثيم الوتدية جزءاً من النبيت الطبيعي للجلد وسقيبة Shaft أشعار الرأس ، والإبط ، والعانة والجسم . وفي حال توفر شروط التصحح السيء ، وفرط التعرق ، والرطوبة ، والدفء ، في مناطق الثنيات ، تشكل الجراثيم الرمية إيجابية الغرام مستعمرات كثيفة تحيط بالشعر مع جلبة من عرق الغدد المفترزة الجاف . وحتى في الظروف الطبيعية يشاهد عدد كبير من الجراثيم الوتدية في مناطق الثنيات الرطبة خاصة .

**الموجودات السريرية** : تكون أشعار الإبط وبشكل أقل أشعار الرَّكَب mon pubis ، ونادراً جداً أشعار الجسم ، مغطاة على طول عدة سنتمترات بترسبات من مواد صفراء مبيضة أو حمراء أو سوداء صعبة الكشط ، يطلق عليها اسم الفطار الشعري البلملينا ( الإبطي ) الأصفر أو الأحمر أو الأسود . يكون الشعر وكأنه مغطى بجلبة ، وتدل رائحة الجلد الحمضية الزنخة في هذه المناطق على التبدلات . ( راجع الشكل ٤ ـ ٩١ ) .

**الأعراض** : لا توجد أعراض شخصانية ، من الشائع حدوث الصنان Bromhidrosis .

**البنية النسجية** : تفحص الشعرة المنزوعة بعد وضعها في زيت الأرز للفحص بالعدسة الغاطسة حيث تبدو مغلفة بجلبة من الجراثيم . ويمكن رؤية الكتل الجرثومية بوضوح بالفحص بالساحة المظلمة . وتؤدي التحريات الجرثومية إلى كشف الجراثيم الوتدية النحيلة .

**السير** : مزمن في حال عدم وجود التصحح الجيد للجسم .

**التشخيص** : يمكن التشخيص بسهولة من الصورة السريرية ، أو بالفحص المجهري للأشعار ، أو زرع الجراثيم الوتدية . يدل اختلاف اللون على أن هذه الجراثيم تصنع البرفيرين .

**المعالجة** : تؤدي التدابير اللازمة للتصحح ( الاستحمام ) مع الاستعمال اليومي للصوابين المطهرة أو المطهرات الحامضة إلى التخلص السريع من هذه الحالة واتقاء النكس . ويجب تأمين التصحح الجيد والسيطرة على فرط التعرق باستعمال مضادات التعرق والألبسة التي تسمح بتهوية المنطقة وتبديلها المتكرر للإتقاء من النكس . تفيد مركبات الإيميدازول : كلوتريمازول ، ميكونازول ، إيكونازول ، والكيتوكونازول . كما تفيد المحاليل الكحولية لحمض الصفصاف ٣ ـ ٥٪ أو كلور الألمنيوم ٣ ـ ٥٪ .

## انحلال الطبقة القرنية المنقر Pitted Keratolysis [ Castellani 1910 ] :

*المرادفات* : الورم القرني ( القرنوم ) التلمي ، الورم القرني الأخمصي التلمي ، التنقر الأخمصي .

**التعريف** : هو اضطراب تنقري في الطبقة المتقرنة للمناطق الحاملة لثقل الجسم في الأخمصين . ينجم عن التعطن والجراثيم بوجود فرط التعرق ، والأحذية الكتيمة مؤدياً إلى ألم حارق شديد . ( راجع الشكل ٤ ـ ٩٢ ) .

**لمحة تاريخية** : أدى هذا المرض إلى خسائر كبيرة أثناء العمليات الحربية . يرجع الوصف الكلاسيكي لانحلال الطبقة القرنية المنقر إلى زمن الاستعمار البريطاني للهند .

**الحدوث** : مرض منتشر في جميع أنحاء العالم وخاصة عند

الرجل . وشائع الحدوث في المنطقة المدارية وما تحت المدارية .

**العوامل الممرضة** : الجراثيم الوتدية أو جراثيم أخرى مثل الدرمـاتـوفيـلوس كونغـولينسيس Dermatophilus congolensis .

**الأسباب والإمراض** : تزداد قابلية جلد الأخمصين القاسي للتعطن نتيجة فرط تعرق القدمين . ويندر حدوث المرض في الطقس البارد أو عند الأشخاص الذين يمشون حفاة في الطقس الجاف . يؤهب المشي حافياً على أرض رطبة ( حقول الرز ، السهول المروية ... ) أو استعمال الأحذية الكتيمة ( الأحذية الرياضية ، أحذية الجيش ) إلى حدوث هذا المرض .

أما العامل الثاني فهو تكاثر جراثيم النبيت الطبيعي للجلد في جو رطب . تزداد فعالية الإنظيمات الجرثومية مثل الكيراتيناز والبروتيناز ويتورم القرنين في الطبقة المتقرنة المنقوعة بالماء والمتوذمة مما يؤدي إلى انحلال الخلايا القرنية وإلى ظهور مناطق مسحجة ومنقرة في الطبقة المتقرنة . لذلك كان لدى اللاعبين ( التنس ، والسكواش .. ) وبعض عمال المصانع ( الذين يعملون لمدة طويلة في جو رطب وحار وهم يرتدون الأحذية الرياضية ) ميل للإصابة بانحلال الطبقة المتقرنة المنقر .

**الموجودات السريرية** : يشاهد غالباً فرط التعرق مع زرقة الأخمصين . والمناطق الانتقائية لهذه التبدلات هي مناطق تحمل ثقل الجسم : مناطق الأشسان على الأخمصين كالعقبين ، والوجه الراحي للأبخس الكبير ، وجوانب الأخمصين . يصبح لون الطبقة المتقرنة أبيضاً في منطقة تمتد من ٣ ــ ٨ سم وتبدو متورمة مع محيط حمامي . تبدو في هذه المنطقة البيضاء المتعطنة آفات مسحجة تنقرية ( قدها ١ ــ ٣ مم ) . وتظهر على شكل عيوب مثقبة تتحد مع بعضها أحياناً مشكلة انخماصات كبيرة قدها ١ ــ ٣ سم . يزول الألم عندما يزال ضغط الجسم بالاستلقاء أو رفع القدمين . ولا يولد الضغط سوى ألماً طفيفاً غير أن الألم يصبح غير محتمل وثاقب بالمشي أو الوقوف لفترة طويلة . وبالعادة ، تكشف الأشكال المجهضة من انحلال الطبقة القرنية المنقر صدفة . وقد أمكن إحداث المرض تجريبياً مع رائحته الكريهة عند المتطوعين بواسطة الدرماتوفيلوس كونغولينسيس .

**الأعراض** : حرارة وألم حارق وثاقب في الأخمصين أثناء المشي على المناطق الحاملة لوزن الجسم ، وغالباً مع صنان شديد ورائحة كريهة لاذعة نموذجية .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث الآفات في الطبقة المتقرنة . يمكن كشف الجراثيم بإجراء تلوين غرام .

**مدة المرض** : يمكن أن يكون الشكل حاداً وإلا فهو مزمن ويستمر باستمرار العوامل المؤهبة كفرط التعرق ولبس الأحذية الكتيمة والتصحح السيء .

**الإنذار** : جيد بعد التخلص من العوامل البيئية .

**المعالجة** :

*الموضعية* : المعالجة المضادة للجراثيم مثل الكلوروهيكزيدين غلوكونات ، وتطبيق الكحول بنسبة ٤٠ ــ ٦٠٪ أو الإريترومايسين ، أو التتراسكلين أو الكلندامايسين بنسبة ١ ــ ٥٪ في الكحول . وتكون معالجة فرط التعرق بأملاح الألمنيوم أو بالتشريد ، كما يجب غسل القدمين يومياً بالصابون أو بالمطهرات الحمضة .

## الخناق الجلدي ( الديفتريا الجلدية ) Cutaneous Diphtheria [ Bretonneau 1826 ] :

**التعريف** : مرض خمجي نادر تسببه الجراثيم الوتدية الخناقية ، وينجم عن التلقيح الذاتي أو التلقيح الغيري . وإذا لم يشخص المرض يمكن أن يكون وخيماً إذ قد ينجم عنه الشلل .

**الحدوث** : وقد سجلت أكثر من ٢٤٥٠٠٠ حادثة من خناق الحلق عام ١٩٤٣ في ألمانيا ، كان من ضمنها ١٢٨٣٣ حادثة موت من المرض ، بينما شوهدت ١٦ حالة متفرقة فقط عام ١٩٧٤ ، وحدث بين عام ١٩٧٥ و ١٩٨٤ إصابات بالخناق في شمال غربي ألمانيا فقط . وقد وجد في عام ١٩٧٧ ذرية جرثومية سمية نشأت في أحد الجروح . وذكر حدوث ١٩٠ إصابة بين عام ١٩٧٥ و ١٩٨٤ مع نسبة وفيات ٢٢٪ . وقد لوحظ حديثاً زيادة في حدوث الخناق الجلدي عند الكحوليين .

**العوامل الممرضة** : الجراثيم الوتدية الخناقية ذات النمط البيولوجي الوخيم Gravis ، الضعيف Mitis ، المتوسط Intermedius .

**الأسباب والإمراض** : يبدأ المرض المتوطن الأكثر حدوثاً بخمج في الحلق ويتظاهر بأعراض خناقية . يحدث الخناق الجلدي نتيجة تلوث جرح بسيط بالجراثيم مثل آفات إكزيمية أو قوبائية وذلك بالتلقيح الذاتي أو التلقيح الغيري . ويمكن تحديد انتشار المرض المتوطن بالفحص الجرثومي للنسج المحيطة وبإجراء مسحة بلعومية ، اختبار Schick . تعتمد إمراضية الوتديات الخناقية على إنتاج الذيفان الذي تنتجه الذراري التي تحتوي على طليعة العاثية Prophage فقط ، وذلك لأن مجين العاثية يحتوي على الجين البنيوي للذيفان . وإن طليعة العاثية هي DNA عاثية الجراثيم متداخلة في الصبغي الجرثومي . يتألف ذيفان الخناق من سلسلة بوليبيتيدية تتألف بدورها من جزيئين مختلفين وظيفياً الوزن الجزيئي للأول ٢٢٠٠٠ وللثاني ٤٠٠٠٠ . وتشكل

الشـدفة **Fragment** الصغيرة (A) العنصر الفعـال السمي . ويكون الذيفان مميتاً للإنسان بنسبة ١٠٠ نانوغرام/كيلو غرام من الوزن ، لأنه يؤدي إلى تثبيط تركيب البروتينات الذي لا يتراجع ، وتكون نتيجته موت الخلايا .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضـانة تستمر بضعة أيام تظهر تقرحات مدورة صغيرة محيطها ملتهب . وتظهر وكأنها مقتلعة بسبب حوافها المرتفعة . يستر قاع القرحة غشاء كاذب دهني أصفر رمادي أو أصفر ضارب للبياض ملتصق بشدة . وينبغي التمييز بين الأشكال المختلفة للخناق : الخناق السمي الأولي ، والخناق المتوضع ، والخناق المترقي ، والخناق الخبيث . ويعد التهـاب الأعصـاب الخنـاقي **D. Polymeuritis** من العلامات النموذجية .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص بشكل رئيسي على العلامات السريرية . تُزرع العوامل الممرضة المأخوذة من الحلق أو من الجروح على أوسـاط خاصـة ، ويستغرق الزرع ٢٤ – ٤٨ ساعة ، يبدو بفحص اللطاخة عصيات نحيلة ذات أجسام قطبية من طراز نموذجي . ويستعمل الاختبار السمي للعالم **Elek** . وإذا لم يشك بالخناق فلا يمكن وضع التشخيص قبل حدوث الشـلل . والاختباران المهمان هما : مقايسة التراص الدموي المنـفـعـلة التـنـافسـيـة **Competitive Passive Hemagglutination Assay** ( **cPHA** ) للكشف عن ذيفان الخناق في المزارع ومن مصل الإنسـان ، والمقايسة المناعية الماصة المرتبطة بالأنظيم ( **ELISA** ) . وتكفي حسـاسيـة اختبـار **cPHA** للكشف عن الذيفان في المزارع النقية التي تحتوي على الوتديات الخناقيـة ، ويعد هذا الاختبار بسيطاً وسهل التنفيذ عـوضـاً عن اختبـار الانتشـار المنـاعي للعـامـلين **Elek – Ouchterlony** . ويمكن كشف الذيفان في رشـاحة المزرعـة المجراة من مسحـة البلعوم أو اللوزتين باختبـار إليزا **ELISA** – البيوتين/ستربتافيدين الأكثر حسـاسية . ويسمح هذا التحري بتأكيد تشخيص الحالات المشكوك بها من الخناق خلال ٢٤ – ٤٨ ساعة .

**المعالجة :**

*لمحة تاريخية :* قبل إدخال المعالجة بالمصل المضاد للذيفان الذي قام به العالم **Von Behring** عام ١٨٩٤ كانت نسبة الوفيات من الخناق بمعدل ٣٥٪ وهي الآن حوالي ٢٢٪ . وقد وصف **Schick** عـام ١٩١٣ اختبـاراً جلدياً يفرق بموجبـه بـين الأشخاص المؤهبين للخناق والأشخاص المقاومين له . وأدخل فون بهرنغ **Von Behring** عـام ١٩١٣ المعـالجة المنـاعيـة بالذيفان – مضاد الذيفان .

*المعالجة الجهازية :* المعالجة المباشرة بالمصل المضاد للذيفان خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى . يتوفر في ألمانيا نوع واحد فقط من المصل المناعي المضاد للذيفان المأخوذ من الحصان . وهو يحتوي على ٤٠٠٠ وحدة/مل مضـادة للذيفان في ( **4000IV/ML** ) . وحسب شـدة الأعراض ، يعطى ٥٠٠ – ١٠٠٠ وحدة دولية/كغ من الوزن بزرقة عضلية واحدة ، ويعطى ٢٠٠٠ وحدة عندما يوجد خناق سميّ ، فإذا بدأت المعالجة المصلية بعد ثلاثة أيام من بدء المرض يجب مضاعفة المقدار الدوائي وتعاد المعـالجة بعد ثلاثة أيام أخرى إذا لم يطرأ تحسن على الحالة . ويجب توقع تفاعل فرط حسـاسية للمصـل الغيري في بعض الحالات . ويتوفر في الولايات المتحدة غلوبولين نقي مضـاد لذيفان الخناق ، وهو مأخوذ من الحصان .

تفيـد المعـالجة المضـادة للجراثيم بـالبنسـلين C أو الإريترومايسـين كمعالجة تالية للمعالجة المصلية ولكنها ليست بديلاً عنها . فهي توقي من إنتاج الذيفانات بتثبيطها نمو الجراثيم والتخلص من العامل الممرض . ويجب ألا تبدأ المعالجة بمضادات الجراثيم قبل إجراء فحص المسحة الجرثومية . كما يجب معالجة الأشخـاص الذين هـم بتماس مع مرضى الخنـاق بـالبنسـلين ١,٢ × ١٠^٦ وحدة دولية يومياً ، أو الإريترومايسـين بعد إجراء المسحة البلعومية والأنفية . وإذا كان الشخص الذي هو بتماس مع المرضى غير ملقح سابقاً ضد الخناق ، أو إذا أجري التلقيح منذ أكثر من ٥ سنوات ، يجب البدء بالتمنيع المباشر بلقاح حي .

**الاتقاء** : فقط ٦٠٪ من الكهول لديهم وقاية جزئية أو كاملة في ألمـانيـا ( ≥ ٠,٠١ وحدة دولـية من مضـاد الذيفان/مل من المصل ) . ولقد انخفض معدل استعمال التمنيع الفاعل في جميع انحاء العالم في السنين الأخيرة . ولا يعطي التمنيع الفعال المضاد للذيفـان وقاية كاملة ضد الخمج الخناقي ، غير أن الأشخاص الممنعين يصابون بالمرض بنسبة أقل ، وإذا أصيبوا تكون الإصابة خفيفة .

*التمنيع الفاعل :* يعطى بشكل تلقيح أحادي أو بالاشـتراك مع لقاح الكزاز كلقاح ثنائي **DT** ، أو مع لقاح الكزاز والشاهوق كلقاح ثلاثي **DPT** .

*التلقيح الأسـاسـي في الطفولة :* بلقـاح الخناق **D** أو الخناق والكزاز **DT** أو الخناق والكزاز والشاهوق **DPT** .

| | | |
|---|---|---|
| التلقيح الأولي | الشهر الثالث | ٧٥ وحدة دولية من الذوفان الخناقي . |
| التلقيح الثاني | بعد ٦ – ٨ أسابيع | ٧٥ وحدة دولية من الذوفان **Toxoid** الخناقي . |
| التلقيح | بعد ١٢ شهر من | ٧٥ وحدة دولية من |

| الثالث | التلقيح الثاني | الذوفان الخناقي . |
|---|---|---|
| لقاح الجرعة المفرزة الأولى | في السنة ٦ ـ ٧ من العمر | ٧٥ وحدة دولية من الذوفان الخناقي . |
| لقاح الجرعة المفرزة الثاني | في السنة ١٠ ـ ١٢ من العمر | ٥ وحدات دولية من الذوفان الخناقي على شكل لقاح الخناق D أو لقاح الخناق والكزاز TP . |

يعاد التلقيح كل عشر سنوات بلقاح الخناق D أو بلقاح الخناق والكزاز DT .

*الأطفال :* ( أكبر من سبع سنوات ) والكهول بدون تلقيح أساسي ضد الخناق : التمنيع الفعال باللقاح D أو DT .

| | |
|---|---|
| التلقيح الأول : | ٥ وحدات دولية من الذوفان Toxoid الخناقي . |
| التلقيح الثاني : | بعد ٥ ـ ٦ أسابيع ٥ وحدات دولية من الذوفان الخناقي . |
| التلقيح الثالث : | ١٢ شهر بعد التلقيح الثاني ٥ وحدات دولية من الذوفان الخناقي . |

يعاد التلقيح كل عشر سنوات بلقاح D أو DT .

**داء الشعيات Actinomycosis [ Bollinger 1877 , Israel 1878 ] :**

**التعريف :** مرض خمجي مقيح حبيبومي ، عادة ذو سير مزمن يحدث بشكل رقبي وجهي، أو صدري أو بطني. تسببه الشعية الإسرائيلية ، وهي جراثيم لا هوائية إيجابية الغرام . ومن الضروري وجود جراثيم ثانوية لإحداث المرض . لا يشير تعبير Actinomycosis على الخمج الفطري وإنما يعبر عن طراز نمو الجراثيم .

**العامل الممرض :** الشعية الإسرائيلية وهي جراثيم لا هوائية ذات قطر ١ ميكرو متر ( 0.1 $\mu$ m ) إيجابية الغرام وخالية من الأبواغ .

**الحدوث :** هو مرض خمجي منتشر في جميع أنحاء العالم يحدث بشكل شائع في الأرياف أكثر منه في المدن . يشاهد عند الرجال أكثر من النساء بنسبة ٣ إلى ١ .

**الإمراض :** تشارك في إحداث المرض عند الإنسان والحيوان بشكل شائع جراثيم لا هوائية وجراثيم دقيقة أليفة الهواء . تشكل الشعية الإسرائيلية جزء من النبيت الطبيعي للجلد في الإنسان والحيوان مثل الجراثيم اللا هوائية الأخرى .

مواطن التوضع الهامة لهذه الجراثيم هي الفم والحلق ، وفي القولون بشكل فرادي . ويمكن أن يحدث خمج داخلي إذا دخلت الجراثيم اللا هوائية إلى النسج العميقة ، والصفة الثانية الهامة للخمج الناجم عن الجراثيم اللا هوائية هو أنه خمج متشارك مع جراثيم أخرى هوائية ولا هوائية ( انظر الجدول ٤ ـ ١١ ) ، فالشعية الإسرائيلية غير قادرة لوحدها لإحداث داء الشعيات وهي تشاهد في أكثر من ٥٠٪ من اللوزات المستأصلة . يمكن أن يثير الرضح مثل كسر العظام ( كسر الفك ) والعمليات السنية حدوث خمج لا هوائي . ولكن الأنواع الشعية الرِّمية المنتشرة على الأرض أو على المزروعات لا تحدث المرض عند الإنسان .

**الموجودات السريرية :** يفرق ثلاثة أشكال لداء الشعيات حسب باب الدخول وبالتالي حسب التوضع .

*داء الشعيات الرقبي الوجهي Cervicofacial Actinomycosis :* هو الشكل الأكثر شيوعاً يشاهد في ٩٥٪ من الحالات . وتشكل اللثة وقاع الفم والغشاء المخاطي الوجني والفك السفلي باب دخول للخمج وبخاصة من منشأ سني في الأسنان النخرة ( راجع الشكل ٤ ـ ٩٣ ) . يبدأ الخمج أولاً كعقدة قاسية ملتهبة ثم يحدث تورم تحت الجلد في الخد ، وفي المنطقة تحت الذقن ، أو تحت الفك ؛ ومنه قد يتشكل داء الشعيات الثانوي فتحدث تجمعات كتل قاسية قساوة خشبية ملتهبة على جانبي العنق عادة ، ( راجع الشكل ٤ ـ ٩٤ ) .

توجد كتيلات على سطوح متغضنة ، ويمكن أن تنفصل الواحدة عن الأخرى . ويكون الجلد فوق هذه النموات حاراً ، أرجواني اللون . تنشأ النواسير ، وحتى التقرحات الصغيرة ، من نضح المحتويات القيحية المصلية للخراجات . وقد توجد حبيبات ( حبيبات كبريتية ) صفراء اللون بحجم رأس الدبوس في هذا النجيج . يلاحظ غيات العقد اللمفية المتورمة ، كما قد يحدث التهاب عظمي وسمحاقي ، والتهاب عظم ونقيّ في الإصابة ذات الأمد الطويل .

*داء الشعيات الصدري Thoracic Actinomycosis :* ويحدث عند دخول العوامل المرضة إلى الرئتين والنتيجة التالية هي إصابة الجلد الناجم عن نضح النواسير أو الخراجات تحت الحادة . تشمل الأعراض الرئوية تخريش الحلق وألماً جنبوياً .

*داء الشعيات البطني Abdominal Actinomycosis :* يحدث عند دخول العوامل الممرضة عبر الأمعاء ، وغالباً ما يوجد كتلة ورمية داخل البطن مع خراج قطني وتحدث إصابة الجلد بشكل ثانوي .

**الأعراض :** بعكس داء الشعيات الرقبي الوجهي يسبب داء الشعيات الصدري والبطني أعراضاً عامة كالحمى ، والعرواءات ، وتعرقاً ليلياً ونقص وزن .

**الجدول ٤ ـ ١١ : الأخماج اللا هوائية النوعية واللا نوعية**

**الأخماج اللا هوائية النوعية :**

| | | |
|---|---|---|
| العامل الممرض | | الشعيات الإسرائيلية . |
| الجراثيم المرافقة المؤازرة (« المشاركة » « السواتل » Satellites ) | الهوائية : | العنقوديات ، بشكل رئيسي سلبية الغواكولاز مثل العنقوديات البشروية ، والعنقوديات المذهبة ألفا والعقديات الحالة بيتا ، و الأمعائيات ، والزائفة الزنجارية . |
| | اللا هوائية | العقديات الدقيقة أليفة الهواء أو اللا الهوائية ، والعصوانيات الملانية ، والعصوانيات الآكلة Corrodens والجراثيم المغزلية ، والجراثيم البروبيونية ، والشعريات الرقيقة الفموية Leptotrichia Buccalis العصيات الشعرية |

**الأخمـاج اللا هـوائيــة اللا نوعيــة Nonspecific Anaerobic Infections**

| | |
|---|---|
| العامل الممرض | اللا هوائيات غير ذات الأبواغ تؤثر بدئياً أو ثانوياً . |
| الموجودات السريرية | غير مميزة : خراجات أو نواسر قيحية ، حبيبوميات . تكثر ملاحظة الرائحة النتنة . |
| الحدوث | تحدث في عدد كبير من الأمراض القيحية في الجلد والأغشية المخاطية ، والفم ، والحلق ، والأمعاء والرئتين<br>الجراثيم البروبيونية العدية : الجلد .<br>الشعريات الرقيقة الفموية : جوف الفم .<br>العقديات الدقيقة المحبة للهواء : الفم ، والحلق ، والأمعاء .<br>العصوانيات الهشة : الفم والأمعاء .<br>الجراثيم المغزلية : الفم والأمعاء . |

**السـير** : مزمن لا يؤثر على الحالة الصحيـة العامة ومع ذلك يؤدي الارتشـاح اللويحي الشكـل والتهاب العظم والنقي إلى آفات مخربة ، يمكن أن يحدث في منطقة الخد تورمات تؤدي إلى تحديد حركة الأجفان والفم والعنق .

**الإنذار** : تابع لشكل داء الشعيات . يكون إنذار الداء الرقبي الوجهي جيداً إذا شُخص وعُولج باكراً .

**التشخيـص** : يعتـمـد التشخيص على الأعراض ، والقصـــة السـريرية ( رضح النسج الرخوة . وكسـر العظام ، ووضع الأسنان ) وكشف العامل الممرض .

*اللطاخة* : يؤكد التشخيص برؤية الحبيبات وهي مستعمرات دقيقة للجراثيم الخيطية . ويمكن كشفها في داء الشعيات الرقبي الوجهي من العينة المأخوذة من الخزعة النسيجية المهروسة ، أما في داء الشعيـات الصدري والبطني فيمكن رؤية الحبيبات في المفرزات المرتشفة من القصبات ، والجنب ، وجوف المفصل أو السائل المحيط بالقلب . ويجب البحث عن الحبيبات في مُحَضَّر رطب ( بـاستعمـــال قطـرات مـاء وليس مـاءات البـوتاسيوم KOH ) ، وفي لطـاخـة مـلونة بتـلوين غرام . توضع العينـة المأخوذة من الخراج في قطرة ماء على صفيحة زجاجية للفحص المجهري وتغطى بساترة دون أن يضغط عليها . ويتم التحري عن الحبيبات بضوء خافت ، والمنظر النموذجي للشعيات هو شبكة شعاعية هلامية خيطية الشكل ، ومدببة النهايات . وهذا المنظر هو الذي أوحى بتسميتها الشعيات .

وبعد نزع الساترة وعصر المادة بين صفيحتين تجفف بالهواء وتلون بتلوين غرام ، يشاهد أحياناً عناصر رقيقة خيطية الشكل خناقانية . ولا ينفي غياب الحبيبات وجود الشعيات .

*الزرع* : يمكن رؤية الشعيات بعد ٢ ـ ٤ أيام من الحضانة اللا هوائية ، وبوجود غاز ثاني أكسيد الكربون بنسبة ٥ ـ ١٠٪ ، وبدرجة حرارة ٣٧ ° مئوية . ينصح بغسل الحبيبات في كلور الصـوديوم عدة مرات لإزالة الجراثيم المرافقـة التي قد تمنع نمو المزرعة من خلال وجودها .

*التجارب على الحيوان* : يلقح ذكر القَدّاد hamester بعمر ٤ أسـابيع داخل الصفـاق بنتاج مزرعة عمرها ٧ ـ ١٠ أيام . وبعد أربعة أسـابيع نحصل على خراج صفاقي تؤخذ منه عينة وتلون بتلوين غرام ، ويمكن تمييزها على صفيحة الزرع .

يمكن إجراء اختبارات مصلية وجلدية ولكن ليس لها أهمية تشخيصية .

**التشيخص المرضي النسجي** : تبدو الشعيات بخزعة الجلد بعد تلوينها بملون غرام أو بتفاعل الباس PAS .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الجلادات الخمجيـة الخنزرية مثـل تدرن الجلد ، وتدرن ما تحت الجلد المتوسر ، والصمغة الإفرنجية ، وداء الشعريات المبوغة ، والحبيوم الأربي . ونقائل الأورام الخبيثة ، ونواسير ما حول السن . وداء النوكاردية .

**المعالجة** : تتطلب معالجة داء الشعيات طرقاً جراحية ومعالجة كيميـائيـة . وقد يكـون من الضروري إجراء شق وتفجير الخراجات واستئصال النواسير المزمنة والمتليفة . ومن الضروري المعالجة بالصادات وبجرعات عالية لمدة أسابيع إلى أشهر .

تكـون الشعيـات الإسـرائيـليـة حسـاسـة جداً لأغلب الصـــادات ، ومقـاومـة للأمينـوغليكوزيد والنـترإيميدازول ،

وتتطلب المعالجة الناجعة إتلاف الشعيات والجراثيم المرافقة أيضاً . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار مقاومة الجراثيم المرافقة لبعض الصادات عند وضع خطة العلاج .

تفيد المعالجة بالبنسلين G أو الأمبيسلين طالما أن الجراثيم المرافقة حساسة للبنسلين . أما إذا كانت مقاومة له فيستعمل السيفالوسبورين ( خاصة سيفوكسيتين ) أو الكلندامايسين ، يعطى البنسلين G بمقدار ١٠ ـ ٢٠ X ١٠^٦ وحدة دولية يومياً زرقاً وريدياً لمدة ٣ ـ ٤ أسابيع ، وتتبع بالبنسلين G بنزاتين ( زرقاً عضلياً بمقدار ٢,٤ X ١٠^٦ وحدة دولية كل ٤ أسابيع ) و/أو فينوكسي متيل بنسلين ٤ ـ ٦ X ١٠^٦ وحدة دولية يومياً حتى الشفاء التام . إذا كان لدى المريض حساسية للبنسلين ، يعطى التتراسكلين ، أو الإيريترومايسين أو الكلورامفينيكول .

## داء النوكارديّه Nocardiosis :

**التعريف** : هو مرض خمجي حاد أو مزمن يبدأ في الجلد أو في الرئتين . وغالباً ما يتبعه إنتان . تحدث فيه أشكال سطحية ورئوية ومجموعية .

**لمحة تاريخية** : وصف الجراح البيطري الفرنسي نوكارد حالة التهاب أوعية لمفية عند القطط محدثة بأنواع من الشعيات الهوائية المقاومة للحمض جزئياً .

وذكر الطبيب النمساوي إبنجر Eppinger عام ١٨٩٠ وجود عامل ممرض جديد يدعى كلادوتريكس Cladothrix يسبب سل كاذب ، وخمج رئوي مع إنتان دم ، وخراجات دماغية . وفي عام ١٩٠٩ وصف الطبيب الأميركي ليندنبرغ Lindenberg كائناً حياً عزله في البرازيل من فطروم في الساق وسماه الفطر القرحي البرازيلي Discomyces Brasiliensis الذي يسمى الآن النوكاردية البرازيلية .

**العامل الممرض** : ينتمي جنس النوكاردية إلى عائلة النوكارديات وهي الشعّيات الهوائية التي تشكل جزءاً من النبيت الرمّي على سطح الأرض ، وهي منتشرة في جميع بقاع الأرض .

وتعد أنواع النوكاردية النجمية والنوكاردية البرازيلية والنوكاردية الجوفاء المتكهفة Caviae من العوامل الممرضة للإنسان والنوكاردية البرازيلية جراثيم إيجابية الغرام ، خيطية شبيهة بالأفطورة وغصينية ذات قطر < من ١ m $\mu$ .

*الإمراض* : بما أن النوكاردية البرازيلية موجودة بشكل طبيعي في التربة فإن مرض النوكاردية هو خمج خارجي المنشأ ، يحدث التلقيح من تربة ملوثة ( خلال سحجات في الجلد ، وجروح محدثة بشوك التينة ) ويؤدي إلى داء النوكاردية الجلدي ، أو قد يحدث التلقيح باستنشاق غبار ملوث فيؤدي إلى داء النوكاردية الرئوي . لا ينتقل المرض من شخص إلى آخر . هذا وإن داء النوركادية خمج وحيد لا يترافق مع عوامل ممرضة مؤازرة .

يمكن تقسيم داء النوكاردية إلى ثلاثة أشكال :

- الرئوي ( شائع ) .
- المجموعي ( نادر ) .
- السطحي ( نادر ) .

يشاهد الشكل الرئوي والمجموعي عادة عند المرضى المصابين باضطرابات مناعية .

**العامل الممرض** : هو بشكل رئيسي النوكاردية النجمية . وتشاهد النوكاردية البرازيلية بشكل أقل في داء النوكاردية ( < ٧٠٪ ) ، ولكن تشاهد بشكل شائع كعامل ممرض للفطروم ( قدم مادورا Madura Foot ) التي تشاهد بكثرة في وسط وجنوب إفريقية . وتشاهد النوكاردية البرازيلية أيضاً في الشكل السطحي من الداء حيث قد يحدث تقيح جلد تحت حاد أو مزمن غير نموذجي . أو قد تشبه شكل التهاب الأوعية اللمفية في داء الشعريات المبوغة .

**الموجودات السريرية** : إن داء النوكاردية الشبيه بداء الشعريات المبوغة هو تقيح جلد تحت حاد أو مزمن ويبدأ على شكل بثرة . تتشكل خراجات مع عقيدات نازحة على مسير الأوعية اللمفية بتوضع شبيه بداء الشعريات المبوغة . يشكل داء النوكاردية في إصابة القدم قرحة خمجية على أسفل الساق . أما في إصابة اليد أو الذراع فإنه يأخذ شكل التهاب الأوعية اللمفية الشبيه بداء الشعريات المبوغة .

**الأعراض** : نجيج قيحي وتشكل نواسير دون تبدلات مجموعية .

**الإنذار** : جيد في حال داء النوكاردية الجلدي البدئي . وتكون نسبة الموت ٥٠٪ في داء النوكاردية الرئوي أو المجموعي رغم المعالجة .

**التشخيص** : يعتمد على قصة المرض ( أذية مع تلقيح من التربة ) ؛ وسريرياً بالعلامات الشبيهة بداء الشعريات المبوغة ، وتشريحياً مرضياً من فحص الحبيبات ( ليس هذا ممكناً دائماً ، يمكن مشاهدة الحبيبات في اخماج أخرى ) ، وبالدراسة الجرثومية بفحص المزرعة الجرثومية . توضع الرشاحة على وسط لوفنشتاين Löwenstein وسابوروغلوكوز آغار Sabouraud – glucos Agar ثم تحضن بدرجة ٣٠° و ٣٧° مئوية ، وبعد ٣ ـ ٤ أيام تحضن بدرجة حرارة ٣٠° مئوية ، وبعد ٧ أيام تحضن بدرجة حرارة ٣٧° مئوية . تتشكل

مستعمرات نصف كروية رمادية بيضاء رائحتها كرائحة الأرض . وذات خيطان غصينية إيجابية الغرام .

*التجارب على الحيوانات :* يجري التلقيح داخل بريتوان القبيعة . فإذا لم يمت الحيوان من التهاب البريتوان يستقصى في الأسبوع الثاني والرابع على التوالي . يحدد الإمراض بفحص آفات البريتوان وأنواع النوكاردية .

**التشخيص التفريقي :** داء الشعيات ، وداء الشعريات المبوغة ، والسل ، والأخماج بالمتفطرات اللا نموذجية ، وداء النوسجات ، والفطار الكرواني ( العوامل الممرضة من متلازمات الجلد - اللمف ) .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* السلفوناميدات هي الدواء المنتخب . يستجيب داء النوكاردية الشبيه بداء الشعريات المبوغة وبداء الشعيات إلى المعالجة بالكوتريموكسازول Cotrimoxazol ( ٨٠٠ ملغ سلفاميتوكسازول مع ١٦٠ ملغ تريميتوبريم/يومياً ) . ويمكن أن تستمر المعالجة لأشهر قبل أن يصبح المريض خالياً من تظاهرات المرض .

*المعالجة الموضعية :* يمكن أن تساند المعالجة الجهازية وذلك بتطبيق الحرارة الموضعية سواء بالحمامات الساخنة للساعد أو القدم المصاب ، أو بالرفادات الحرارية الكهربائية .

قد يكون من الضروري إزالة النسج المصابة جراحياً ونزحها مع المعالجة الكيميائية .

**الفطروم Mycetoma** [ Carter 1860 ] :

*المرادفات :* قدم مادورا - فطار مادورا .

**التعريف :** هو خمج مزمن متعدد الأسباب ، يصيب الجلد والنسيج تحت الجلد والعظام ، وغالباً ما يتوضع على القدم ونادراً أعلى اليد أو الظهر أو الكتف . يحدث بعد التلقيح بالجراثيم أو الفطور كأنواع الشعيات النوكاردية البرازيلية ، والمتسلسلة المادورية والالشيريا بويدي Allescheria Boydil والمادورية الفطرومية والمادورية الرمادية والفيالوفيريا الجنسلمية وجراثيم وفطور عديدة أخرى .

**الحدوث :** وصف المرض لأول مرة مادورا في الهند ، وشوهد في مناطق متعددة من العالم ( أفريقية ، وآسيا ، والأمريكيتين الوسطى والجنوبية ) وهو نادر نسبياً في الولايات المتحدة الأميركية حيث يشاهد عند المهاجرين من المناطق التي يتوطن بها المرض .

ويصاب سكان المناطق الريفية أكثر من سكان المدن . ينتقل الفطروم من التربة الملوثة بالجراثيم والفطور إلى الجلد نتيجة المشي حافي القدمين ، ( راجع الشكل ٤ - ٩٥ ) .

**الإمراض :** الرضوح الخفيفة المحدثة بشظايا الخشب والأشواك عند الشبان الذين يمشون حفاة ، وقد عزل على الأقل أربع أنواع من الشعيات و ١٣ فطراً لها علاقة بالفطروم .

**الموجودات السريرية :** يحدث تورم عقيدي كتلي واسع مع نواسير تنضح مفرزات قيحية مدماة ، غير أنها لا تسبب سوى ألم خفيف . ومن الصفات المميزة التهاب العظم والنقي . تحتوي المفرزات على بعض الحبيبات ( حبيبات كبريتية ) التي قد تشاهد بالعين المجردة . وهي عبارة عن مستعمرات كبيرة للعوامل الممرضة تستر بجلب فيبرينية تنشأ من الثوي . تبدي الحبيبات حسب العوامل الممرضة الجرثومية أو الفطرية ، ألواناً مختلفة من أصفر ، أو أبيض أو أحمر وردي أو بني أو أسود . ( راجع الشكل ٤ - ٩٦ ) .

**السير والإنذار :** يعتمد على العامل الممرض . ويحدث غالباً خمج إضافي يؤدي إلى موت المريض . ومن المضاعفات الشائعة حدوث الداء النشواني .

**التشخيص :** يعتمد التشخيص على العلامات السريرية المترافقة مع المنشأ الجغرافي للمرض ، وبفحص الحبيبات وكشف العامل الممرض المسبب بالزرع وعلى وسط خاص وبدرجة حرارة ٣٠ و ٣٧° مئوية ، وبعد غسل الحبيبات بشكل مناسب ( كما في داء الشعيات ) وأكثر الجراثيم المشاركة مشاهدة هي العنقوديات المذهبة وقد يشاهد جراثيم أخرى . وليس لحقن حيوانات المخبر سوى قيمة تشخيصية ضئيلة ، ويمكن كشف الحبيبات في الجلد المؤوف نسجياً Histologically ( تفاعل PAS تلوين ميثينامين - الفضة ) .

**المعالجة :** تعتمد على العوامل المسببة . ومن الصعب معالجة الفطروم . وقد تستجيب زمر الشعيات أحياناً للمعالجة بالبنسلين ، والسلفوناميد أو التتراسكلين . كما تستجيب المادورا الفطرومية للأمفوتريسين ب . ولا تزال مشتقات الإيميدازول قيد الدراسة ، وغالباً لا يمكن تجنب بتر القدم .

## الأخماج اليرسينية المعوية القولونية Yersinia Enterocolitica Infections :

**التعريف :** هو خمج معوي تسببه الجراثيم المعوية مع التهاب أمعاء ، وحمى ، والتهاب مفاصل ، وحمامى عقدة ومضاعفات نادرة لإصابة أعضاء أخرى . وهو ذو انتشار عالمي ولكن تختلف نسبة الحدوث حسب التوضع الجغرافي .

**العامل الممرض :** اليرسينية المعوية القولونية وهي جراثيم سلبية الغرام من عائلة الجراثيم المعوية .

**الحدوث :** شائع في سكاندينافيا ويلاحظ ازدياد نسبة

الإصابات في ألمانيا وفي مناطق أخرى . ولعل ذلك نتيجة تحسن طرق التشخيص ، ينتقل الخمج من شخص إلى آخر أو بواسطة الحيوانات وخاصة الكلاب والخنازير . يشاهد عادة استعداد وراثي للإصابة بهذا المرض ، ترتبط إصابة المفاصل اليرسيني بالجينات ، لأن أكثر من ٩٠٪ من المرضى المصابين بالتهاب المفاصل اليرسيني يوجد لديهم HLA – B27 . ولذلك ينتمي التهاب المفاصل إلى الزمرة الإيجابية لأمراض HLA – B27 والتي تشمل التهاب الفقار الرثياني ، وداء رايتر ، والتهاب المفاصل الصدافي ، والتهاب المفاصل المتفاعل التالي للخمج بالسالمونيلا والشيغللا ، إلى جانب ذلك يبدو أن النمط الجيني HLA – B27 يؤهب إلى مضاعفات اليرسينية وهي التهاب القزحية ، والتهاب القلب ومضاعفات بولية والتي تتكرر مشاهدتها عند المرضى إيجابي HLA – B27 . ومن جهة أخرى ليس هناك أية علاقة بين الإصابة بالحمامى العقدة الناجمة عن الخمج باليرسينية وبين النمط الجيني .

**الموجودات السريرية** : يدل الثلاثي العرضي التالي على المرض .

– أعراض معدية – معوية ( إسهال ، آلام معدية ، غثيان ، إقياء )

– حمى

– تظاهرات جلدية [ حمامى عقدة ، الجلاد الحمي العدل الحاد ( متلازمة سويت ) ، طفحات جلدية ] .

تشبه الأعراض المعدية – المعوية الأعراض المشاهدة في التهاب الزائدة الدودية التي ترتبط بالتهاب العقد اللمفية المساريقية أو التهاب اللفائفي الناحي الحاد . ومن الشائع حدوث التهاب المفاصل . ومن العلامات الأقل مشاهدة التهاب القزحية ، والتهاب القلب ، والتهاب كبيبات الكلى ، والتهاب الكبد ، وفقر دم انحلالي ، وآلام عضلية إلخ ... تختلف الأعراض السريرية باختلاف عمر المريض . يشكو الأطفال الصغار من الحمى والإسهال بينما يشكو الأطفال الأكبر سناً من آلام معدية كما في التهاب الزائدة الدودية ولكن نادراً ما يشتكون من التهاب المفاصل . يشكو الكهول من الحمى ، والإسهال ، والتهاب مفاصل ، ويشيع حدوث الحمامى العقدة أو متلازمة سويت عند النساء ، أما المرضى المسنين فلا يبدون أعراضاً أو أنهم يبدون حمامى عقدة فقط .

**التشخيص** : ويتم بالتحريات الجرثومية والمصلية .

*التحريات الجرثومية* : تزرع الجراثيم من البراز أو من النسج المصابة . ويحدث النمو الجيد في حرارة ٢٨° درجة مئوية . وينصح باستعمال طرق الحرارة المنخفضة عند زراعة العينة البرازية ، لأن اليرسينية تنمو حتى في درجة ٤° – ٥° مئوية .

**التحريات المصلية** : بفضل مستضدها O– ، يمكن عزل ٣٤ نمط مصلي لليرسينية المعوية القولونية . وإن أكثر سبب للأخماج في أوروبا هما النمطان المصليان ٣ و ٩ . والنمط ٣ في اليابان ، والأنماط ٣ – ٤ – ٥ و ٩ في كندا والنمط ٨ في الولايات المتحدة .

**المعالجة** : الدواء المنتخب هو التتراسكلين ، كما أن اليرسينية المعوية القولونية حساسة على الكلورامفينكول والستربتوميسين . تحدد شدة المرض المقدار الدوائي ومدة المعالجة والعوامل الممرضة مقاومة للبنسلين والامبيسللين دائماً . وتعالج التظاهرات الجلدية موضعياً حسب الأعراض .

## داء خمشة القط Cat – scratch Disease :

*المرادفات* :مرض مخالب القط ، الداء اللمفي الشبكي بالتلقيح الحميد .

**التعريف** : هو مرض خمجي ذو آفة أولية غير نموذجية ، يترافق باعتلال العقد اللمفية وأعراض عامة متوسطة الشدة ، وتفاعلات جلدية لا نوعية تشفى شفاء عفوياً .

**العامل الممرض** : هو جرثوم متعدد الأشكال سلبي الغرام منحن قليلاً أو عصوي الشكل ، طوله ٠,٩ – ١,٥ µm وذو سوط قطبي وحيد . أحدثت الآفات الجلدية بنجاح عند المدرع Armadillos وهو يشبه الجرثوم المشاهد كعامل للمتلازمة العينية الغدية للعالم بارينود Parinaud . ويعتمد نجاح عزل الكائن الحي على إجراء الزرع في المرحلة الباكرة من المرض مثل الخزعة المأخوذة من الآفات الباكرة في الجلد أو الأغشية المخاطية ( الملتحمة ) . ويمكن الحصول على لقاح من القيح الغدي مؤدياً إلى إيجابية التفاعل داخل الجلد من نمط تفاعل السلين عند المرضى المصابين سابقاً بحمى خدش القط ( مستضد مولارية Mollaret ) . يكون تفاعل فري Frei سلبياً غير أن تفاعل ارتباط المتممة( CBR ) يكون إيجابياً لمستضدات مجموعة الداء البيغائي – الحبيبوم اللمفي الأربي .

**الإمراض** : التهاب العقد اللمفية الناحيّة الحميد تحت الحاد . وإذا كان مكان التلقيح هو الأجفان أو الملتحمة ، تتشكل آفة حطاطية والتهاب ملتحمة في مكان التلقيح ، ويحدث التهاب العقد اللمفية حول الأذن بنفس الجهة . تُعد متلازمة بارينو Parinaud العينية الغدية شكلاً خاصاً من داء خمشة القط .

**الحدوث** : هو مرض منتشر في جميع بقاع الأرض وغالباً ما يصيب الأطفال والشباب بشكل إفرادي . يزداد الحدوث أحياناً عند أفراد العائلة الواحدة . ومن النادر وضع التشخيص رغم أن الداء يحدث أكثر مما نتوقع . يحدث انتقال المرض بواسطة لعق القط أو خدشه أو عضته ، ( يكون القط بصحة جيدة عموماً والداء غير معروف في عالم الحيوان ) ، كما يحدث انتقال المرض عن أذية بشوكة أو لدغ حشرة .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تستمر عشرة أيام ( ٣ ــ ٦٠ يوماً ) تظهر آفة أولية لا نموذجية تتألف من عقيدة ملتهبة حمراء متقرحة . يتبع الآفة البدئية بعد ٣ ــ ٥٠ يوماً ، ظهور تورم شديد قاس في العقد اللمفية الناحية ( المعقد البدئي ) ، ويمكن أن تتقيح . وغالباً ما تشفى البثرة الدملية الشكل قبل تورم العقد اللمفية الوحيد الجانب . تصاب المناطق المكشوفة مثل الوجه ، واليدين ، والذراعين أو الساقين بشكل رئيسي . وحسب منطقة الإصابة تتورم العقد اللمفية في الناحية المصابة .

**الأعراض** : تحدث أعراض عامة : ترفع حروري خفيف ، واعتلال عقد لمفية معممة ، وضخامة طحال وقلة الكريات البيض مع كثرة الحمضات . ويمكن أن يظهر على الجلد طفح حصبوي أو قرمزي الشكل أو طفح بقعي بثري . وقد لوحظ حدوث حمامى عديدة الأشكال وحمامى عقدة . ويمكن أن يحدث الحلأ النطاقي كمرض ثانوي . تتراجع الآفة البدئية ويتراجع تورم العقد اللمفية الناحيّة والأعراض المرافقة تراجعا عفوياً خلال فترة أسابيع إلى أشهر .

**التشخيص** : خمشات القطط وعضاتها ، أو لسع الحشرات ، أو خدش الأشواك ، والآفة البدئية ، وتورم العقد اللمفية الناحيّة ، تلوين وارثين ــ ستاري Warthin – Starry للآفة الأولية أو العقد اللمفية ، والزرع على مرق الببتون ــ الخميرة ــ الغلوكوز .

**التشخيص التفريقي** : السل ، والمعقد الأولي ، التولارمية ، والورام الحبيبي اللمفي الأربي ، وداء البروسيلات ، وداء الشعريات المبوغة ، وأخماج المتفطرات اللا نموذجية .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : ينصح باستعمال الصادات واسعة الطيف ( التراسكلين ) لمدة طويلة ولكن ليس من المؤكد انها فعالة . فإذا حدث تموج يرشف القيح ، ولا ينصح بالشق الجراحي .

*المعالجة الموضعية* : معالجة عرضية بالمراهم الحاوية على الصادات لمنع حدوث اخماج ثانوية .

**خمج البستوريلة Pasteurella Multocida Infection** :

**التعريف** : هو خمج جلدي ناجم عن عضة كلب أو قطة .

**العامل الممرض** : الباستوريلة المولتوسيدا .

**الإمراض** : الكائن الحي المسبب هو عصية مكورة غير متحركة سلبية الغرام تشكل جزءاً من النبيت الطبيعي لمخاطية الحيوان .

**الحدوث** : تشمل غالبية الأخماج جلد الأطراف بعد عضة الحيوان ولكن لا تحدث سوى في ٧٪ من العضات .

**الموجودات السريرية** : يحدث مكان العضة وذمة والتهاب الهلل مع ألم خلال ٤٨ ساعة من العض أو الرضح . ويحدث اعتلال العقد اللمفية الناحية بشكل شائع ، وتشاهد الحمى في ٢٠٪ من الحالات . ويمكن أن تُخمج العظام والمفاصل بشكل ثانوي . غير أن حدوث إنتان الدم ليس شائعاً ونادراً ما يحدث أم دم .

**الإنذار** : ممتاز مع المعالجة .

**المعالجة** : يستجيب الخمج للبنسلين G والتراسكلين وهو لا يستجيب جيداً إلى الجيل الأول من السيفالوسبورينات التي قد تسمح بحدوث إنتان دم ومضاعفات مثل أم دم .

**الأخماج بالغاردنيريلا المهبلية Gardnerella Vaginalis [ Gardner and Dukes 1955 ] Infection** :

*المرادفات* : عند النساء : التهاب المهبل الأميني . التهاب المهبل بالغاردنيللا ، والتهاب المهبل بالمولعة بالدم المهبلية Haemophilus Vaginalis Vaginitis . وداء المهبل اللا هوائي ، والتهاب المهبل الجرثومي ، والتهاب المهبل برائحة تشبه رائحة السمك .

عند الرجال : التهاب الإحليل بالغاردنيريلا ، التهاب الإحليل والموثة ، والتهاب القلفة والحشفة .

**العامل الممرض** : الغاردنيريلا المهبلية .

**الحدوث** : يحدث في جميع أنحاء العالم وغالباً عند الأشخاص النشيطين جنسياً ، ولعله أكثر من جميع أشكال التهابات المهبل الأخرى . ونتيجة لتحسن طرق الزرع ، يمكن عزل الجراثيم عند ٤٠ ــ ٥٠٪ من النساء النشيطات جنسياً ولكن عند ٢٪ فقط منهن تكون الإصابة عرضية ، نسبة الحدوث عند الرجال أقل إذ يمكن عزل الجراثيم عند ٣ ــ ٥٪ من الأشخاص اللا عرضيين ، وعند ١٥٪ من الأشخاص مغايري الجنس ومتعددي الشريك وعند ٥٪ فقط من الجنوسيين Homosexuals .

**لمحة تاريخية** : ذكر كل من ليوبولد Leopold عام ١٩٥٣ وفورغ ولوتز Wurch و Lutz عام ١٩٥٥ وجود كائن حي في السبيل البولي التناسلي . ووجد غاردنر Gardner وديوكس Dukes عام ١٩٥٥ عصيات سلبية الغرام أطلقا عليها اسم المولعة بالدم المهبلية أو الوتديات المهبلية . تنقلب هذه الكائنات حالياً إلى جنس الغاردنيريلا على أساس دراسات النمط الظاهري للدنا DNA . وقد كشف منها حتى الآن ثمانية زمر مصلية .

**الإمراض** : لا زال الإمراض غير معروف . تعد ٥٪ من النساء الصحيحات حاملات لعدد قليل من الغاردنيريلا المهبلية ( أقل

من ٢١٠ وحدة مشكلة للمستعمرة/مل من السائل المهبلي ) وهذا يدل على أن الغاردنيريلا المهبلية تشكل جزءاً من النبيت الطبيعي للمهبل . ومع ذلك يمكن أن تصبح ممرضة بسهولة وخاصة بالمشاركة مع الجراثيم اللا هوائية مثل العصوانيات Bacteroides والأنواع المتحركة Mobiluncus ( العصيات المنحنية ) . تشكل الغاردنيريلا غالباً الكائن الحي الأكثر وجوداً في التهاب المهبل اللا نوعي والذي من الأفضل تسميته داء المهبل الجرثومي Bacterial Vaginosis ، لأن جدار المهبل لا يكون ملتهباً بشكل ملحوظ . يُحدث تلقيح النساء الصحيحات بالغاردنيريلا المهبلية ، التهاب مهبل لا نوعي عند ٥٠٪ من النساء .

**الجرثوميات** : إن جنس الغاردنيريلا هو عصيات دقيقة ، أليفة الهواء ، تتلون بملون غرام بشكل متوسط ( تلوين غرام مقلقل ) ومن الصعب زرعها على أوساط معيارية ولكن يسهل زرعها على أوساط خاصة ، إذ نحصل على نمو جيد خلال ٢ ـ ٣ أيام في جو غني بثاني أوكسيد الكربون .

**الموجودات السريرية والتشخيص** : يشاهد عند النساء :

١ ـ نجيج مهبلي خفيف إلى متوسط ذي لون أبيض رمادي .
٢ ـ إن الباهاء PH الطبيعي لجدار المهبل هو ٣,٨ ـ ٤,٥ يرتفع إلى ٥ ـ ٥,٥ . ويمكن قياسه بسهولة بواسطة عيدان الباهاء ( PH Sticks ) .
٣ ـ العلامة النموذجية جداً هي الرائحة الكريهة كرائحة السمك العفن وهذا مزعج جداً للمريض .
٤ ـ يكون تفاعل الأمين إيجابياً . وإن إضافة قطرة أو قطرتين من محلول ماءات البوتاسيوم ١٠٪ إلى المفرزات المهبلية على صفيحة مجهرية يؤدي إلى ظهور رائحة خاصة مميزة كرائحة السمك . تؤكد كل من اختبارات الأمين الطيار ، والتحليل الاستشرابي Chromatographic للغازات ، والقياس الطيفي الكتلي أن السبب الأولي لرائحة السمك هو ثلاثي ميتيل الأمين .
٥ ـ يبدي فحص اللطاخة المهبلية وجود عدد غير قليل من الكريات البيض ، وعدد كبير من الخلايا البشروية ، وتجمع بعض العصيات المكورة الصغيرة السلبية الغرام على الخلايا البشروية المهبلية . وإن وجود الخلايا البشروية المهبلية الحبيبية المغلفة بالغاردنيريلا ، المسماة خلايا Clue Cells ، هي من العلامات الواسمة . ويعتقد أن هذه الخلايا ( تعطي مفتاح التشخيص ) وهي ذات حساسية ٧٠ ـ ٩٠٪ ونوعية ٩٥ ـ ١٠٠٪ . ومن الأفضل إجراء تلوين غرام أيضاً .
٦ ـ يجب نقل العينة إلى المخابر المختصة ، لزرعها على وسط Stuart أو وسط Amies .
٧ ـ يحمل الرجال عادة الغاردنيريلا . دون أعراض ، أو يبدون التهاب إحليل لا نوعي . يؤخذ الزرع من الإحليل ، أو من مفرزات الموثة بعد التمسيد أو من مادة الدفق Ejaculate .

وقد ذكر حدوث مضاعفات من الخمج المجموعي : خمج الجروح التالي لقص العجان Episiotomy ، والقيصرية ، والتهاب باطن الرحم بعد الوضع .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الفرج والإحليل بأسباب أخرى : النيسرية البنية ، المتدثرة الحثرية ، المشعرة المهبلية ... يمكن مشاهدة متلازمة رائحة السمك عند المرضى الذين لا يستطيعون استقلاب التري متيل أمين الممتص من المِعَى ( بيلة ثلاثي ميتيل الأمين ) .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* الميترونيدازول عن طريق الفم ٥٠٠ ملغ مرتين يومياً ولمدة سبعة أيام ، أو التينيدازول ٥٠٠ ملغ يومياً لمدة خمسة أيام . تتراوح نسبة الشفاء بين ٨٠ ـ ٩٠٪ بعد أسبوع من بدء المعالجة تختلف الآراء بالنسبة لمدة المعالجة وتصل حتى ١٤ يوماً ، وينصح بمعالجة الشريك . يحكم على نجاح المعالجة بغياب النجيج المهبلي ، وارتفاع الباهاء في جدار المهبل ، وغياب رائحة السمك . ورغم التخلص من الجراثيم اللا هوائية تبقى العصيات اللبنية الطبيعية موجودة .

وثمة خوف من الميترونيدازول لأنه مسرطن في القوارض ومطفر للجراثيم .

*المعالجة الموضعية :* ينصح البعض بالتطبيق الموضعي للمترونيدازول على شكل حمولات Suppository عيار ٠,٥ ملغ ولكن يجب أن يمر الدواء في الكبد للحصول على المستقلب الهدروكسي الفعال .

**المفطورات التاسلية Genital Mycoplasma [ Dienes and Edsall 1937 ] :**

**لمحة تاريخية** : وصف دنيس Dienes وإيدسال Edsall ١٩٣٧ كائناً حياً ـ ل L – Organism ( المفطورة ) عُزل من خراج غدة بارتولين . وهي جراثيم ليس لها جدار خلوي تنفصل عن المحيط بغشاء الخلية . وهذه الأنواع تسبب الأمراض عند الإنسان :

١ ـ ذات الرئة بالمفطورة مؤدية لحدوث ذات رئة لا نوعية .
٢ ـ المفطورة الإنسانية .
٣ ـ بولة المصورة الحالة للبولة Ureaplasma Urealyticum المرادفة للمفطورة T أو الذراري T ( يرمز حرف T إلى كلمة دقيقة لأنها تحدث مستعمرات دقيقة جداً بقطر ١٥ ـ ٦٠ μm ) وتؤدي إلى حدوث أخماج بولية

تناسلية ، إلى جانب ذلك يبدو أن المفطورة التناسلية لها علاقة بعدد كبير من الأمراض ، وقد كان الاسم الأساسي للمفطورات PPLO ( الكائنات الحية لمرض شبيه بذات الرئة والجنب ) .

**الحدوث** : يصاب الولدان بشكل شائع أثناء المرور بالقناة الولادية ، وتصاب الأعضاء التناسلية عند الفتيات أكثر من الذكور . ولا يستمر الاستعمار بهذه المفطورة . ومن النادر رؤية المفطورات قبل سن البلوغ . يبدأ الخمج مجدداً بعد الاتصال الجنسي ويبدي ترابطاً مع تعدد الشريك الجنسي . ونشاهد المفطورات الإنسانية والمفطورات الحالة للبولة في نبيت السبيل التناسلي للمرأة الكهلة والرجل .

**الموجودات السريرية** : يأخذ المرض أشكالاً مختلفة عند النساء والرجال .

*النساء :*

*التهاب مهبل :* يعتقد أن المفطورة الإنسانية والمفطورة « T » الحالة للبولة تسبب شكلاً واحداً من التهاب المهبل اللانوعي مترافقاً بنجيج له رائحة السمك . وهناك خلاف حول كون الخمج محدث بالمفطورة لوحدها أو متشارك مع كائنات حية دقيقة أخرى وخاصة الغاردنيريلا المهبلية .

*أمراض الحوض الالتهابية Pelvic Inflamatory Diseas ( PID ) :* يحدث التهاب عنق الرحم ، والتهاب باطن الرحم ، والتهاب النفير الصاعد بالمفطورة الإنسانية .

*الحمى عقب الإجهاض أو عقب الولادة :* يمكن أن تعزى إلى الخمج بالمفطورات . تشكو المريضة عادة من ترفع حروري خفيف يستمر عدة أيام بعد الولادة ، ولكنها لا تشعر بأنها مريضة ، وغالباً ما تشفى بعد سير غير متوقع دون معالجة بالصادات .

*الرجال :* .

لا يزال الرأي حول كون المفطورات مسؤولة عن التهاب الإحليل اللانوعي موضع جدل ولكن عزل الكائن الحي من الإحليل ونتائج المعالجة بالصادات تحسن من الخمج الحقيقي . ومن الأهمية بمكان تشارك هذه المفطورات مع كائنات حية أخرى كالمتدثرة الحثرية .

*التهاب الإحليل :* يجب أن يكون عدد المفطورات الإنسانية والحالة للبولة كبير لوضع التشخيص الصحيح . إذ يدل العدد القليل على التعايش . يبدي هذا الالتهاب نجيجاً من الإحليل يترافق غالباً بحس حرق أثناء التبول . ومن الشائع حدوث خمج ثنائي بالنيسرية البنية والمفطورات . وإن المعالجة بالبنسلين تشفى الإصابة بالنيسريات البنية وتترك وراءها التهاب إحليل تال حيث يمكن كشف المفطورات .

*التهاب الموثة :* يمكن أن يؤدي الخمج الصاعد إلى التهاب الإحليل والتهاب الموثة .

*التهاب البربخ :* إن التساؤل حول كون المفطورات قادرة على إحداث هذا الخمج لا يزال موضع جدل . وفي غالبية الحالات ينجم الالتهاب عن المكورات البنية والمتدثرة الحثرية .

*داء رايتر :* يمكن المتدثرة الحثرية أن تحدث هذا المرض عند الرجال الذين لديهم HLA – B27 . لا يزال الشك قائماً حول المفطورات كسبب لداء رايتر .

*متفرقات :* لم يتم الفصل بعد حول دور المفطورات في العقم عند النساء والرجال ، ويجب ملاحظة علامات الخمج والبدء بالمعالجة عند الضرورة . وتنطبق نفس الحقيقة في حال الإجهاضات المتكررة والإملاص Stillbirth .

**التشخيص** : تؤخذ كشاطة بواسطة حامل قطن أو بواسطة عروة من البلاتين من مخاطية الإحليل ، أو كيس القلفة ، أو باطن قناة عنق الرحم ، أو المهبل ، أو تؤخذ عينة بعد تمسيد الموثة أو من الماء الدافق أو البول ، يجب وضع المادة مباشرة في وسط مناسب ، ويمكن نقلها إلى مخابر مختصة بعيدة ولكن خلال ٢٤ ساعة وبدرجة ٤° مئوية . ويمكن نقل الراسب البولي بنفس الطريقة . تزرع العينات على أوساط مناسبة ، والوسط المعياري هو وسط PPLO ( الكائنات الحية الشبيهة بذات الجنب والرئة Pleuropneumonia – like Organisms ) . وهو بالأساس مرق نقيع قلب البقر أضيف إليه خلاصة الخميرة الطازجة ومصل الحصان لتأمين البروتين والكولسترول والستيرولات الأخرى الضرورية لنمو المفطورات . يستغرق زرع المفطورة الحالة للبولة من يوم إلى يومين وتستغرق المفطورة الإنسانية سبعة أيام ، ويحتاج بعض الأنواع ما بين شهرين وثلاثة شهور . يتراوح قطر مستعمرات المفطورة الإنسانية بين ٢٠٠ – ٣٠٠ ميكرون متر ، ومظهرها النموذجي يشبه البيض المقلي . وينجم ذلك عن نمو المستعمرة في وسط آغار في مركز المزرعة ، وعلى السطح فقط في محيطها ، تُحدث المفطورة الحالة للبولة مستعمرات صغيرة من ١٥ إلى ٦٠ ميكرون مع نمو محيطي خفيف وإن منابلة الوسط تضعف طراز النمو لدى المفطورة الحالة للبولة . هذا وإن زيادة حجم الآغار ودرء Buffering الوسط يزيد من حجم مستعمرات المفطورة الحالة للبولة . وإذا احتشدت مستعمرات المفطورة الإنسانية مع بعضها فإنها لا تنتشر في المحيط بل تبقى صغيرة . يوجد عدة أنماط مصلية في المفطورات الإنسانية والحالة للبولة ، ويعرف حالياً سبعة أنماط من الأولى وأربعة

عشر نمطاً من الثانية . ولم يثبت حتى الآن أن نمطاً مصلياً خاصاً يترافق بأشكال خاصة من المرض .

**المعالجة** : يستعمل التتراسكلين هيدروكلورايد ، وأوكسي تتراسكلين ، ودوكسي سيكلين والمينوسيكلين . ويكون المقدار الدوائي ٠,٥ ملغ من التتراسكلين هيدروكلورايد أربع مرات يومياً ، أو الدوكسي سيكلين أو المينوسيكلين ١٠٠ ملغ مرتان يومياً لمدة ٧ - ١٤ يوماً . يفيد التتراسكلين ضد المفطورات الإنســانية والمفطورات الحالة للبولة ويفيد أيضـاً ضد المتدثرة الحثرية ، وهي كائنـات حيـة تشـاهد معاً في التهاب الإحليل بالمكورات اللابنيـة أو آفات الحوض الالتهابية بالمكورات اللا بنية . ويمكن استعمال الإيريترومايسين ولكن ليس للمفطورة الإنســانيـة . يجب فحص الشريك الجنسـي ومعـالجته بنفس الطريقة إذا لزم الأمر . وتتطلب آفات الحوض الالتهابية الحادة الاستشفـاء والمعـالجة زرقاً وريدياً بالأدوية المنتخبـة المضــادة للجراثيم .

# الفصل الخامس

# الأدواء المتسببة عن الأوالي

# Diseases Caused by Protozoa

د . صالح داود

## داء اللَّيْشُمَانِيَّات Leishmaniasis :

**التعريف** : ينجم داءالليشمانيات عن أوالي اكتشفت من قبل ليشمان ودونوفان ( Leishman و Donovan عام ١٩٠٣ ) وتنتمي إلى عائلة المثقبيات . وقد وصفت الآفة منذ العصور القديمة . واعتماداً على المميزات السريرية والشكليائية يمكن أن نميز ثلاثة أشكال رئيسية ( الجدول ٥ : ١ ) .

وعلى كل حال ، فإن هذا التصنيف يختلط أثناء الممارسة العملية في طب الجلد وذلك نتيجة تداخل الأعراض . وتملك جميع أنواع الليشمانيات ميلاً لإصابة الجلد سواءً بشكل مؤقت أو دائم .

وفي العالم القديم ، يعتبر أن العامل الذي يسبب داء الليشمانيات الجلدية هو الليشمانية المدارية مع اختلافات وراثية أحياناً . وتقع مناطق استيطان الداء في أوربا شرقي خط الحرارة السنوي البالغ ١٠° م ( الحدود الشمالية لمنطقة نمو أشجار الزيتون ) . ومع ذلك فهناك تواجد للمرض في بلاد البلقان وفرنسا . وفي مثل هذه المناطق يحدث المرض بصورة مؤقتة وفي مناطق معينة دون أن يكون مستوطناً . أما آفات الأغشية المخاطية فتتميز بسير سليم وشفاء عفوي دائماً . وتتأثر علامات وأعراض وسير المرض بشكل ملحوظ باستجابة المريض المناعية . أما داء الليشمانيات في أمريكا فيتميز باختلاف أكبر في العامل الممرض ، وهذا ينعكس على الموجودات السريرية ، حيث يؤدي إلى آفات جلدية سليمة ذات سير مخاتل تستمر عقوداً ( مثل التقرح الصمغي على الصيوان الذي تسببه الليشمانية المكسيكية ) . كما يوجد شكل جلدي مخاطي ينجم عن الليشمانية البرازيلية حيث تؤدي إلى آفات عميقة خبيثة مخربة ومترقية على الشفتين والحنك والأنف في المراحل المتأخرة من الداء . ولا تصاب هنا الجملة الشبكية البطانية ، أو الطرق اللمفية الحشوية عند الإنسان حتى في الأشكال المنتشرة منها .

أما في أدواء الليشمانيات الحشوية الناجمة عن أنواع مختلفة من الليشمانية الدونوفانية فتحدث تغيرات بدئية في الجلد لا تلاحظ عادة ، مثل الليشمانية بعد الكالازار حيث يكون هناك ظهور متأخر للعامل الممرض في الجلد مرة أخرى . تنتشر أدواء الليشمانيات الحشوية في منطقة البحر الأبيض المتوسط وفي كل البلدان الجنوبية باستثناء الجزر المتحدة بين المحيط الهندي وجنوب المحيط الهادي .

**الجدول ٥ ـ ١ : أشكال أدواء الليشمانيات**

| العامل الممرض | اسم المرض |
|---|---|
| الليشمانية المدارية L. Tropica | ـ داء الليشمانيات الجلدي .<br>ـ القرحة المدارية .<br>ـ داء الليشمانيات الجلدي الناكس ( الشكل الدرني المتأخر ) .<br>ـ داء الليشمانيات الجلدي المنتشر . |
| الليشمانية الدونوفانية L. Donovoni | ـ الكالازار Kala-azar ( داء الليشمانيات الحشوي ) .<br>ـ داء الليشمانيات الجلدي بعد الكالازار |
| الليشمانية البرازيلية L. Brazilliensis | ـ داء الليشمانيات الجلدي الأمريكي .<br>ـ داء الليشمانيات الجلدي المخاطي (espundia) . |

## داء الليشمانيات الجلدي

## [Wright 1907] : Cutaneous Leishmaniasis

*المترادفات* : إن التوزع الجغرافي الواسع للآفة أدى إلى تعدد أسمائها ، هذه التسميات تعكس وجوده في المناطق الأسيوية والإفريقية دون أن يكون هناك اسم يشير إلى كثرة حدوثه في غرب البحر الأبيض المتوسط ومن هذه الأسماء : دمل حلب أو بغداد أو Biskra أو دمل الشرق ، حبة الشرق أو بغداد ، قرحة دلهي أو كاندهار أو لاهور ، ناتال ، قرحة الشرق أو بنغلادش وغيرها من الأسماء .

**التعريف** : داء خمجي عقيدي تقرحي في الجلد تسببه الليشمانية المدارية والمميز نسجياً . وهناك ثلاثة أشكال سريرية لهذا المرض تتداخل أعراضها عادة .

١ ـ الشكل الأكثر شيوعاً ، وهو الشكل العقيدي الموضع والذي يتقرح بصورة مبكرة ، أو متأخرة ، ويشفى عفوياً تاركاً ندبة .

٢ ـ الشكل مفرط الفعالية الذي يعاود بالظهور دائماً في مواقع جديدة .

٣ ـ الشكل المنتشر المعمم المعطل الذي يكون سطحياً في البدء ثم ينتشر ليشمل مناطق أوسع من الجلد .

**الحدوث** : تحدث الليشمانية الجلدية في البلدان الدافئة فقط وهي

أكثر انتشاراً عند الحدود الرملية من الصحراء . ويتواجد الداء في منطقة البحر الأبيض المتوسط بما فيها الجزر ، ومن الشرق الأوسط إلى الهند ، وفي جنوب الاتحاد السوفياتي والصين ، وكذلك في أفريقية باستثناء حزام الغابات الممطر . وتتوطن اللايشمانيا حيث يوجد الناقل ( الحشرة الناقلة ) . وتظهر بشكل خاص في المناطق المنخفضة نسبياً ( حتى ٤٠٠ م فوق سطح البحر ) . أما في أثيوبيا ، وجنوب أفريقيا الاستوائية ، وجنوب أمريكا فيمكن أن نجد الناقل على علو حتى ٣٠٠٠ م فوق سطح البحر . وتدخل الحشرة ( ذبابة الرمل الأنثى ) إلى داخل المساكن ليلاً ، وهذا ما يفسر الإصابة البدئية في سن الطفولة في مناطق استيطان الداء .

**المسببات والعامل الممرض** : تعد الليشمانية المدارية من الأوالي وتنتمي إلى عائلة المثقبيات وهي تعيش داخل الخلايا في الحيوانات ، وتبدو دائرية بيضوية الشكل ، عديمة السياط ، في الفقاريات ( سواء الإنسان أو الحيوان الفقري ) . ويسمى هذا الشكل بجسيم ليشمان ـ دونوفان ( راجع الشكل ٥ : ١ ) . أما في الحشرة الناقلة أو في وسط الزرع السائل فإن الطفيلي يتكاثر ويأخذ شكلاً مسوطاً **Promastigote** . هذا ولا يمكن التمييز بوضوح بين أنواع الليشمانيات المختلفة بواسطة المجهر الضوئي . أما الشكل عديم السوط **Amastigote** فله شكل مدور أو بيضوي أو كمثري ، يتراوح قطره من ٢ ـ ٥ ميكرون ، ويتميز بنواة مدورة كبيرة مع نوية صغيرة متحركة عصوية الشكل . ويعتبر وجود النواة مع النوية علامة تشخيصية هامة . وعندما يدخل العامل الممرض إلى الجلد بواسطة لدغة الحشرة يتفاعل الجلد بالتهاب نموذجي موضع في مكان اللدغة . وإن انتشار العامل الممرض بالطريق الدموي أو اللمفي مع تشكل آفات ثانوية أمر نادر ، ويحدث لمسافة قصيرة فقط إذا حدث . وتصيب الآفة المناطق غير المغطاة من الجلد ويكون اللدغ ليلاً . تتكاثر الليشمانية المدارية في المنسجات الجلدية للإنسان المضيف ، ويعتمد حدوث التقرح وشدته على عدد الطفيليات الملقحة وعلى القدرة الدفاعية للمريض وعلى خمج إضافي . ويحدث الشفاء العفوي مع تشكل ندبة خلال سنة عادة ويمكن أن تشفى الأشكال الجافة من المرض دون ندبة . وتترافق أدواء الليشمانيات الحشوية مع مناعة مثبطة وخطر حدوث خمج ثانوي . وعندما تحدث الجدوع يعتقد أن هناك دوراً لآليات مناعية ذاتية في إحداثها .

**انتقال المرض** : هناك احتمال لانتقال الخمج ( الطفيليات اللاسوطية ) من إنسان مصاب لآخر بالتماس الصميمي ، إلا أن هذا لا يلعب دوراً مهماً . فالعامل الممرض يمر خلال دورته الحياتية عبر الفقاريات أو الحشرات الناقلة ، ولم يعرف له إلى الآن طور تكاثر جنسي كما هي الحال في العامل الممرض للبرداء . يحدث انتقال العامل الممرض بواسطة ذبابات صغيرة ( ١ ـ ٢ ملم ) ، ليلية ، ماصة للدماء من جنس الفواصد . تتغذى الأنثى فقط على الدم وتقوم بوظيفة حامل لطفيلي اللايشمانيا . ويتوقع أن عمر الذبابة حوالي ٣ أسابيع مع فعالية محدودة في أماكن تناسلها ، لذا فإن غرف النوم الواقعة على مستوى الأرض تكون أماكن شائعة لحدوث الإصابة . وكقاعدة ، فإن الذبابة لا يمكن أن تصل إلى الطوابق العليا إلا بمساعدة تيارات هوائية شديدة . ويقتصر تكاثر الليشمانية في الحشرة على جهازها الهضمي ويستغرق من ٦ ـ ٩ أيام اعتماداً على درجة الحرارة . وإن قابلية الطفيلي للحركة في المرحلة المسوطة ( ذات السوط ) تسمح له بتوجيه نفسه إلى الجهاز الهضمي العلوي وإلى الهجرة إلى الأجزاء الفموية منها . وإن سحق الحشرة في مكان اللدغ يعتبر عاملاً مهماً في حدوث الخمج . وهناك مستودع من الفقاريات لكل نوع من أنواع الليشمانيات : أي أن داء اللايشمانيات الجلدي هو داء حيواني بشري ويسهل الانتشار المحلّي للمرض من قبل الكلاب والثعالب وبنات آوى وحيوانات أخرى صغيرة مثل القوارض التي تعتبر مستودعات طبيعية للعامل الممرض تنقله ذبابة الرمل منها ومن الإنسان المصاب إلى الإنسان السليم .

**المناعيات** : إن الخمج بالليشمانية هو نموذج مدرسي للمناعة المتواسطة بالخلايا . وإن التجارب الحيوانية غير ملائمة للتشخيص الروتيني . وفي داء الليشمانيات الجلدية لا يعطي تحديد الأضداد الجوّالة الناتجة عن التماس مع المستضد بطرق مناعية خاصة نتائج موثوق بها ، وإن شفاء الآفة يترك خلفه مناعة واقية . ويبدو أن هذه المناعة لا تستمر مدى الحياة ما لم يكن هناك تعرض مستمر للمستضد ، وإلّا لما كان حدوث أدواء الليشمانيات الجلدية العرضية عند البالغين في الأماكن الموبوءة مرتفعاً كما هو عليه الحال . وتظهر عادة عودة الخمج عند المريض الممنع جزئياً أو بشكل تام دون أعراض ويمكن بسهولة أن يقع الخطأ في تشخيصها . وقد أبدى المرضى المهاجرون إلى أستراليا من منطقة البحر الأبيض المتوسط تظاهرات للإصابة بالليشمانيا حتى بعد سنوات عديدة . لذا يجب على المرء أن يفترض إمكانية بقاء العامل الممرض لفترة طويلة في خلايا المضيف دون مظاهر سريرية أو مناعية .

**الموجودات السريرية** : يمكن تمييز ثلاثة أشكال مختلفة سريرياً .

ـ *الشكل العقيدي* : تبدأ الآفة بعد دور حضانة ( ٢ ـ ٣ أسابيع وقد يصل إلى السنة ) بحطاطة صغيرة حمراء ـ بنية ، تكون في البدء عبارة عن بقعة تشبه لدغة البعوضة . تكبر الآفة خلال شهور لتصل في قطرها إلى ٠,٥ سم أو أكثر . وتتضمن المناطق المفضلة للإصابة كل الأجزاء غير المغطاة من الجسم

وخاصة الوجه والرقبة ، والذراع ، والساعد والساقين ؛ أي الأماكن التي يمكن أن تصلها الفواصد . ومن الشائع حدوث آفة وحيدة وقد يصل عددها إلى ٥ ــ ٢٠ ، وقد تصل أحياناً إلى المئات . ويظهر الخمج عادة عند السياح بعد أن يكونوا قد غادروا المنطقة الموبوءة .

ــ *الشكل التقرحي* : يمكن أن يتحول الشكل العقيدي بعد عدة أشهر إلى تقرح طري مغطى بقشور ، دائري أو بيضوي الشكل ولا يترافق بأعراض مجموعية ( راجع الشكل ٥ : ٢ ) . ويحدث الشفاء العفوي عادة بعد سنة .

ــ *الشكل الناكس* : لا يحدث الشفاء العفوي في حوالي ١٠٪ من المرضى ، حيث تتطور الإصابة إلى شكل آخر من الآفات . وهي آفات شديدة تحدث إما بسرعة على حواف تقرح سابق أو في مكان بعيد عن الآفة البدئية وعلى جلد سليم . وتكون هذه الآفات بنية مصفرة ، وتبدي بفحص الشفوفية Diascopy رشاحة ذأبانية . ويحدث الشفاء بعد عدة سنوات مخلفاً وراءه ندبات مشوهة أو جدوعاً على الأنف ، والأجفان والأذنين .. وليس من النادر إصابة الأغشية المخاطية ( الشفاه ، الأنف ، الحنك ) . وعلى كل حال ، فإن الشفاء في هذا الشكل يكون أسرع من الشكل الجلدي المخاطي في داء الليشمانيات الأمريكي الجنوبي .

**الأعراض** : تسبب أدواء الليشمانيات عادة أعراضاً غير هامة ما لم يكن موقع الإصابة معيقاً للوظيفة ، مثل التوضع على الأجفان أو حافة الأذن .

**التشريح المرضي النسجي** : في المراحل المبكرة من الأشكال العقيدية والتقرحية نشاهد رشاحة بالبالعات واللمفاويات والخلايا المصورية والمحببة . ومن الممكن اكتشاف العامل الممرض في هذه الآفات في الأشهر ( ٥ ــ ٧ الأولى ) من المرض ، لكن زرع الطفيلي يكون ممكناً من الآفات الأقدم . أما في الشكل الناكس فتشاهد حبيبومات درنية الشكل .

**السير** : تتطور الآفة عادة دون اختلاطات وقد يرافقها التهاب أوعية لمفية وحمرة . كما يمكن حدوث تقيح ثانوي مع ضخامة عقد لمفية نادرة .

**التشخيص** : سهل في العادة اعتماداً على القصة السريرية ( الإقامة في أماكن موبوءة ) ، وعلى التظاهرات السريرية ، وتحري العامل الممرض .

ــ *الزرع* : يمكن زرع العامل الممرض الموجود في الآفة ، إما من القطع المأخوذة بالمشرط ، أو بشكل أفضل من الخزعة ، أو بثقب حواف الآفة . ووسط الزرع هو الآغار الدموي (Novy – Mc Neal – Nicolle NNN) أو على وسط Eagle . تنمو اللايشمانيا المدارية ببطء مترافقة مع تشكل حبيبي وُرَيْدي في الطور السائل للوسط . ويمكن كذلك زرع العامل الممرض من مادة العقد اللمفية . ويسبب تلقيح الحيوانات ، مثل فأر الهامستر ، إنتاناً موضعياً أو مجموعياً . أما نقل النسج من الإنسان إلى وسط الزرع ثم إعادتها إلى الإنسان فيسبب إصابة جلدية نموذجية .

ــ *اللطاخة* : بعد تنظيف تام للقرحة ، تجرف مادتها ، أو يمكن الحصول عليها بشكل أفضل بواسطة شق سطحي لحواف التقرح ، تثبت بالميثانول ثم تلون بغيمزا . وتكون الآفة بشكلها العقيدي أو في المراحل الأولى من الشكل التقرحي غنية بالمتعضيات ، ويتميز الطفيلي بشكل أجاصي شاحب التلون مع جزء شديد التلون له شكل القبعة ، ويكون موجوداً إما ضمن البلاعم الكبيرة أو بشكل حر .

ــ *الخزعة* : تتوضع الليشمانية داخل الخلايا وتعد طريقة اللطاخة النسجية أفضل من المقطع النسجي الملون بغيمزا . حيث تؤخذ لطاخات من نسج الخزعة الطازجة وتمد على صفيحة زجاجية ثم تلون بمحلول غيمزا .

ــ *اختبار اللايشمانين* : يجرى حقن المتعضيات المقتولة بالحرارة ( ١٠٠,٠٠٠ في ١ مل ) داخل الجلد . وفي حال وجود خمج نحصل على تفاعل إيجابي بعد ٤٨ ساعة . ويكون هذا التفاعل على شكل حطاطة مكان التلقيح بقطر ١ ــ ٢ سم مع هالة حمامية ( نسجياً نجد نمطاً درني الشكل ) ، مما يدل على حدوث تفاعل من نمط فرط الحساسية المتأخر ( تفاعل مونتينغرو : Montenegro Reaction ) . وليس لهذا الاختبار أية قيمة تشخيصية في المناطق الموبوءة ، لأنه يتوقع حدوث نتائج إيجابية عند الشافين من أدواء الليشمانيات منذ وقت بعيد .

**التشخيص التفريقي** :

ــ *الشكل العقيدي* : يفرق عن الدمل ، الحمرة ، السرطانة قاعدية الخلايا ، الشوكوم القرني ، الذأب الحمامي ، الساركوئيد ، واللمفوم الخبيث .

ــ *الشكل التقرحي* : يفرق عن الأكتيمة ، القرحة المدارية ، الداء العليقي ، الأورام الخبيثة ، القرح الإفرنجي ، السل الجلدي .

ــ *الشكل الراجع ( الناكس )* : ونميزه عن الذأب الشائع ، الإفرنجيات الدرنية الساعية ، الساركوئيد ، الجذام الدرني ، داء الشعريات المبوغة ، الخمج غير النموذجي بالمتفطرات ( مثل المتفطرة البحرية والمتفطرة القرحية ) .

**المعالجة** : تشفى أدواء الليشمانيات في أغلب الحالات عفوياً خلال سنة .

ــ *المعالجة بالحقن داخل الآفة* : يحقن الميباكرين ( ١ ــ ٢ مل في ١٠٪ محلول مائي ) أو الكلوروكين أو هدروكلوريد الإيميتين

( ٢ ــ ٥٪ ) أو البنتوستام ( غليكونات أنتموان الصوديوم ١ ــ ٢ مل ) . يكرر الحقن أسبوعياً بصورة متواصلة لمدة ٦ أسابيع . وينصح بهذه المعالجة عندما تكون الآفات قليلة العدد رغم كونها غنية بالمتعضيات . ويمكن أن نلاحظ أحياناً عدم تحمل للدواء مكان الحقن . أما في الشكل الدرني فيمكن أن يكون حقن معلق ممدد من الستيروئيدات القشرية البلورية مساعداً .

ــ *المعالجة الفيزيائية :* إن الليشمانية حساسة تجاه درجات الحرارة المنخفضة ، ولذا فإن المعالجة القريّة بالآزوت السائل أو الثلج الفحمي مع الأسيتون يمكن أن تطبق بعد معالجة الخمج المرافق . تطبق مثل هذه المعالجة إما خلال خمسة أيام متواصلة أو ٣ ــ ٥ مرات خلال أسبوعين . وبهذه الطريقة يمكن الحصول على نتائج جمالية جيدة . ويجب عدم إجراء التخثير الكهربي . كما يمكن تطبيق المعالجة بالحرارة ٣٩ ــ ٤٢° م لمدة إجمالية من ٢٠ ــ ٣٠ ساعة خلال ١٠ ــ ١٤ يوماً . وقد أبدت هذه الطريقة نتائج جيدة في اللايشمانيا المدارية . وتظهر المعالجة بأشعة X نتائج إيجابية في الخمج البدئي فقط ولم تحدد جرعة الإشعاع اللازمة ، وفي أي حال يجب ألا يطبق أكثر من ١٥ Gy .

ــ *المعالجة الجهازية :* وينصح بها عند وجود بؤر خمجية متعددة أو منتشرة . ويجب أن تكون المعالجة طويلة الأمد .

ــ *مضادات البرداء :* وينصح بإعطائها داخلاً في الإصابات المنتشرة وفي أدواء الليشمانيات الحشوية . ومن الأدوية المستخدمة ( الميباكرين والكلوروكين ) . يعطى الكلوروكين مرتين يومياً عن طريق الفم ، ٢٥٠ ملغ لمدة يومين ثم ٢٥٠ ملغ يومياً لمدة ٢ ــ ٣ أسابيع ، وتعطي هذه المعالجة نتائج إيجابية أحياناً .

ــ *أملاح الأنتموان :* حيث تعطي أفضل النتائج ، ويمكن استعمال مركبات الأنتموان الثلاثية أو الخماسية . ويمكن أن تعاد المعالجة عند الضرورة بعد شهر ، إلا أنه يجب مراقبة تأثيراته الجانبية .

ــ *السيكلوغونيل باموين* ***Cycloguonil pamoate*** : يعتبر فعالاً في الأخماج الحديثة الحادة وليس في الأشكال الناكسة . ويكفي عند البالغين حقنة عضلية واحدة ( ٣٥٠ ملغ ) . وتعاد الحقنة بعد ١ ــ ٣ أشهر إذا لزم الأمر .

ــ *الكيتوكونازول :* وقد جرب استعماله أيضاً في معالجة أدواء الليشمانيات الجلدية .

هذه الأدوية السابقة الذكر تفيد في الأشكال العقيدية والمتقرحة من أدواء الليشمانيات ولا تفيد في الأشكال الناكسة(*) .

**الاتقاء :** من المهم مكافحة الحشرات الناقلة ورش المبيد الحشري في مناطق المعيشة ومناطق قضاء الإجازات .

## داء الليشمانيات الحشوية ، وداء الليشمانيات الجلدية بعد الكالاآزار :

*المترادفات :* كالا ــ آزار **Kala – Azar** ، حمى **Dumdum** ، داء الليشمانيات الجلدية بعد الكالاآزار . داء الليشمانيات الجلدية الأسود ( **Kala** بالهندية تعني الأسود و **Azar** بالفارسية تعني داء ) .

**التعريف :** داء خمجي يصيب خلايا الجهاز الشبكي البطاني في الطحال والكبد ونقي العظام . تسببه الليشمانية الدونوفانية . ويتميز سير المرض بذروة نهارية مضاعفة للحرارة ( تظهر على منحنى الحرارة ) وضخامة كبدية طحالية وفقر دم وقلة الكريات البيض وجلد داكن مميز .

**الحدوث :** ينتشر هذا الداء بشكل واسع في المناطق المدارية وتحت المدارية مع نسبة حدوث مرتفعة في الهند وبنغلادش والصين والسودان وغربي وشرقي أفريقيا ، وشرقي روسيا وبعض مناطق أمريكا الجنوبية . وكذلك تحدث أدواء الليشمانيات الحشوية بشكل وبائي في مناطق حول البحر الأبيض المتوسط حيث يصاب الأطفال بشكل خاص .

**السببيات والعامل الممرض :** وهي شديدة الشبه بإمراض أدواء الليشمانيات الجلدية . فمن الضروري وجود مخازن للطفيلي ( إنسان أو حيوان ) وكذلك توفر الناقل ( من أنواع الفواصد ) وظروف جغرافية ( حرارة ورطوبة ) مناسبة لوجود هذه الفواصد ومضيف حساس للمتعضيات .

**الموجودات السريرية :** يستغرق دور الحضانة من ٢ ــ ٤ شهور ، لكن ذكرت فترات من ١٠ أيام إلى سنة أحياناً . وتظهر متلازمة ما بعد الكالا ــ آزار بعد حوالي ١ ــ ٣ سنوات من العدوى بداء الليشمانيات الحشوي . سير المرض مزمن ويصل ذروته بعد ٤ ــ ٦ شهور ويمكن أن يؤدي إلى الموت في أقل من ٦ أشهر ( كما في السودان ) . يتصف الكالاآزار بصور سريرية متنوعة أكثر من الليشمانيات الجلدية . ويتميز المرض بظهور حطاطات حمراء داكنة صغيرة متعددة على الساقين مع تصبغات بشكل بقع سوداء بنية ( ومن هنا أتت التسمية بالكالاآزار ) . تأخذ الآفات الجلدية شكلاً جافاً قاسياً مع خشونة سطح الجلد ووجود ضمور لّماع في الأجزاء السفلية من الساقين . كما تحدث تغيرات وعائية مترافقة مع نزوف جلدية أو في الأغشية المخاطية مع بروز في أوردة الجلد . وقد

---

(*) ويمكن تطبيق الألوبيورينول داخلاً بمقدار ١٥ ــ ٢٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً ولمدة ٢ ــ ٤ أسابيع ( المترجم ) .

يحدث فقدان أشعار وتغيرات في الأغشية المخاطية يرافقها شحوب في الغشاء المخاطي الفموي والتهاب فم ولثة .

أما الجلاد بعد الكالاآزار فيتكون من الثالوث العرضي : بقع ناقصة الصباغ وأخرى حمامية وعقيدات .

**السير** : يعتبر الكالاآزار وداء الليشمانيات بعد الكالاآزار من الأمراض الخطرة ، حيث يموت ٧٥ ـ ٩٥٪ من المرضى غير المعالجين في غضون سنتين . ويؤدي تعمم الخمج وإصابة القلب والكبد والطحال ونقي العظام إلى مرض مجموعي خطير . أما إذا أعطي المريض المعالجة النوعية في الوقت المناسب فإن الشفاء يحدث في ٩٥٪ من الحالات . أما تدبير داء الليشمانيات بعد الكالاآزار فهو أكثر صعوبة ويمكن ألا يحدث شفاء تام .

**التشخيص** : كما في داء الليشمانيات الجلدي فإن التشخيص يعتمد على القصة السريرية ( مناطق موبوءة ) والموجودات السريرية وكشف العامل الممرض الذي يتواجد في الدم ونقي العظام والعقد اللمفية . ينمو العامل الممرض خلال ١ ـ ٤ أسابيع بعد وضعه في وسط الزرع NNN ، كما أن تلقيح القداد Hamster يؤدي إلى إحداث خمج مجموعي مما يفرقه عن داء الليشمانيات الجلدي حيث أن تلقيحه بالليشمانية المدارية يؤدي إلى خمج موضع .

أما في داء الليشمانيات ما بعد الكالاآزار فإن التبدل الممكن تحريه هو كثرة الحمضات في الدم . ويمكن تحري العامل الممرض بواسطة إجراء خدش مكان البقع الالتهابية أو العقيدات الحطاطية وليس من البقع أو الحطاطات أو العقيدات ناقصة الصباغ . ولا يمكن إجراء التحري من نقي العظام أو العقد اللمفية .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* تطبق المعالجة بالحقن داخل الأدمة على عقيدة وحيدة ما بعد الكالاآزار وذلك بتشريبها بمحلول سلفات البربرين ٢٪ أو الدي هدروكلوريد الميباكرين ١٠٪ ، أو الستيروئيدات القشرية السكرية ، أو مركبات الأنتموان خماسية التكافؤ ( غليكونات أنتموان الصوديوم : ١ مل التي تحوي على ١٠٠ ملغ ) .

وتتضمن المعالجة الجهازية للكالاآزار عنصرين مؤكدي التأثير : مركبات الأنتموان والدي أمين . يعطى الأنتموان بشكله الخماسي التكافؤ . ويعطي الدي أمين بشكل Pentamidine . أما في الليشمانيات بعد الكالاآزار فيقتصر فيها على الأنتموان لأن الدي أمين ليس له أية فعالية في هذا الشكل . ولمزيد من المعلومات يجب الرجوع إلى الأدب الطبي المداري ، لأن هذه الآفات تعتبر من الأمراض النادرة جداً في أوربا وشمال أمريكا .

*المعالجة الموضعية :* معالجة عرضية فقط .

## داء الليشمانيات الأمريكية :
## American Leishmaniasis :

*المترادفات :* الليشمانيات الأمريكية ( الجنوبية ) الجلدية ، داء ليشمانيات العالم الجديد ، **Bauru** ، قرحة باهية **Bahia** ، قرحة **chiclero** ، **Llaga Brava** ، الشكل الجلدي من **Uta** ، الشكل الجلدي المخاطي من **Espundia** ، **Pian bois** ، الداء العليقي في الغابات ، الداء العليقي الكاذب .

**التعريف** : داء خمجي مزمن مع تشكل حبيبومات نموذجية يتلوه إصابة مرافقة في الجهاز التنفسي العلوي . وينجم عن الليشمانية البرازيلية .

**الحدوث** : يصيب الأطفال والبالغين على حدٍّ سواء ويتحدد توزعه في القارة الأمريكية الجنوبية ، شمالاً حتى شبه جزيرة ياكاتان ( ٥٢٥° شمالاً ) وجنوباً حتى شمال الأرجنتين ( ٥٣٠° جنوباً ) مع معدل حدوث مرتفع في البرازيل والبيرو بشكل خاص . تظهر أدواء الليشمانيات الأمريكية في المناطق الحارة الرطبة وذروة حدوثها خلال الفصول الماطرة حيث تتكاثر الفواصد خلال هذه الفصول .

**السببيات** : كما في أدواء الليشمانيات الجلدية والكالاآزار فإن وجود العامل الممرض يرتبط بوجود مخزن نوعي للخمج ( إنسان أو حيوان ) ، وناقل نوعي ( من نوع الفواصد ) . ومن الضروري توفر ظروف جغرافية مناسبة من حيث الحرارة والرطوبة ووجود مضيف حساس للمتعضيات ( الإنسان ) . وبالمقارنة مع أدواء الليشمانيات الجلدية التي تترك مناعة دائمة فإن أدواء الليشمانيات الأمريكية يمكن أن ينتقل فيها الطفيلي إلى الجهاز التنفسي العلوي .

**الموجودات السريرية** : يمكن التفريق بين شكلين : الجلدي ، والجلدي المخاطي .

ـ *الشكل الجلدي :* بعد فترة حضانة من ٢ ـ ٤ أسابيع تظهر حطاطات حمامية قاسية ذات امتداد محيطي وخاصة في منطقة الوجه . ويتشكل في مركز كل آفة جلبة نزفية تمتد بعد ذلك لتشمل كامل سطح القرحة . ويمكن أن يتراوح قطر القرحة من ٣ ـ ١٢ سم وتكون حواف القرحة النموذجية مرتفعة ، ويمكن أن تظهر عدد من الآفات حول القرحة البدئية الرطبة ، وتكون هذه الآفات عقيدية تشبه الداء العليقي . وتختلف تسمية الآفة تبعاً لشكلها : فهناك الشكل الشبيه بالداء العليقي ، والشبيه بالصموغ الأفرنجية والشبيه بالإكثيمة والشبيه بالساركوئيد ،

وبالفطار الملون ، وبتقيح الجلد ، وبالحمرة . وأخيراً الشبيه بالجذام . وإن الشكل الجلدي المترافق مع التهاب أوعية لمفية أو إصابة بالعقد اللمفية بشكل أربطة ليفية قاسية وثخينة هو شكل من داء الليشمانيات الأمريكي الشبيه بداء الشعريات المبوغة من حيث توضع الآفات على مسير وعاء لمفي .

- *الشكل الجلدي المخاطي* : تعد إصابة الأغشية المخاطية من التظاهرات المتأخرة دائماً . ويعتمد تطور الشكل الجلدي أو الجلدي المخاطي على ظروف جغرافية لم تحدد بدقة حتى الآن . ومثلاً : فإن الشكل الجلدي الذي يحدث في المكسيك ( قرحة Chiclero ) لا يترافق مطلقاً بإصابة في الأغشية المخاطية ، بينما تحدد إصابة الأغشية المخاطية في فنزويلا بنسبة ٣٥٪ من الحالات وفي البرازيل بنسبة ٨٠٪ . ويبدو أن تحول الشكل الجلدي إلى جلدي مخاطي يتبع طريقاً دموياً . ويستغرق ظهور آفات المخاطيات عادة من ٣ - ١٠ سنوات ، على الرغم أن الفترة تكون أقل من سنة في البرازيل . وبعد أن تبدأ الآفة بالظهور على الأغشية المخاطية فإنها تنتشر في وقت لاحق إلى كامل الأجزاء الغضروفية للأنف وإلى الشفاه والحنك الرخو . وتتظاهر أولاً بشكل زكام ( التهاب غشاء مخاطي أنفي مزمن ) ثم بشكل نزف ثم تفجر الأنف . وإن دمار الحاجز الأنفي السريع يترك التراكيب العظمية غير مصابة . وينتج عن ذلك تشوهات في الأنف مثل أنف الجمل ، أنف الخنزير ، منقار الببغاء . وتنتقل الإصابة إلى الشفة العليا التي تتوذم وتصاب بقساوة وثخانة ( راجع الشكل ٥ : ٣ ) . وفي وقت لاحق تنتشر أدواء الليشمانيات الجلدية المخاطية إلى الحنك الصلب والرخو وإلى اللوزتين واللثة وأرض الفم . وأخيراً تصاب الحنجرة والرغامى والقصبات . ويصاب المريض بعسرة بلع حتى يصبح البلع مستحيلاً في النهاية . وتتورم كل المناطق المصابة من الغشاء المخاطي مع تشكل حبيبومي مما يجعلها عرضة للأذية ويمكن بسهولة أن تصاب بخمج إضافي . وهناك دائماً خطر الأخماج والجدوع ، ومن أكثر أسباب الوفاة شيوعاً هي أخماج الجهاز التنفسي العلوي وسوء التغذية .

**الاختلاطات** : إصابة العظام وخاصة الأصابع ( التهاب الأصبع الليشماني ) ، وكذلك الليشمانيات المنتشرة العاطلة Anergic مع ظهور مفاجىء لحطاطات وعقيدات ولويحات عديدة غنية جداً بالمتعضيات .

**السير** : يترافق الشكل الجلدي مع شفاء عفوي سريع دائماً ما عدا الآفات على شحمة الأذن حيث يمكن أن يتطور التهاب ما حول الغضاريف الجادع المزمن . أما الشكل الجلدي المخاطي فهو شكل مزمن وناكس حتى بعد المعالجة المناسبة .

**التشخيص** : ويمكن التوصل إليه اعتماداً على القصة السريرية ( مناطق موبوءة ) ، والموجودات السريرية ، واختبار الليشمانين داخل الجلد ( أكثر من ٩٧٪ إيجابي ) بالإضافة إلى تحري العامل الممرض .

**المعالجة** : من الضروري في كل الحالات إعطاء معالجة باكرة ومكثفة على فترة زمنية طويلة . وإن الأدوية الأساسية المستعملة هي مستحضرات الأنتموان والأمفوتريسين ب :

- *المعالجة الجهازية* : إن مركبات الأنتموان الخماسية ( غلوكونات أنتموان الصوديوم ) فعّالة ، وتعطى حقناً عضلياً وبمقدار يومي ( ١٠ ملغ/كغ ) وحتى جرعة عظمى قدرها ٦٠٠ ملغ وتستمر المعالجة حتى نحصل على شفاء سريري كامل . أما الأمفوتريسين ب فيعطى فقط لمرضى المشافي أو المرضى الخاضعين لرقابة طبية جيدة وذلك بسبب سميته الشديدة . والاستطباب الرئيسي لاعطائه هو إصابة الأغشية المخاطية لأنها مقاومة للمعالجة بالأنتموان . وتعطى بمقدار ٥٠ ملغ أمفوتريسين ب محلولة في ٥٠٠ مل محلول دكستروز ٥٪ زرقاً في الوريد ، وببطء على مدى ٣ - ٤ ساعات في الظلام ، وتتراوح الجرعة الكلّية بين ٢٠٠ - ١٨٠٠ ملغ . أما المترونيدازول فيعتقد أنّ له فعالية في الأشكال المكسيكية من أدواء الليشمانيات الأميركية ولكن ليس بوجود إصابة جلدية مخاطية . وعلى أية حال فإن التقارير من بلاد عديدة ليست مشجعة حتى في الشكل الجلدي . وقد ذكرت حالات منفردة من الشفاء بإعطاء الكيتوكونازول وذلك بمقدار ( ٤٠٠ ملغ يومياً ) ولمدة ٣ أشهر .

- *المعالجة الموضعية* : معالجة عرضية فقط .

## داء المشعّرات المهبلية Trichomoniasis [Donne 1836] : Vaginalis

**التعريف** : إن المشعرات المهبلية من الأوالي المسوطة ، وهي الأكثر شيوعاً بين أسباب الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس (STD) والتي تؤدي لحدوث أخماج بولية تناسلية ، مثل : التهاب المهبل ، التهاب الإحليل ونادراً التهاب البوق عند النساء ، والتهاب إحليل ، والتهاب برخ والتهاب حويضة عند الرجال .

**العامل الممرض** : ثمة ثلاثة أنواع مهمة تصيب الإنسان : المشعرات المهبلية ( ستذكر لاحقاً ) والمشعرات اللاصقة T. Tenax في الفم ( توجد في المواقع اللاهوائية من اللثة مسببة التهاب لثة ) ، والمشعرات الإنسانية الخماسية Pentatrichomonas Hominis في الأمعاء الغليظة . ويبلغ طول المشعرات المهبلية حوالي ٨ - ٤٥ $\mu$ m وعرضها ٢ -

١٤ $\mu$ m ، وتتحرك بواسطة أربعة سياط أمامية حرة منغمسة في الغشــاء المتمـوج . وتعتــبر الحركة الاهـتزازيـة المتموجة والسياط المتحركة مميزة لهذا الطفيلي . وترتبط المشعرة المهبلية بسـهولة بـالسـطـوح ، وبشكـل خاص بالأغشيـة المخاطيـة . وتتداخل أغشيـة المتعضي مع خلايا المضيف مما يسهـل بلعمة العضـويـات والجراثيم وغيرهـا من المواد الدقيقـة . تتكـاثر العضـويات بواسطـة الانشطـار الثنـائي في ظروف لاهوائية . وتتواجد المشعرات المهبلية كخلايا إنباتية فقط ولم يشاهد لها أشكال كيسية حتى الآن ، ويمكن تمييز السلالات المختلفة من المشعرات المهبلية بالتقنيات المناعية .

**الحدوث** : لا يوجد معطيات دقيقة متوفرة ، إذا لا تعتبر من الأمراض التي يجب الإبـلاغ عنهـا . ويقدر عدد الإصـابات ثلاثة ملايين إمرأة أميركية سنوياً ، وحوالي ١٨٠ مليون مريض في جميع أنحاء العـالم . ويعزل الطفيلي عند ١٠ – ١٥٪ من النســاء المراجعات للعيادات النسـائية وعند ٥٠ – ٧٥٪ من العاهرات . ويوجد هذا المتعضي بشكل أكثر شيوعاً عند النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٦ – ٣٥ سنة ، مع حدوث أعلى في الثلاثينات . والخمج أقل حدوثاً عند الرجال ؛ ويعزى ذلك جزئيـاً إلى سـير المرض المحدد لنفسـه . ويمكن تمييز الأشكال المسـوطة عند ٤٪ من الرجال المراجعين لعيادات الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس . ويصل الرقم إلى ١٥٪ عند أولئك المصابين بالتهاب إحليل غير بني (NGU) .

يحدث انتقال المرض بواسطة التماس الجنسي ويزداد معدل الحدوث عند الأشخـاص الفعالين جنسياً مع تغيير الشركـاء . ومن المهم أن نذكر أن المشعرات المهبلية تشـاهد عند حوالي ٧٠٪ من النســاء المصـابات بالسيلان البني ، كما أن السيلان يشــاهد عند ٨ – ٥٠٪ من النسـاء المصـابات بالمشعرات المهبـليـة . وينتج عن التـلقيح بالمشعرات المهبـليـة للمتطوعين أخماج نموذجية . ومن النادر جداً حدوث إصابة غير تناسلية . وإن المتعضي حســاس جداً للجفاف ولكن حدث شفاء بعد استعمال إسفنجة رطبة بعد ٩٠ دقيقة وكذلك حدث شفاء بالماء بدرجة حرارة الجسم بعد ٢٤ سـاعة . ونظرياً ، يمكن انتقـال الآفة عبر مقاعد المرحاض أو عن طريق ماء المرحاض الذي يُرش على المنطقة الشرجية التناسلية .

**الإمراض** : ليس مفهـوماً تماماً . تلتصق المشعرة المهبـليـة على الظهــارة الوسـفيـة وليس على ظهـارة العصي والمخاريط Columnar Epithelium . ولذا يصــاب المهبـل والإحليـل وغدد سكين Skene والقسم السفلي من عنق الرحم . وتحدث إصــابة الجهاز البولي وليس المهبل عند اليافعات حيث يكون الجهاز البولي هو موطن المتعضي . أما عند الرجال فيصيب الداء الإحليل وغدة الموثة والبربخ والقلفة ، بالإضافة إلى أنه قد تظهر آفات على منطقة الرفاء المتوسط Median Raphe . ويبدو أنه من النادر حدوث إصابة خارج الجهاز البولي التناسلي . ويمكن أن يؤدي الخمج إلى داء التهابي حاد أو أن يكون هناك حالة حملة غير عرضيين ، كما أن الأعراض يمكن أن تتفاقم بعد الطمث . ومن الجدير بالذكر أن إصـابة شركاء النسـاء المصـابات بداء المشعرات المهبلية الحاد يمكن أن تكون لا عرضية ولذا كان من الواجب معـالجـة الشـريكـين . يترافق الداء في حالتـه الحادّة بارتفاع عدد الكريات البيض مفصصـة النوى ، ومن الشائع تكـرر الخمج إذ لا تحدث منـاعة في هذا الداء ، كما لا تفيد الاستجابة للأضداد الجهازية في التشخيص . وكذلك لا يفيد إنتاج الغلوبولين IgA المضـاد للمشعرة المهبلية في التشخيص أيضاً .

**الموجودات السريرية** : تتظاهر إصـابة النساء عادة بضائعات مهبلية مزبدة ، كريهة الرائحة ، رمادية أو صفراء أو خضراء . وتتوذم الأشفار وتصبح حمامية ، كما يغطى جدار المهبل عادة بســطح حمـامي مع إصــابـة عنق الرحـم بمـا يشبـه الفـريز (Strawberry) ، ومن النادر جداً حدوث التهاب بوق والتهاب باطن الرحم .

يكون معظم الرجال لا عرضيين ، بينما يعاني الآخرون من التهـاب إحليل بالمشعرات . إذ أن المشعرات المهبلية من أشيع أسباب التهاب الإحليل غير البني (NGU) . وتكون المفرزات عادة خفيفة ، إنما يمكن في بعض الأحيان أن تكون قيحية . وقد ذكر حدوث انزعاج بولي أو حس حرق بعد الجمـاع . وكما ذكر سابقاً ، يكون الخمج بالمشعرات المهبلية محدداً لنفسه عند الرجال عادة ، حيث انخفضت نسبة المرضى في دراسة واحدة من ٧٠٪ – ٣٣٪ بعد أسبوعين من آخر تماس جنسي . ومن الاختلاطات النادرة التهاب حشفة وقلفة والتهاب بربخ والتهاب الموثة . وكذلك فإن العقم من الاختلاطات المتأخرة .

**التشخيص** :

*في النســاء* : يعتمد على التظـاهرات السريرية لالتهاب الفرج والمهبل مع حكة وضائعات مزبدة كريهة الرائحة ، صفراء أو خضراء ، مع التهاب مهبل حبيبي وُرَيْدي ، وعنق رحم بشكل الفــريز . كما يعتمـد على إثبـات وجود المتعضي في مفـرزات المهبل . يتم الحصول على المفرزات هذه ( بمساعدة المنظار أو الماسح القطني أو العروة البلاتينية ) وذلك من الأوجه الأمامية والخلفية للمهبل . نضع المفرزات التي نحصل عليها إما في أنبوب اختبار يحوي مصلاً فيزيولوجياً ويرج جيداً أو أن نضعها مباشرة على الصـفيحـة الزجـاجيـة المجهـريـة مع نقطـة من المصـل

الفيزيولوجي ، ثم نغطي المحضر بساترة ونسخنه بلطف حتى نزيد حركة الطفيلي ومن ثم نفحصه تحت المجهر بالتكبير الضعيف والعالي . وتزداد فرصة مشاهدة المتعضي إذا توفر المجهر المتباين الطور أو تقنيات الساحة المظلمة ، ويتجاوز عدد العدلات في الوسط الرطب عدد الخلايا الظهارية المهبلية إلى حدٍّ بعيد . وتظهر المشعرات كتراكيب بيضوية الشكل أكبر بقليل من الكريات البيض مفصصة النوى . ويمكن عادة تميز السياط والغشاء المتموج للمتعضية . وتكون الأوساط الرطبة إيجابية في حوالي ٧٥٪ من الإصابات . ويظهر بوضوح أن الزرع يملك حساسية أكبر . أما وسط الزرع التجاري فهو مَراق التريكوزول Trichosol Broth حيث تنمو معظم السلالات خلال ٤٨ ساعة .

*في الرجال :* التشخيص مشابه ، ويتم بإجراء خدش لطيف لغشاء الإحليل المخاطي بواسطة العروة البلاتينية ، وتكون المسحات الرطبة عادة سلبية عند نصف المرضى الواضحي الإصابة . ويمكن أن نعزز فرصة مشاهدة المتعضيات بإجراء فحوص متكررة لثفالة البول في الصباح الباكر ، ولتلك الثفالة بعد إجراء تمسيد الموثة . وتعد الزروع أكثر قيمة في التشخيص عند الرجال مع حصيلة مرتفعة من لطاخات الإحليل أو ثفالة البول ، وخاصة بعد تمسيد الموثة ، هذا ولا يوجد اختبار مصلي موثوق .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* تختلف الآراء حول المترونيدازول ، ففي إحدى الدراسات تم شفاء ٩٥٪ من النساء بجرعة ٢٥٠ ملغ ٣ مرات/اليوم ولمدة ٧ أيام . وفي دراسة أخرى وصلت نسبة الشفاء إلى ٩٠٪ بجرعة فموية وحيدة قدرها ٢ غ . وينصح غالباً بالجرعة الوحيدة حيث يتقبلها المريض جيداً ونحصل منها على جرعة إجمالية أقل . وينصح دائماً بمعالجة الشريك الجنسي في نفس الوقت ، وإن مثل هذا الإجراء يزيد نسبة الشفاء على ٩٥٪ . وما زالت التحريات قائمة لمعرفة ما إذا كان يكفي إعطاء جرعة فموية وحيدة بمقدار ( ١,٥ غ أو حتى ١ غ ) أم لا . ولا ينصح بمعالجة النساء الحوامل في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل . وتتضمن التأثيرات الجانبية للمترونيدازول ، وخاصة بالجرعة الوحيدة المرتفعة : الغثيان في ١٠٪ ، والإصابة بالمونيليا المهبلية . ومن الجدير بالذكر تعارض الدواء مع الغول ( الكحول ) . ويسبب المترونيدازول ( بشكل مشابه للدي سلفو رام ) الغثيان والبَيّغ عن طريق تثبيط استقلاب الإيتانول الكبدي . وقد يتطاول زمن البروترمبين ، ولذلك فمن الواجب مراقبة المرضى الذين يتناولون مضادات التخثر . وقد نوقشت في مقالات عديدة تأثيرات الدواء المولّدة للسرطان وللطفرات .

*المعالجة الموضعية :* تم تجريب العلاج الموضعي بالكلوتريمازول مع بعض النجاح .

# الفصل السادس

# الأمراض الحيوانية المصدر

## Zoonoses

د . وليد حناوي

تشير هذه العبارة إلى الأمراض الجلدية الخمجية التي تصيب الحيوانات ، وتنتقل إلى الإنسان أحياناً .

**الحمرانية Erysipeloid [ Rosenbach 1887 ] :**

**التعريف :** الحمرانية عبارة عن خمج حاد يتلو أذية بسيطة في اليد عادة ، وتحدث عند صيادي الأسماك أو الجزارين أو ربات البيوت أو الأشخاص الذين هم بتماس مع السمك الطازج أو الطيور الأهلية أو اللحوم .

**العامل الممرض :** ينجم هذا الداء عن الشعرية الحمرانية Erysipelothrix Rhusiopathiae يرادفها الشعرية الحمرانية المخاتلة E. Insidiosa والتي يسهل زرعها خلال فترة قصيرة ، وهي ساكنة ، وذات نبوت إيجابي الغرام .

**الحدوث :** تحدث الشعرية الحمرانية أخماجاً جلدية ومجموعية في الخنازير ، وتتواجد في كل من أسماك المياه المالحة ، والسرطانات ، والمحارات ، والطيور الأهلية وخاصة الديكة الرومية ، أو تتواجد في المنتجات الحيوانية كالعظام والجلد ، ويكون هذا الخمج مقتصراً بشكل كامل على الأشخاص الذين هم بتماس مع المواد الحيوانية المخموجة ، وخلال أشهر الصيف عادة ، وتحدث الوبئيات بين صيادي السرطانات ( التهاب الجلد بالسرطانات ) ومنتجي الأزرار العظمية ، ولا تحدث هذه الآفة مناعة دائمة .

**الإمراض :** يعمل المصاب عادة في صناعة الأسماك أو الحيوانات ، وتؤدي الرضوح الصغيرة بعظام السمك أو الحيوانات أو أشواك السرطانات وغيرها إلى التلقيح بهذه الجراثيم .

**الموجودات السريرية :** بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ ـ ٧ أيام ، تظهر بقع حمراء لامعة ، متوترة ، ومؤلمة ، وتبدأ في الجلد المتأذي ثم تنتشر بعيداً عنه . وتعطي هذه الآفات مظهر الحمرة ، وخاصة عندما تكون حوافها صريحة الحدود ، ثم تتلاشى الحمامى في مركزها وتشتد في محيطها . وفي معظم الحالات تنحصر هذه الإصابة في منطقة صغيرة من اليدين ( راجع الشكل ٦ ـ ١ ) ، وقد تنتشر لتحدث آفات كبيرة ملتفة الشكل على الساعدين والجذع . ويمكن للحمرانية أن تحدث في مناطق متعددة ، وتكون الحمى فيها غائبة في معظم الحالات ، كما لا توجد علامات مجموعية عادة في هذه الإصابة . وقد يحدث التهاب مفاصل في منطقة الجلد المخموج في حالات نادرة ، وغالباً ما تترافق باعتلال في العقد اللمفية الناحيّة . وعندما يتم استنشاق هذه المتعضيات الممرضة ، يحدث التهاب قصبي . وقد يحدث التهاب في الشغاف وانتانمية .

**السير :** يشفى الخمج خلال ٢ ـ ٣ أسابيع ودون علاج عادة ، ويمكن أن يستمر عدة شهور ويتخللها سورات وهدآت .

**الإنذار :** الإنذار في الحمرانية جيد ، إذ لم ترافقها الإختلاطات المجموعية النادرة .

**التشخيص :** يوضع تشخيص هذا الداء اعتماداً على كل من مهنة المريض ، والصورة السريرية ، وزرع المتعضية . ويفضل إجراء الزرع بكشاطة من حواف الآفة للحصول على السائل النسجي ، وتعتبر الخزعة الجلدية الطريقة الأفضل في تشخيص هذا الداء .

**التشخيص التفريقي :** ويدخل في التشخيص التفريقي للحمرانية كل من الحمرة التي تتصف ببداية سريعة عادة وتترافق بحمى وبأعراض مجموعية ، والحمامى المزمنة الهاجرة التي تميل لإصابة الجذع والأقسام الدانية من الأطراف ويكون انتشارها أكثر بطئاً .

**المعالجة :**

*الجهازية :* يعطى البنسلين فموياً في معالجة الحمرانية ، وبجرعات ٢ ـ ٣ × ١٠ ^٦ وحدة/في اليوم ولمدة ٣ ـ ٦ أيام ، وفي حالات الأرج للبنسلين ، ينصح بإعطاء الإريترومايسين . كما ينصح بالمعالجة المديدة بالصادات وريدياً وبشكل إلزامي في كل من التهاب المفاصل ، والإنتانمية ، والتهاب الشغاف .

*الموضعية :* ويتم فيها تثبيت المناطق المصابة وتطبق الضمادات الرطبة أيضاً .

**الرعام Glanders :**

*المرادفات :* الماليوس **Malleus** .

**التعريف :** الرعام مرض خمجي حاد أو مرض يصيب ذوات الحوافر ( الحصان ، الحمار ، البغل ) بشكل خاص ، وبعض الحيوانات الأهلية أيضاً ، وينتقل في ظروف مناسبة إلى الإنسان ( العاملون في الإصطبلات ، والمزارعون والأطباء البيطريون والعاملون في صناعة تحويل الأسمدة **Renderers** ) ، ولا سيما نتيجة التماس مع المفرزات الأنفية أو التقرحات أو القرحات لدى الحيوانات المصابة .

**السير** : يُشاهد نمطان سريريان مميزان في سير هذه الإصابة ، أولهما حاد وثانيهما مزمن .

**العامل الممرض** : يحدث هذا الداء جراثيم إيجابية الغرام تدعى بالزوائف الرعامية **Pseudomonas Mallei** ، وهي طفيليات ثديية إجبارية تتصف بسكونها ، ويمكن تمييزها بالكيمياء الحيوية عن الزوائف الرعامية الكاذبة التي تسبب الراعوم الذي يعتبر من الأمراض الخمجية التي تصيب كل من الحيوانات والإنسان في جنوب شرق آسيا .

**الوبئيات** : لقد تم التخلص من الرعام بشكل عملي ، ويندر حالياً وجوده في أوروبا ، وشمال أمريكا . وتمثل الأحصنة مصدر الخمج الرئيسي للإنسان .

**الموجودات السريرية** : تتراوح فترة الحضانة في هذا الداء بين ٢ ـ ٧ أيام ، وفي الشكل الخاطف الحاد منه ، تكون بداية الداء مفاجئة ، وتتجلى بصداع ، وألم في الأطراف ، وبقشعريرة . وبغثيان وإقياء أيضاً . بينما تظهر الأعراض بطيئة في الشكل المزمن منه ، وبعد عدة أسابيع تظهر لدى المصاب عقيدات نموذجية في الجلد وتحت الجلد ، وخراجات ، ونواسير تقيحية أيضاً .

*الرعام الجلدي الحاد* ***Acute Cutaneous Glanders*** : تحدث في هذا الشكل من الرعام حمامى التهابية خفيفة الشدة ويرافقها تورم في منطقة التلقيح ، ثم تظهر بثرة في مركز هذه الحمامى غالباً ، ولا تلبث أن تتطور إلى قرحة تقيحية ذات حواف غير منتظمة . وتترافق هذه البؤرة البدئية بالتهاب مؤلم في العقد والأوعية اللمفية الناحيّة ، ثم تحدث حمى مرتفعة بين اليوم الثالث والسابع من الإصابة ، ترافقها قشعريرة ، وغثيان ، وضخامة في الطحال ، وحدوث مجموعات من الآفات الجلدية . وفي البداية تكون هذه الآفات بقعية ثم تصبح فقاعية أو بثرية ، ولا تلبث أن تتقرح أخيراً ( تقرحات الرعام ) . ويمكن لهذه الآفات أن تتعمم ، ولكنها تميل لإصابة الوجه غالباً ، كما تبدي مخاطيات الأنف والفم والبلعوم إصابات مماثلة أيضاً ، بينما يؤدي حدوث كل من الخراجات في الأعضاء الداخلية والعضل والنسيج تحت الجلد ، والتهاب المفاصل الإنتاني ، والالتهاب القصبي الرئوي ، إلى الموت خلال ٢ ـ ٣ أسابيع من ظهور المرض .

*الرعام الأنفي البدئي* ***Primary Nasal Glanders*** : تعتبر مخاطية الأنف أو الفم طريق الدخول إلى العضوية في هذه الحالة . وغالباً ما يصبح التنفس عبر الأنف مستحيلاً بسبب التورم الالتهابي . ثم تظهر البثور والقرحات في الأنف أخيراً وتترافق بنجيج لزج قيحي دموي ، وقد تزداد الصعوبات التنفسية ، فيحدث اختناق نتيجة إصابة الحنجرة .

*الرعام المزمن* ***Chronic Glanders*** : تغيب الآفة البدئية في هذا الشكل من الرعام كاعتلال العقد اللمفية أو العلامات العامة لهذا الداء . بينما تظهر العقيدات الموضعية في الجلد ببطء وتترافق بحمى أو بألم في الأطراف أو في المفاصل . وتصيب هذه الآفات الوجه أو الجذع أو الأطراف ، ولا تلبث أن تتنخر ، ثم تتقرح على قاعدة متحببة . يكون ميل هذه الآفات للشفاء ضئيلاً . وبعد فترة من الهدوء ، تظهر مجموعات جديدة أحياناً أو يتبدل سيرها المزمن إلى سير حاد يؤدي بدوره إلى الموت السريع .

*رعام المخاطيات المزمن* ***Chronic Glanders of Mucous Membrane*** : وتظهر فيه ارتشاحات وقرحات عميقة تغطيها خشارات ، وقد ينجم عنها تشوهات وجهية .

**الإنذار** : الإنذار في الرعام الحاد مميت إذا لم يعالج بالصادات ، بينما يكون الإنذار أفضل في الرعام المزمن .

**التشخيص** : يستند تشخيص الرعام على التفاصيل الوبائية ، والصورة السريرية ، وكشف المتعضية ، والموجودات المصلية ، ويمكن إظهار الجراثيم الممرضة وإثباتها بتلوين مسحة من القرحات أو القيح أو النسيج بملون غرام أو بزرعها . وتكون اختبارات التراص وتثبيت المتممة إيجابية في هذا الداء اعتباراً من اليوم العشرين للإصابة ، وقد توقف العمل بإجراء الاختبارات الجلدية ( فرط الحساسية المتأخر ) بخلاصة هذه المتعضيات الرعامية .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي للمرحلة البدئية من هذا الداء كل من التيفوس والتدرن الدخني ، والأخماج الجرثومية والفطرية التي تحدث صورة سريرية تشبه السعفات أو داء الشعريات المبوغة ، وكذلك الراعوم الذي يتظاهر بخراجات جلدية متعددة .

**المعالجة** : لا زالت الخبرة محدودة في معالجة الرعام بالمعالجات الكيميائية الحديثة والصادات أيضاً .

*الجهازية* : أثبتت السلفوناميدات ( سولفاديازين ) فائدتها في معالجة الأخماج المخبرية الرئوية الرعامية . وينصح بمعالجة هذا الداء بمشاركة الستربتومايسين والتراسكلين معاً ، كما يجب عزل المصاب .

*الموضعية* : عرضية ، وتتم بالضمادات المرطبة بالمطهرات وبالمراهم المطهرة .

**ينبغي التبليغ عن هذا المرض .**

## الراعوم Melioidosis :

*المرادفات* : قنبلة الفيتنامي الموقوتة ، داء وايتمور **Whitmore's Disease** .

**التعريف** : الراعوم هو خمج إنتاني مجموعي وحبيبومي حاد أو مزمن تسببه الزوائف الرعامية الكاذبة .

**العامل الممرض** : إن الزوائف الرعامية الكاذبة عبارة عن جراثيم ثنائية القطب ، وسلبية الغرام ، وتتواجد في التربة والماء في جنوب شرق آسيا وفي البلدان المدارية .

**الوبئيات** : تقطن المتعضيات الممرضة في التربة الرطبة ، والنوابت ، والماء في المناطق المدارية . وينجم هذا الخمج عن الأذيات الجلدية ، واستعمال الإبر لدى المدمنين على الأدوية ، وباستنشاق هذه المتعضيات أو ابتلاعها .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر الشكل الحاد من الراعوم على شكل خمج رئوي إنتاني يرافقه دعث وسعال وألم عضلي . وقد يتظاهر على شكل إسهال حاد أحياناً ، كما تتشابه الإصابة الرئوية الحبيبومية المزمنة لهذا الداء مع التدرن ، بينما تتظاهر الآفات الجلدية منه على شكل خراجات وجيوب ناضحة عادة ، ويمكن تنشيط الشكل الهاجع منه بعد سنوات عديدة .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف عن وجود خراجات صغيرة متعددة قد تكون محاطة بحبيبوم . ويمكن لهذه الخراجات أن تصيب جميع الأعضاء في الشكل الحاد من هذا الداء . وغالباً ما تحتوي الخراجات على جراثيم عديدة يظهرها ملون غرام . بينما تحدث حبيبومات كتلية في الشكل المزمن منه ، كما تكشف نسجيات هذا المرض عن خراجات على شكل سواتل في العقد اللمفية .

**الإنذار** : الإنذار في الراعوم مميت غالباً إذا لم يعالج بالشكل المناسب .

**التشخيص** : ويعتمد تشخيص هذا الداء على زرع المتعضية من الدم أو القيح أو القشع . ولا ينجح زرع هذه المتعضيات دائماً ، لذا يصبح من الضروري استخدام حيوانات التجربة ( خنازير غينيا ) ، لإحداث خمج إنتاني معمم ، وتتضمن الاختبارات المصلية تفاعل التراص الدموي النوعي الذي يجب أن يُجرى في الحمى غير المفسرة .

**المعالجة** : تبدي الزوائف الرعامية الكاذبة مقاومة على العلاج ، لذا يكون من الضروري مشاركة أدوية عدة في معالجة هذا الداء ، ومن المعروف أن المعالجة الدوائية تسهم في المراضة . تستعمل الجرعات العالية من التتراسكلين ، والكلورامفينيكول ، والنوفوبيوسين ، والسولفاديازين في معالجة الراعوم .

**يجب التبليغ عن هذا المرض .**

**الجمرة الخبيثة Anthrax :**

*المرادفات : البثرة الخبيثة .*

**التعريف** : الجمرة مرض الحيوانات الأهلية والوحشية ، وينتقل من هذه الحيوانات إلى الإنسان بشكل صدفة . وتعرف الجمرة الجلدية باسم البثرة الخبيثة .

**العامل الممرض** : ينجم هذا الداء عن عصية الجمرة ، وهي جراثيم إيجابية الغرام ومشكلة للأبواغ أيضاً ، وتتبوغ في المحيط الخارجي وفي الزروع ، ولكنها لا تتبوغ في النسج .

**الحدوث** : وتصاب به الحيوانات الأهلية والوحشية ، وتعتبر أبواغ الجمرة مقاومة جداً ، وتبقى حية لسنوات عديدة في المنتجات الحيوانية ( كالأشعار ، والجلد ، وغيرها ) ، وفي الحقول والإصطبلات ، يصيب هذا المرض كلاً من الأبقار والأغنام عادة ، بينما يقل شيوعه في الأحصنة ، والخنازير ، والدجاج ، وتدخل المتعضية المعي بالطعام المخموج ، وبالتالي تكون التظاهرات الأولية معوية في هذه الحالة ، وقد يصاب الإنسان بهذا الخمج مباشرة عن طريق الحيوانات أو من خلال منتجاتها ، ويكون كل من الأطباء البيطريين ، والمزارعين ، والعاملين بالسناد التحويلي ، والجزارين ، والعاملين بالجلود ، وصانعي الفراشي ، وعمال السفن ، والعاملين بالصناعات الصوفية وجلود الحيوانات عرضة للإصابة بهذا الخمج ، يمكن لأبواغ العامل الممرض أن تتشكل في عصائب المريض . ولقد تقلصت الإصابة بالجمرة إلى حد كبير بسبب تمنيع القطيع ومراقبته الصارمة غير أن خطورة الأبواغ تكمن في وفودها من الشرق الأقصى والأوسط ، وأفريقيا ، وأمريكا الجنوبية ، ولقد سجل الأدب الطبي حادثة واحدة فقط في الولايات المتحدة عام ١٩٨٧ .

**الإمراض** : يصيب هذا الخمج الأقسام المكشوفة من الجسم بشكل أساسي ، وبخاصة الوجه ، والعنق ، واليدين . وغالباً ما يترافق حدوث هذا الخمج بأذية الجلد ، ولا تحدث مناعة في هذا الداء .

*الجمرة الجلدية **Cutaneous Anthrax** :* وتظهر الآفات في هذا الشكل من الجمرة من خلال تلقيح الجلد بالمتعضية ، وتعتبر الجمرة الجلدية أكثر أشكال الجمرة شيوعاً .

*الجمرة الرئوية وجمرة الجيب الجبهي **Pulmonary Anthrax and Frontal Sinus Anthrax** :* يؤدي استنشاق الأبواغ ( الخمج بالغبار ومثاله الجلود غير المدبوغة والتي لا تكون مطهرة ) إلى الجمرة التنفسية ( ثياب بالية ، صوف ، داء فرازي الأشعار ) .

*الجمرة المعوية **Intestinal Anthrax** :* يحدث هذا الشكل من الخمج بابتلاع الأبواغ مع الطعام ولا سيما مع الحليب واللحم المخموجين .

**الموجودات السريرية** : تتراوح فترة الحضانة في هذا الخمج بين ١ ـ ٣ أيام وحتى ٨ أيام على الأكثر . وتتجلى تظاهراته الأولية بحمى خفيفة ، وتوعك عام وبمظهر البثرة الخبيثة . ( راجع الشكل ٦ ـ ٢ ) تظهر بقعة حمراء لامعة بشكل مفاجىء في منطقة دخول المتعضية ، وسرعان ما تصبح حطاطية ، ثم تظهر نفاطة رخوة في مركزها خلال يومين ، والتي تكون مصلية في البداية ثم تصبح نزفية في النهاية . يتصلب جلد الناحية ويتلون باللون البني المحمر وحتى اللون البنفسجي ، ثم تجف البثرة ويصبح مركزها مسوراً منخفضاً ذو جلبة سوداء ( الجمرة = الفحم ) ، وتحاط بحلقة من الحويصلات أحياناً . ويكون مظهر الجمرة فيها أكثر شبهاً بالجمرة الحميدة . ويطلق عليها اسم الجمرة الخبيثة حميدة الشكل Anthrax Carbuncle .

**السير** : يترافق هذا الخمج غالباً بالتهاب الأوعية اللمفية وبالتهاب مؤلم في العقد اللمفية ، ويكون الالتهاب فيه محدداً ، وذا جلبة نخرية وخشارات ثم تشفى الآفة تاركة تندباً في مكانها .

**الأشكال الخاصة :**

*الجمرة الوذمية Anthrax Edema* : وتتجلى بتفاعل التهابي واسع غير مؤلم وغير مألوف أيضاً ، ويتصف بارتشاح وذمي جاسىء . ثم يصبح لون التورم أحمر داكناً شيئاً فشيئاً ، ولا يلبث أن يترقى إلى نخر واسع . تحدث حويصلات نزفية منتظمة على هذه الإرتشاحات الواسعة ، وتكون الحالة العامة سيئة . أما الإنذار فمحتفظ به ، وتنتقي الجمرة الوذمية كلاً من الشفتين أو الأجفان أو العنق لإصاباتها ( راجع الشكل ٦ ـ ٢ ) .

*الجمرة الإنتانية Anthrax Septicemia* : ويشيع حدوث هذا الشكل من الجمرة أكثر من الجمرة الوذمية والبثرة الخبيثة . وفي هذا الشكل تغزو الجراثيم الدوران ، فتظهر علامات الإنتانمية سريعاً ، وتتجلى بدرجات من الحرارة مرتفعة ، وتسرع في القلب ، وإنهاك المصاب بآلام بطنية ، وبإقياء ، وإسهال دموي ، وبضخامة في الطحال . ويكون السير في هذا الشكل من الجمرة إما خاطفاً أو يمتد لأكثر من أسابيع عديدة .

**الإنذار** : يكون الإنذار جيداً في الجمرة عموماً ، ويفيد البنسلين في معالجتها ، ولكن الإنذار في الجمرة الوذمية والإنتانمية يكون خطيراً ، بينما تكون كل من الجمرة الرئوية ، والمعوية والدماغية ، والإنتانمية ذات إنذار سيء .

**التشخيص** : ويعتمد التشخيص على كل من مهنة المريض ، والصورة السريرية ، وكشف عصيات الجمرة ، حيث يثبت كشف النبوت ( العود ) إيجابي الغرام في سائل الحويصل أو في المادة تحت النسيج النخري تشخيص هذا الخمج . ويوضع التشخيص النهائي للجمرة بعزل المتعضية وبقابليتها للانحلال بعاثيات الجراثيم الخاصة ، ويندر إمكانية إظهار المتعضية في الدم ، ولا يعول على التشخيص المصلي في إثبات هذا الخمج . ولكي يتم تشخيص خمج الجمرة في جلود الحيوانات أو الأسماك أو مسحوق العظام ، تستعمل طريقة الترسيب القديمة لـ « أسكولي » أو الطرق الأكثر حداثة لبيلوني وماتيس Belloni and Matheis ( طريقة أوشترلوني Ouchterlony ) .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل كل من الدمامل والجمرة الحميدة في التشخيص التفريقي ، فتبدوان بلون أحمر ساطع ، وتكونان مرتشحتين بشدة ، ولا يمكن إظهار النخر النزفي للجمرة فيهما ، وكذلك يكون الفلغمون بالعقديات أكثر إيلاماً .

**المعالجة** : وتتضمن معالجة الجمرة عزل المريض ، والراحة بالسرير ، وتثبيت القسم المخموج من الجسم . وتعتبر هذه العصيات الممرضة ، التي تشكل الأبواغ ، ذات خطورة بسبب أشكالها النابتة والمقاومة أكثر من المعتاد . ولا تتوالد الأبواغ بشكل فعلي في الآفات الجلدية ، ولكنها قد تتواجد في عصائب المريض والتي يجب تحطيمها بالتأكيد .

*المعالجة الجهازية* : ويعطى البنسلين ج زرقاً في هذا الداء ، وبجرعة ١ × ١٠^٦ وحدة كل ٤ ـ ٦ ساعات ، وتمضي النصائح الأخرى بعيداً حتى جرعة يومية مقدارها ٤٠ × ١٠^٦ وحدة ، أما في الأرج تجاه البنسلين ، فيعطى التتراسكلين وريدياً وبجرعة ٢ غ يومياً ، ويجب أن يستمر العلاج به حوالي الأسبوعين أو لمدة أسبوع واحد على الأقل بعد عودة درجة الحرارة إلى سويتها . وينتج اللقاح غير الخلوي من ذراري مطفرة موهنة ، وهذه اللقاحات متوفرة وتستخدم في المهن ذات الخطورة .

*المعالجة الموضعية* : تعتبر الضمادات المرطبة مضاد استطباب في معالجة الجمرة ، ولذا يجب أن تغطى آفاتها الجلدية بالعصائب الجافة وينبغي تجنب شق الجمرة أو إنضارها لأنهما يؤديان إلى تجرثم الدم .

**الإتقاء** : لا يوجد تمنيع لهذه الجمرة ، ويُقيّم التمنيع الوقائي في المهن الخطرة بشكل خاص في بعض البلدان ، ولكنه لا يجرى بشكل اعتيادي .

**مرض يبلغ عنه** : يجب التبليغ عن الإصابات بالجمرة وحتى في الحالات التي يشك بها ، كما يتطلب عزل إصاباتها .

**الطاعون Plague :**

*المرادفات* : الموت الأسود ، الطاعون ( Pest ) ، الوباء Pestilentia .

**التعريف** : الطاعون خمج شديد حمي حاد ، تنقله البراغيث من أثويائه في الطبيعة كالقوارض الأهلية والبرية ، ويؤدي الخمج باليرسينية الطاعونية إلى أحد الأشكال الثلاثة التالية لهذا الداء : الطاعون الدبلي ، والطاعون الإنتانمي والطاعون الرئوي .

**العامل الممرض** : ينجم الطاعون عن اليرسينية الطاعونية ، وهي جراثيم هوائية سلبية الغرام ، وغير مسوطة ، وذات شكل مميز يشبه دبوس الأمان والذي يعزى إلى التلوين ثنائي القطب ، وتنقلها البراغيث من القوارض إلى الإنسان .

**الوبئيات** : لا يزال الطاعون المتوطن يتواجد بين القوارض في عديد من البلدان الأوربية والولايات المتحدة ، ويسود الطاعون الدبلي ( الموت الأسود ) في هذا الخمج الذي يصيب الإنسان وتنقله البراغيث ، ويعتبر كل من السنجاب الأرضي ، والأرانب الصغيرة ، وكلاب المروج حملة للطاعون في غرب الولايات المتحدة ، بينا يتوطن هذا الداء بشكل فرادي بين الهنود في الأماكن التي لا يزالون يحتفظون بها والتي يحظر الصيد فيها ، كما يتوطن الطاعون في جنوب شرق آسيا ، وفي بعض البلدان الإفريقية . وفي عام ١٩٧٤ وإستناداً لتقارير منظمة الصحة العالمية سجلت ٢٦٥٤ إصابة في العالم وبلغت الوفيات فيها ١٥٥ حادثة ، ولقد أعلن عن ١٤ حالة من الطاعون في الولايات المتحدة في الأشهر التسعة الأولى من عام ١٩٨٨ .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ١ - ٦ أيام ، تظهر لدى المصاب وبشكل مفاجىء آلام في الأطراف والعضل ، وتسرع في القلب ، وترفع حروري .

*الطاعون الدبلي Bubonic Plague* : وتظهر فيه حطاطة صغيرة أو حطاطة حويصلية بعد عضة البرغوث ، ومع ذلك ، فقد يلاحظ هذا الحدوث في معظم الحالات ، كما تظهر ضخامة مؤلمة في العقد اللمفية الناحيّة . وقد تصاب عقد لمفية عديدة أخرى بارتشاحات واسعة ، ويكون السير صاعقاً إذا أعقبها تجرثم في الدم ، ويتجلى بحبر وكدمات ، وباعتلال خثري منتثر داخل الأوعية والذي يسببه ذيفان الطاعون . وقد تظهر حمامى ، ونفاطات مسررة ، وبثور كتظاهرات سريرية لهذا الداء ، وتكون إصابة الجذع فيه أكثرها شدة .

*الطاعون الإنتانمي والطاعون الرئوي Septicemic Plague and Pneumonic Plague* : هما خمجان شديدان ومميتان ما لم يوضع تشخيصهما في الوقت المناسب ، ولقد أنقصت الصادات والمعالجات الكيميائية نسبة الموت فيهما إلى أقل من ١٠٪ .

**التشخيص** : ويعتمد تشخيص الطاعون على التفاصيل الوبائية ، والصورة السريرية ، وكشف اليرسينية الطاعونية في مستحضرات مأخوذة من مسحة من هذه الآفات ، وبعد تلوينها بملون غرام . أو بتلوين مستحضرات من النسيج المخموج بطريقة الأضداد المناعية الومضانية الخاصة ، وبزرع المتعضية من الدم ، أو القشع ، أو من رشافة دبلية وتزود الطرق المصلية فقط بمعلومات سابقة ، ويعتبر كشف الأضداد بالتراص أو بالتراص الدموي وباختبارات تثبيت المتممة ذا أهمية وبائية بشكل رئيسي .

**التشخيص التفريقي** : وتدخل الأخماج التي تعزي لليرسينية الدرنية الكاذبة في التشخيص التفريقي للطاعون .

**المعالجة** : وتشمل المعالجة عزل المريض ولا سيا في الطاعون الرئوي .

*المعالجة الجهازية* : ويعطى المصاب الستربتومايسين عضلياً ٣ غ/يومياً ولمدة يومين ، ثم يعطى ١,٥ - ٢ غ/يومياً ولفترة ٥ - ١٠ أيام ، كما ويعتبر كل من الكلورامفينكول والتتراسكلين أدوية يمكن تناولها في حالة المقاومة على الستربتومايسين . وتبلغ جرعة الكلورامفينكول في معالجة الطاعون ٤ غ/يومياً ولمدة يومين فقط ، ثم تنقص الجرعة إلى ٣ غ/يومياً ولفترة ٥ - ١٠ أيام . بينا يعطى التراسكلين بجرعة ٢ غ وريدياً/يومياً ولمدة أسبوع ، ثم يخفض إلى جرعة ١,٥ غ/يومياً ولمدة أسبوع آخر .

*المعالجة الموضعية* : يجب أن لا يجرى شق الدبل متى ابتدأت المعالجة بكميات كافية من الصادات .

**الطاعون** : مرض يجب التبليغ عنه .

**تولارمية Tularemia [ McCoy and Chapin 1912 ] :**

*المرادفات* : طاعون الأرنب الوحشي ، كارثة القوارض ، خمج الفرانسيزيلا التولارمية ، حمى اللاموس ( نوع من القوارض ) ، داء أوهارا ، حمى ذبابة الأيل .

**التعريف** : التولارمية مرض يشبه الطاعون ويصيب القوارض ( فئران الحقل ، الأرانب البرية والوحشية ، السنجاب ) ، ويحدث أوبئة بين الحيوانات . وقد ينتقل من الحيوانات المخموجة إلى الإنسان بالتماس ، أو بتناول اللحم المخموج ، أو بواسطة الحشرات . ويقسم هذا المرض إلى أربعة أنواع :

- النمط الغدي القرحي ( أكثرها شيوعاً ) .
- النمط الغدي العيني .
- النمط الشبيه بالتيفوس .
- النمط الرئوي .

ويشتق اسم تولارمية من المكان الأول الذي اكتشف به ، وحيث تقع منطقة التولار في كاليفورنيا .

**العامل الممرض** : تنجم التولارمية عن الفرانسيزلا التولارمية

( Francis 1913 ) والفرانسيزلا نبوت سلبي الغرام ، متعدد الأشكال ، وغير متحرك ، وصغير القدّ ( طوله ٠,٥ – ٠,٧ نانومتر . وعرضه ٠,٢ نانومتر ) . ويمكن زرع هذه الفرانسيزلا ، وهي تعمل كطفيلي داخل الخلايا في الجهاز الشبكي البطاني لدى حيوانات التجربة .

**الوبئيات** : تنتشر التولارمية كالوباء ، وقد توجد في أوروبة أيضاً ، ويعتبر الصيادون موضع خطورة للإصابة بهذا الداء ويخمجون به بواسطة الأرانب ، والثعالب ، والسنجاب ، والظربان الأميركي ، وجرذان الماء . وقد سجل الأدب الطبي حوالي ٢٠٠ إصابة في الولايات المتحدة عام ١٩٨٨ .

**الإمراض** : تدخل الفرانسيزلا التولارمية الجسد من خلال الآفات الجلدية الصُغرى ، كما ينقل الذباب والقراد هذه الإصابة إلى الإنسان والحيوان . ويعتبر كل من الجلد وطيات الفم والأنف والملتحمة باباً لدخول المتعضية إلى الإنسان ، بينما يندر دخولها بالسبيل التنفسي والهضمي . ويعتمد دخول العامل الممرض على طراز الخمج .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ٢ – ١٠ أيام ، وقد تتجلى أحد المظاهر المختلفة التالية ، مترافقة بالأعراض العامة لهذا الخمج كالصداع ، وآلام الأطراف والعضل ، والحمى :

*التولارمية الغدية الجلدية* ***Cutaneous Glandular Tularemia*** : تظهر الآفة البدئية في المنطقة المتأذية ، والتي تعتبر باب الدخول لهذه المتعضية ، على شكل ارتشاح عقيدي صغير ذو لون أحمر مزرق يتشكل فيه بثرات وتقرحات ، وتعتبر اليدين مكان التوضع الأكثر شيوعاً لهذه الإصابة . وسرعان ما يحدث التهاب مؤلم في العقد اللمفية الناحيّة ، يتلاشى خلال ٢ – ٣ أسابيع غالباً ، ثم لا يلبث ان يتشكل فيه ناسوراً . ويحتمل أيضاً أن تحدث آفات بدئية عديدة واعتلال عقد لمفية تقرحية في هذا النمط من التولارمية ، أو قد تغيب الآفة البدئية وعندئذ يحدث التهاب عقد لمفية فقط ( الشكل الغدي الصرف ) .

*التولارمية الغدية المخاطية* : وتشبه آفاتها البدئية في المخاطيات كلاً من القرحة القلاعية ، وأنماط أخرى من القرحات ، وذباح فنسان **Vincent** وغيرها . وقد يظهر اعتلال عقد لمفية ناحيّة في هذا النمط من التولارمية .

*التولارمية الغدية العينية* : ويبدأ هذا النمط من التولارمية بالتهاب الملتحمة وذمة الأجفان ، ويعقبهما ضخامة العقد اللمفية أمام الصيوان وتحت الفك السفلي ، ويشفى هذا النمط من التولارمية خلال بضعة شهور عادة .

**السير** : يؤدي الانتشار الدموي المنشأ في هذا الداء وبشكل استثنائي إلى الخمج المعمم ، الذي يتجلى بحمى معندة ، وإصابة الرئتين والمعي ، وبتظاهرات الجهاز العصبي المركزي والمحيطي ، وبضخامة الطحال ؛ وقد يؤدي هذا السير إلى الموت .

ويمكن أن تظهر طفوح متعددة الأشكال ( طفحة تولارمية **Tularemids** ) كظاهرة للحساسية الجلدية خلال الخمج بالتولارمية ، وتتجلى هذه الطفوح بآفات قرمزية الشكل ، أو حطاطية بثرية ، أو تقرحية ، أو على شكل حمامى عقدة . ويترك هذا الخمج مناعة تجاه التولارمية المجموعية ، ومع ذلك فقد تحدث رجعة الخمج تقرحات جلدية جديدة .

**الإنذار** : جيد إذا شخص الداء وعولج في مرحلة باكرة ، ولا يتحدد إنذاره في مراحله الأخرى .

**التشخيص** : ويتم بالتقارير الوبائية ، والصورة السريرية ، وكشف الفرانسيزلا التولارمية في القرحات الجلدية ، أو في الدم ، أو في نقي العظام ، سواء بالإجراءات المباشرة أو بالزرع الجيهوائي **Aerobic** ، وإيجابية اختبار التراص المصلي بعد حوالي ١٠ أيام من الخمج . ويتفاعل هذا الاختبار بشكل متصالب مع أنواع البروسيلة واليرسينية المعوية القولونية . كما يصبح اختبار الجلد بمستضد الفرانسيزلا التولارمية إيجابياً حتى في الأسبوع الأول من المرض . ويبقى الاختبار داخل الأدمة إيجابياً بالمتعضيات الميتة أو بعديدات سكاريدها ( التولارين ، التولاريمين ) ولمدة تقريبية تتراوح بين ١ – ١٧ سنة من حدوث الخمج تقريباً .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل في التشخيص التفريقي مع آفات التولارمية البدئية كل من الدمل ، والداحس ، والإكزيمة ، والجمرة الخبيثة ، والسعفات . كما يدخل في التشخيص التفريقي لالتهاب العقد اللمفية الواضح لهذا الداء كل من حمى خمشة القطة ، والطاعون ، والرعام ، والراعوم ، والحبيبوم اللمفي الزهري . بينما تدخل حمى الجبال الصخرية المبقعة في التشخيص التفريقي مع التولارمية الحمية . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي للتولارمية كل من الذأب الشائع ، وداء البروسيلات ، وداء هودجكين .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : وتكون المعالجة شافية في المراحل الباكرة لهذا الداء بإعطاء الستربتومايسين ١ – ٢ غ بالزرق العضلي/يومياً ولمدة ١٠ – ١٢ يوماً . ويعتبر كل من التتراسكلين ، والكلورامفينكول ، والجنتاميسين أدوية بديلة للستربتومايسين .

*المعالجة الموضعية* : عرضية وينبغي تجنب شق العقد اللمفية في هذا الداء .

التولارمية مرض يجب التبليغ عنه .

**داء البروسيلات Brucellosis** [ Bruce 1887 ] :

*المرادفات :* الحمى المالطية ، الحمى المتموجة ، حمى البحر الأبيض المتوسط .

**التعريف** : داء البروسيلات مرض خمجي حاد أو مزمن ، ينتقل من الحيوانات المخموجة أو من منتجاتها الملوثة . ويتصف الشكل الحاد منه بسير سمي وبتجرثم في الدم ، بينما تكون أشكاله المزمنة غير نوعية إلى حد كبير .

**العامل الممرض** : ينجم هذا الخمج عن البروسيلة وهي نبوت سلبي الغرام ، عصوي مكور ، متعدد الأشكال ، وغير متحرك ، ولا يشكل أبواغاً . وتحدث الجراثيم من جنس البروسيلة ( البروسيلة المجهضة ( Boug ) ، والبروسيلة المالطية ، والبروسيلة Suis ) بين المزارعين والبيطريين خاصة ، وينجم عنها الأمراض الإنسانية الحيوانية التقليدية .

**الوبئيات والإمراض** : تعتبر الحيوانات الأهلية مستودعاً للبروسيلة ، ويصاب الإنسان بالخمج من الحيوانات المريضة أو من منتجاتها الملوثة ولا سيما الحليب الطازج . ويحدث داء البروسيلات عادة بين البيطريين ، ومربي الحيوانات ، والعاملين في تصنيع اللحوم . ويتراوح عدد الإصابات بداء البروسيلات في الجمهورية الألمانية الفيدرالية بين ٨٠ – ١٠٠ إصابة في كل عام ، بينما سجلت ١٢٢ حالة في الأدب الطبي في الولايات المتحدة عام ١٩٨٥ .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ١ – ٣ أسابيع ، تظهر لدى المصاب حمى يرافقها صداع ، ويعقبها دعث عام ، وتشير هذه الحمى المتموجة إلى هذا الخمج بسبب سيرها المتموج .

**الموجودات الجلدية** : تكون التظاهرات الجلدية لهذا الداء غير نوعية . وهي تتظاهر بطفوح بقعية ، أو صدافية الشكل ، أو حطاطية ، أو حطاطية حويصلية أو نزفية ، أو بطفوح متعددة الأشكال ومتغيرة . وتبدي هذه التظاهرات ، وفي أقل من ١٠٪ من الحالات ، لويحات متجلبة مرتشحة وتآكلات شبيهة بالإكثيمة . ويمكن لمستضدات البروسيلة أن تحدث تفاعلات حمية حادة ، ولا سيا بعد تعرض سواعد الأطباء البيطريين إلى السائل الأمينوسي أو الإفرازات المهبلية خلال مساهمتهم في ولادة الأبقار المخموجة . تظهر لدى هؤلاء الأطباء حطاطات مرتفعة ملتهبة حمراء اللون يؤول الأمر بها إلى التقرح أخيراً . وقد يبدي الأطباء البيطريون الذين يصبحون ملقحين بشكل عارض بذراري موهنة من البروسيلة المتوفرة لتمنيع الحيوانات الأهلية ، أعراضاً معممة شديدة . وتمثل هذه التبدلات تفاعلاً تماسياً أرجياً .

**السير** : يعد كل من التهاب العقد اللمفية ، والضخامة الكبدية الطحالية ، والتهاب المفاصل الإنتاني ، والتهاب الخصية من المضاعفات الممكنة في هذا الداء .

**الإنذار** : جيد إذا عولج باكراً ، إلا أنه غير محدد في الحالات الأخرى .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على المعلومات الوبئية ( التماس مع الحيوانات المريضة ) ، وإظهار الجراثيم ( زرع الدم ، زرع نقي العظم ، البؤر الالتهابية الحبيبومية في الأعضاء المختلفة ) ، وعلى ارتفاع العيارات المصلية للأضداد المتراصة ( يكون العيار ١ : ٤٠ وحدة/مل مشكوك به ، بينما يكون العيار ١ : ٨٠ وحدة/مل مشخص لهذا الداء ؛ تفاعل فيدال ) . وتعتمد اختبارات التراص إلى حد كبير على انتقاء المستضد وتعييره . وقد تكون هذه الاختبارات سلبية في أدواء البروسيلات المجموعية المزمنة وفي الأخماج الكامنة ، ولذلك ينبغي إجراء اختبار تثبيت المتممة أو اختبار ارتباط الأضداد المتألق أو كليهما معاً . ويطلق على اختبار التراص أيضاً اسم ظاهرة طليعة المنطقة Prozone Phenomenon . كما يجب أن يؤخذ ظهور الأضداد المحصرة بعين الاعتبار . وإن المعيار السابق في اختبارات الجلد بمستضد البروسيلة لا معنى له في أيامنا هذه ، غير أنه يمكن إجراء تصالب هذه التفاعلات مع الفرانسيزلا التولارمية .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء الأخماج الجرثومية الأخرى كأخماج اللسترية ، والتدرن ، وداء السالمونيلات ، والتهاب الشغاف ، وداء هودجكين .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية :* يعطى التراسكلين فموياً بمقدار ٢ غ/يومياً ويقسم على أربع جرعات لمدة ٣ – ٤ أسابيع ، ويشرك الستربتوميسين في العلاج ( ١ غ/يومياً بالحقن العضلي ولمدة ٧ – ١٤ يوماً .

*المعالجة الموضعية :* عرضية .

**يجب الإبلاغ عن هذا الداء .**

**حمى عضة الجرذ Rat – Bite Fever**

*المرادفات :* حمى هافرهيل ، الحمامى المفصلية الوبائية ، سودوكو Sodoku .

**التعريف** : حمى عضة الجرذ مرض خمجي حاد ، ينتقل من القوارض إلى الإنسان ، ويتظاهر بحمى ، وبألم المفاصل ، وبطفح جلدي .

**العامل الممرض** : ينجم هذا الداء عن العصيات العقدية السبحية الشكل وهي عصيات متعددة الأشكال ، سلبية الغرام ، كما تسببه الحليزنة الصغيرة ، ويعتبر كلاهما من النبيت الطبيعي في البلعوم الأنفي للجرذان ، وتنمو هذه العصيات بشكل سلاسل في المزارع غالباً ، وعلى شكل خيوط مغزلية تشبه المبيضات في شكلها .

**الوبئيات** : تتواجد العصيات العقدية السبحية الشكل في نصف مجموع الجرذان البرية والمخبرية تقريباً . ولقد أصبحت حمى عضة الجرذ أكثر شيوعاً في السنوات الأخيرة بسبب الأخماج المخبرية . ويحدث انتقال الخمج من خلال عضات الجرذان أو تناول الطعام الملوث ، كما حدثت أخماج عديدة خلال تناول الحليب الملوث ومثالها ما حدث في مدينة هافرهيل الأمريكية ، وماساتشوسيتس عام ١٩٦٢ ، بينما يكثر حدوث هذا المرض في آسيا ، ولكنه يندر حدوثه في أوربة .

**الموجودات السريرية** : بعد فترة حضانة تتراوح بين ١ ــ ٥ أيام ، وبعد أن تشفى عضة الجرذ غالباً ، يبدي المصاب أعراضاً من الحمى والقشعريرة والصداع والألم العضلي .

*الموجودات الجلدية :* يظهر لدى المصاب بهذا الخمج طفح حصبي الشكل أو بقعي حمامي بعد بداية أعراض الخمج ، ويفضل الداء إصابة أطراف المريض وخاصة الراحتين والأخمصين ، وقد يبدي المصاب حبراً أيضاً .

**التشخيص** : يتم تشخيص هذا الخمج بكل من التفاصيل الوبائية ، والحمى ، وكشف المتعضية ، كما تكشف العصيات العقدية السبحية الشكل في الدم بشكل أفضل .

**التشخيص التفريقي** : يدخل التشخيص التفريقي لهذه الحمى كل من الإنتانمية بالمكورات السحائية ، والإنتان بالمكورات البنية ، وطفوح الحمات الراشحة المختلفة ، وحمى الجبال الصخرية المبقعة أيضاً .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية :* ويعطى البنسلين في علاج هذه الحمى وبجرعة ٢ ــ ٣ × ١٠^٦ وحدة/يومياً ، مقسمة على أربع دفعات ، ولمدة ١٢ ــ ١٤ يوماً . ويعتبر كل من التتراسكلين والستربتومايسين أدوية بديلة للبنسلين في علاج هذا الداء .

# الفصل السابع

# الفطارات الجلدية

# Dermatomycoses

د . عبد الرحمن قادري

**التعريف** : الفطارات هي أمراض تنجم عن الفطور ويمكن تصنيفها سريرياً إلى :

– *الفطارات الجلدية* : وتضم فطارات البشرة والأظفار وفطارات الجريبات .

– *الفطارات العميقة* : وتضم الفطارات الجلدية العميقة .

– *الفطارات المجموعية* .

## الفطور Fungi :

لا يزال الجدل قائماً حول تصنيف الفطور في النظام الحيوي ، ذلك أن الفطور تنضوي عادة تحت لواء العالم النباتي ، لكن هناك رأياً آخر يضمها إلى كل من المملكتين النباتية والحيوانية . فالفطور لا تشبه النبات بسبب عدم احتوائها على اليخضور ، كما أنها لا تشبه الجراثيم لاحتوائها على نواة خلوية حقيقية وجدار خلوي يحتوي على السيللوز أو الكيتين Chitin . وعلى أي حال فإن لهذا التعريف استثناءات .

وبالرغم من أن هنالك بعض الفطور التي يمكن أن تكون ممرضة للإنسان والحيوانات الأليفة أو النباتات المغروسة ، غير أن أحداً لا ينسى أهمية بعض الفطور البيئية في الدورة الحياتية ، كما لا يمكن إغفال استخداماتها المفيدة للإنسان ، ونذكر على سبيل المثال : الاختمار الغولي ( الكحولي ) في صناعة الصادات الحيوية ، وخمائر الخبز .

**التصنيف** : يعتمد تصنيف الفطور إلى أجناس وأنواع وصفوف على الخواص الشكليائية . ذلك لأن هناك اختلافاً واضحاً في البنية التكاثرية الجنسية واللاجنسية وفي العناصر اللاتكاثرية الإنباتية . ويقدر عدد الأنواع الفطرية بحوالي ١٢٠,٠٠٠ نوعاً ، من بينها فقط خمسين نوعاً ممرضاً للإنسان ، و ٢٠ نوعاً تحدث فطارات جلدية ، و ٢٠ نوعاً آخر تحدث فطارات عميقة و ١٢ نوعاً آخر يمكنها إحداث فطارات مجموعية Systemic Mycoses . وعلى كل فإن إمراض الفطور ذو مِعْيَرٍ مبهم ، وبخاصة منذ أن تمّ تميز الأثوياء ذوي المناعة المثبطة . في حين أن بعض الفطور تحدث أمراضاً عند أصحاء الأجسام ( طفيليات إجبارية ) ، فإن معظمها لا يمكنه أن يحيا أو يحدث آفات عند الإنسان إلا من خلال أذيّة موضعية ، أو أذيّة معممة سابقة ، أو ضعف في الدفاع ( طفيليات ممرضة ) . ولا يمكن للفطارات العميقة والمجموعية أن تحدث إلا بعد تلقيح منفعل كما في الطفيليات ، علماً بأنه ولو كتبت الحياة لتلك الفطور لأصبحت رَدْبَة حيوية Biological cul – de – sac لا تتمكن من الانتشار .

ويمكن للفطر نفسه أن يكون بشكلياء مختلفة إذا تمّ نموه في ظروف حياتية مختلفة . ولهذا السبب طرح العديد من المترادفات البينة الاختلاف في الأنواع وذلك في مضمار التطور التاريخي . إلّا أن تلك المترادفات قد تم التعرف عليها فيما بعد واعتبرت كمثيلات . وعلى سبيل المثال : يوجد أكثر من مائة مترادف لخميرة المبيضات البيض المنتشرة . هذا ولا تزال المعايير الدولية لتسمية الفطور غير تامّة حتى الآن ، وهناك حقائق جديدة تظهر لنا باستمرار .

**الخواص الشكليائية والتكاثر** : تتركب الفطور الخيطية من خيطان ( خوط Hyphae ) متنوعة ، وغالباً ما تكون محوجزة Septate تشكل ما يعرف بالأفطورة Mycelium . أما المستعمرات الفطرية التي تبدو تحت المجهر ، والتي تنشأ في الأصل من بوغ وحيد عادة فتعرف بالمشرة Thallus ( راجع الشكل ٧ : ١ ) . وتتكاثر الأبواغ عادة بكل من التكاثر الجنسي واللاجنسي ، لكن منظرها وطريقة تطورها يكون نموذجياً في مختلف الأنواع . ويمكن لكل بوغ أن ينمو إلى أفطورة جديدة . أما الأبواغ المفصلية فتنجم في الأصل عن تفسخ الخيط الفطري في الظروف الحياتية الصعبة . أما الأبواغ المتدثرة Chlamydospores فتنشأ عند انفصال الأشكال المستديرة الدائمة ذات الجدر الثخينة عن الخيط الفطري ، علماً بأن هذا الانفصال قد يتم داخل الخيط الفطري أو من نهايته أو من جانبه . ويمكن أن تنشأ الأبواغ على أفطورة مخصبة ، كما في الغبيرات ( غبيرات صغيرة ، غبيرات كبيرة ، أبواغ دقيقة Aleuriospores ) ، إما حرة من الخيطان الفطرية أو على حامل الغبيرات Conidiophores . وإضافة إلى هذا التكاثر الإنباتي ، ثمة أشكال جنسية مختلفة للتكاثر ، لها بعض التصانيف المحدّدة . أما الشذوذ الجنسي Parasexuality فيشير إلى عملية تبادل النوى والمصورة بين خيطان الأفطورة ، أو بين عائلات فطرية مختلفة تدخل تحت ما يدعى بالفطور الناقصة بغرض تحضير تراكيب جديدة. هذا وتبدي الخمائر أشكالاً إضافية من التكاثر من تبرعم وتَبَرْهُم Gemmation وانشطار حيث تنشأ خلايا نبات متشابهة من الخلية الأم . وعلى الأغلب ، لا تنفصل تلك الخلايا كلّية عن بعضها ، وتتمدد بنفسها إلى خيطان فطرية كاذبة ، ويمكنها أيضاً أن تشكل أفطورة كاذبة Pseudomycelium .

وسنأتي باختصار فيما يلي على ذكر تكاثر الفطور وأشكالها المتعددة وذلك تحت ظروف حياتية مختلفة . وإنّ لكل من المنظر المجهري ، وبخاصة فيما يتعلق بحامل الغبيرات ، والغبيرات Conidia ، بما في ذلك المنظر المجهري للمزارع الفطرية ، إضافة لمعدّل نمو الفطور على أوساط خاصة ، أهمية كبرى يعتمد عليها في تفريق الأنواع الفطرية ، كما تدعو الحاجة إلى الخبرة في تعيين هوية الفطر بشكل صحيح .

**أهمية الفطور الطبية** : يمكن من الناحية الطبية تمييز ثلاث زمر من الفطور : الفطور الجلدية Dermatophytes ، والخمائر Yeasts والعفن Molds .

هذا ومن بين الفطور الجلدية الأكثر أهمية في إحداث الفطارات الجلدية أجناس من الشعروية Trichophyton ( كالشعروية الحمراء ، والشعروية الذقنية ، والشونلانية والثؤلولية ) ، والبويغاء Microsporium ( كالبويغاء الأدوينية ، والكلبية والجبسية ) ، والفطور البشروية Epidermophyton ( كالفطور البشروية الندفية ) [ راجع الشكل ٧ : ٢ ] .

وتعتبر المبيضة البيضاء Candida Albicans أكثر الخمائر أهمية . أما الأنواع الأخرى من المبيضات ، والوبيغاء Pityrosporum والفطور البرعمية Torulopsis فتعلب دوراً ثانوياً . وتسبب بعض أنواع العفن فقط فطارات سطحية مثل إكسوفيالا ويرنيكي Exophiala Werneckii التي تسبب السعفة السوداء وبصرة هورتا Piedraia Horta والتي تسبب البصرة السوداء [ راجع الشكل ٧ : ٣ ] .

ولكن الأنواع الفطرية الأكثر أهمية هي تلك التي تؤدي لإحداث فطارات عميقة ، كالفطارات الصبغية Chromomycosis ، وداء الشعريات المبوغة Sporotrichosis ، والفطروم Mycetoma ؛ والفطارات المجموعية Systemic مثل داء المستخفيات Cryptococcosis والفطار البرعمي Blastomycosis ، والفطور المخاطية ، وداء النوسجات Histoplasmosis . وسنسمّي العوامل الممرضة المختلفة عند ذكر الأدواء كل في بابه .

## تشخيص الفطارات :

يمكن وضع التشخيص وبصورة أكيدة لحدٍّ ما استناداً إلى الصورة السريرية النموذجية ، وخاصة في الفطارات الجلدية ، وإلى قصة المريض . وعلى كلٍّ ، يجب تأكيد الصورة السريرية لكل فطار بالتعرف على الفطر ، ويتم هذا التعرف بإجراء محضرات للفحص المجهري ، وفحص نسجي للخزعة ، وذلك في بعض الحالات الخاصة . كما نلجأ إلى الزرع لتفريق الأنواع الفطرية . أما الفحص السريري بواسطة مصباح وود Wood أو الإشعاعات فوق البنفسجية طويلة الموجة ، فيمكن الاستعانة به في تشخيص بعض الحالات المحدّدة .

### المحضرات غير الملّونة :

تتكون المواد التي تؤخذ للفحص المخبري ، إما من وسوف جلدية تؤخذ من حافة الآفة الجلدية ، أو من أعلى قمة منقلبة للنفطة ( أقصى حدود الظهارة ) ، أو من الأشعار والأظفار المصابة أيضاً . ويمكن أخذ المواد المشار إليها بواسطة مشرط ، أو مقص أو ملقط وتوضع على صفيحة زجاجية ثم تغطى بساترة . بعدها يقطر محلول ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ بواسطة قطارة تحت حافة الساترة . ثم بعد ذلك تعطن محضرات الأشعار والوسوف الجلدية ، وذلك بوضعها حوالي مدة ساعة في جوٍّ رطب ( علب بتري المحتوية على ورق ماصٍّ للرطوبة ) . وبهذه الطريقة ينحل القرنين أو يصبح شفافاً ، في حين تبقى العناصر الفطرية ، والمحتوية على سيللوز أو كيتين مصانة . ثم يضغط بشكل خفيف على سطح الساترة لجعل الخلايا المتقرنة تتحرر ، لكي تصبح رؤية الفطور بشكل أسهل . وبعد تسخين الفطور وبحذر ( بحيث ألا يصل إلى درجة الغليان ) على مصباح بنزن Bunsen ، يفحص المحضر مباشرة . أما قطع الأظفار فيمكن أن تسخن بحذر في أنبوب اختبار يحتوي على بضع مليمترات من ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ . كما ويشار في التحضير السريع إلى استخدام محلول يتكون من ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ في محلول DMSO المائي بنسبة ٤٠٪ . ويمكن فحص المحضر غير الملون بواسطة التكبير العالي ( تكبير X ٤٠٠ ) تحت المجهر بعد تخفيض الضوء ، أو أن يفحص بمجهر متباين الأطوار . هذا ويشير منظر الخيطان الفطرية الحقيقية والأبواغ إلى وجود الفطور في الفطارات الجلدية . ويشير وجود مزيج من الخيوط الفطرية غير المنتظمة ، والتي غالباً ما تأخذ شكلاً سبحياً كاذباً ، وخلايا خمائرية بيضية أو دائرية ، إلى حالات من الأخماج السطحية غير النموذجية الناجمة عن فطور تتكاثر بالتبرعم . كما ويمكن رؤية العناصر الفطرية وكيفية ارتباطها بسقيبة الأشعار Hair Shaft ، حيث تتوضع الخيطان الفطرية والأبواغ إما خارج الجليدة Cuticle ( الوضع خارج الشعرة ) أو تثقب السقيبة وتنفذ إلى داخل الشعرة ( الوضع داخل الشعرة ) .

*الالتباسات التي تحدث في المحضرات* : يمكن أن تلتبس الأبواغ في المحضرات غير الملونة بالفقاعات المتبخرة التي تتواجد في المحضرات المسخنة بشدة ، وقد يظن بأنّ حدود الخلايا القرنية هي خيطان فطرية . كما قد ينشأ الخطأ عن دهون سطح الجلد المتصبّنة والتي تلتبس مع الفطور المزيقة Mosaic Fungi . هذا

ويمكن تفادي هذه الأخطاء باللجوء إلى تلوين العناصر الفطرية .

**المحضرات الملونة :**

حبر *باركر* : ويجرى بإضافة هدروكسيد البوتاسيوم (١٥٪) إلى حبر باركر التجاري الأزرق القاتم (٥٪ – ١٠٪) حيث تأخذ الخيطان والأبواغ الفطرية بعد إضافة هذا الملّون ، اللون الأزرق ، وعلى كل حال ، فإن النفايات مثل الألياف السيللوزية ، تتلون أيضاً .

*تفاعل شيف الفوق يودي (PAS)* : حيث يُظهر هذا الملون الكيميائي النسجي مكونات عديد السكاريد الفطرية بلون أحمر ساطع ، ويوجد أيضاً ملونات نسجية أخرى يمكن أن يوصى بها أحياناً .

**زرع الفطور :**

لا يمكن من خلال محضر هدروكسيد البوتاسيوم تعيين نوع الفطر . حتى أن الخيطان الفطرية غير الممرضة قد تظهر عرضياً . كالعفن مثلاً ، وهو غير مهم من الناحية السريرية . ولذا فإن الزرع ، والتعرف على الفطر من خلال أوساط صنعية يعتبر أساسياً لا يمكن الاستغناء عنه من أجل الوصول إلى تشخيص فطري صحيح يكون أساساً للمعالجة الجهازية . هذا ويعطي الزرع نتيجة أكثر نوعية وحساسية . ولا ينفي سلبية المحضر غير الملون وجود الفطور ، وخاصة عندما يكون وحيداً . وكوسط غذائي فطري ، فإننا نستعمل مزيجاً مكوناً من الآغار **Agar** والببتون **Peptone** الذي يعتبر مصدراً للآزوت والسكر ، إضافة لمصدره كائيات الفحم . يوضع المزيج السابق في علب بتري أو في أنابيب اختبار ويمنع إضافة الصادات ( الستربتومايسين ، الجنتامايسين ) . هذا ويوصى عند زرع الفطور الجلدية والخمائر إضافة السيكلوهكزاميد **Cyclohexamide** إلى الوسط لمنع النمو السريع ، وعادة تثبيط نمو العفن الذي ليس له أهمية من الناحية السريرية . وقد تحوي المزارع التجارية أيضاً على مشعرات صباغية تتراوح مدة الزرع للفطور الجلدية ما بين ٢ – ٤ أسابيع ضمن حرارة الغرفة . أما الخمائر فيبلغ مدة زرعها أسبوعاً واحداً بدرجة حرارة ٣٧° . ويتطلب التعرف على نوع الفطر خبرة خاصة . هذا ويحدد الفطر استناداً إلى نسبة النمو والمظهر المجهري للمستعمرات وإلى سلوك الفطر في بيئات مختلفة ، والمظهر المجهري للخيطان الفطرية ، والغبيرات والأبواغ .

**النسجيات :**

قد يفيد الفحص النسجي للخزعة في بعض حالات الفطارات الجلدية ، كما ويمكن أن تتواجد العناصر الفطرية في الخزعات المأخوذة أصلاً لتأكيد تشخيص آخر . وغالباً ما يكون الفحص النسيجي ضرورياً في الفطور المجموعية العميقة . ومن الصعب تميز الفطور في المحضرات الملونة بالهياتوكسيلين إيوزين ، إلا أنه يمكن الحصول على نتائج أكثر تأكيداً بعد التلوين بملون الباس **PAS** ، أو غمزا **Giemsa** أو **Crokoot** وهو المعدّل للملون ميتينامين الفضة .

**الفحص بمصباح وود Wood's Lamp :**

يستخدم الفحص بمصباح وود لتأكيد التشخيص السريري في بعض الفطارات وخاصة البويغائية ( للتفصيل راجع البحث المخصص في هذا الفصل ) . حيث تبدي الآفات البويغائية **Microsporosis** المشعّة في الظلام بهذا المصباح ، تألقاً أخضر ساطعاً مميزاً . ويكون التألق إيجابياً فقط في أنواع معينة ( البويغاء الأودينية والكلبية والحديدية ) . أما بالنسبة للأنواع الأخرى ( البويغاء الجبسية ، الفطور الشعروية ) فيكون سلبياً .

## الفطارات البشروية والجريبية

## Epidermal and Follicular Mycoses :

تصنف الفطارات البشروية والجريبية اعتماداً على نوع العامل الممرض : فطور جلدية ، وخمائر ، وعفن .

### الفطور الجلدية الناجمة عن الفطور الجلدية ، الفطارات الجلدية

### Dermatophytoses :

**التسمية** : لقد نالت تسمية « السعفة **(Ringworm)** **Tinea** » ، والتي أطلقت على جميع أنواع الفطور البشروية الجلدية ، قبولاً في السنوات الأخيرة . كما ويدخل موضع الإصابة في التسمية مما أدى بنا للحصول على التسميات التالية :

- سعفة الرأس .
- سعفة اللحية .
- سعفة الوجه .
- سعفة الجسد .
- سعفة الأرفاغ **T. Cruris or Inguinalis** .
- سعفة اليد .
- سعفة القدم .
- سعفة الأظفار .

إن الفطور الجلدية أليفة القرنين ، كما وأنها تعيش وتتكاثر في قرنية البشرة والأشعار والأظفار . وهناك تصنيف آخر للفطارات الجلدية كان متبعاً في الماضي :

- *فطارات البشروية* : ( داء المناطق المجردة من الأشعار مثل الراحتين والأخمصين ) .
- *فطور الشعروية* ( داء الجلد المغطى بالأشعار ) .
- *فطارات الأظفار* أو أدواء الأظفار .

لا تترادف الفطارات البشروية مع الخمج الناجم عن جنس فطور البشروية ، ولا يترادف داء الشعرويات مع الخمج الناجم عن جنس الشعرويات ، وأبعد من ذلك فإن مفهوم فطارات الأظفار لا يقتصر على خمجها بالفطور الجلدية ، لكنها تتضمن أدواءً تنجم عن أنماط أخرى من الفطور ( مثال : المبيضات البيض ) . وتستخدم التسميتان سوية لما لكل واحد منهما من فائدة في شرح حالات سريرية معينة .

**سعفة الرأس Tinea Capitis :**

*المرادفات* : سعفة النقط السوداء (Black dot Ringworm) .

**التعريف** : تعني سعفة الرأس خمج الأشعار المغطية للرأس والحاجبين والأهداب بواسطة أنواع من جنس الفطور الشعروية والبويغائية . وقد قسمت سعفة الرأس ، لغايات سريرية وعملية إلى ثلاثة أشكال .

- داء الشعرويات Trichophytosis السطحية والعميقة .
- داء البويغائيات Microsporosis .
- القرعة Favus والتي تعرف أيضاً بالسعفة القرعية .

**العامل الممرض** : إن أكثر الفطور الممرضة في أوربا وأمريكا الشمالية هي الشعروية الذقنية ، ويليها الشعروية الثؤلولية T. Verrucosum والشعروية الجازه T. Tonsurans ، والشعروية البنفسجية . كما ويحدث نفس المنظر السريري بكل من البويغاء الكلبية Microsporum Canis والبويغاء الأودينية ، والبويغاء الحديدية M. Ferrugineum .

**الموجودات السريرية** : غالباً ما يصاب بهذا الشكل من السعفات ، الرضع والصغار في سن الحبو ، وأطفال المدارس ، ويندر حدوثها عند الكهول . وتتجلى الإصابة ببقع دائرية حمراء ملتهبة ذات حدود واضحة ، ومغطاة بوسوف مميزة . هذا وتختلف درجة الالتهاب في تلك البقع . وتعرف الإصابة ذات الالتهاب الصريح ( احمرار ، ارتشاح التهابي ، وسوف ، بثور ) بالشكل الالتهابي وهو ذو دلالة على داء الشعرويات العميق ( راجع الشكل ٧ : ٤ ) . أما الحالة ذات الشكل النخالي المتناثر ، والواسع دون احمرار فإنها تميز الشكل غير الالتهابي وتتوافق مع داء الشعرويات السطحية .

ينفذ الفطر عميقاً في الجريب الشعري مؤدياً إلى بثور جريبية وأحياناً إلى تشكلات عقيدية مصحوبة بمفرزات قيحية كثيفة وقد كان هذا المرض يسمى قديماً « شهدة سلز Kerion Celsi » ( ويعني باليونانية : قرص العسل ) . وتكون ضخامة العقد اللمفية خلف العنق نموذجية . كما ويحدث أعراضاً عامة مثل الحمى ، والصداع ، والإقياء . ومن المحتمل حدوث خمج جرثومي إضافي . هذا وإن الشفاء العفوي يكون محتملاً خلال شهور . وحتى مع إعطاء المعالجة المناسبة فإن تراجع الآفة يمكن أن يستغرق عدة أسابيع . وغالباً ما تؤدي التشكلات الخراجية الالتهابية المكتنزة لتخريب جذور الأشعار ينجم عنها بؤر من الحاصّات الندبية الدائمة التي تشبه الحاصة الكاذبة Pseudopelade .

الجدول ٧ ـ ١ : العضويات المرافقة للأشكال السريرية لسعفة الرأس

| الالتهابية | غير التهابية | النقط السوداء | القرعة |
|---|---|---|---|
| البويغاء الكلبية | البويغاء الأدوينية | الشعروية الجازة | الشعروية الشونلاينية |
| البويغاء الجبسية | الشعروية الجازة | الشعروية البنفسجية | الشعروية البنفسجية |
| الشعروية الذقنية | البويغاء الكلبية | | البويغاء الجبسية |
| الشعروية الجازة | البويغاء الحديدية | | |
| الشعروية الثؤلولية | | | |
| الشعروية الشونلاينية | | | |
| البويغاء الأدوينية | | | |
| البويغاء القزمة | | | |

**التشخيص** : يعتبر وجود الفطور في الوسوف أو في الأشعار مشخصاً سواءً أكان ذلك بالفحص المجهري للمحضرات أو بالمزارع .

**داء البويغاء Microsporosis : [Gruby 1841]**

**التعريف** : لا يزال عالم هذا المرض غامضاً . فهذه التسمية تعني أي خمج ينجم عن جنس البويغاء ، حتى ولو أن المنظر السريري يوحي بداء الشعرويات السطحي . لكنه بالمعنى القريب ينحصر بكيان سريري مُعْدٍ سنأتي على وصفه . وإن هذا المرض هو شكل من أشكال سعفة الرأس .

**العامل الممرض** : هو البويغاء الأودينية M. audouinii .

**الموجودات السريرية** : إن أكثر الأماكن لتوضع الآفة هو الرأس ، حيث يظهر في البدء بؤر نخالية الشكل ، وسفية ، صغيرة ومتعددة تأخذ بالكبر لتصبح بحجم القطع النقدية المعدنية ( راجع الشكل ٧ : ٥ ) . وقد تندمج مع بعضها مشكلة بقعاً وسفية متعددة الدوائر . هذا ويغيب في تلك البقع الالتهاب الاحمراري كلية . وتبدو الآفات وكأنها معفرة بالطحين ، وتتكسر الأشعار على مستوى جلد الفروة تقريباً . أما البويغاء الكلبية والبويغاء الجبسية فينجم عنها في العادة أعراضاً التهابية .

**الحدوث** : أكثر ما يصيب فطر البويغاء Microsporum الأطفال وخاصة الصبيان ، ويشفى عفوياً عند البلوغ وهو مرضٌ معدٍ وسارٍ ، وينتشر بشكل جائحي في مدارس الأطفال والمدارس الداخلية .

**التشخيص** : يكون كشف العامل الممرض تحت المجهر مشخصاً ، وذلك في الوسوف المكشوطة أو بالزرع . ويساعد على التشخيص تعريض البؤر البويغائية لأشعة وود التي تبدي تألقاً أخضر مبيضاً . كما وتفيد هذه الأشعة في كشف البؤر التي لا تظهر سريرياً كالتي تصيب الوجه والأليتين . ويفيد مصباح وود أيضاً للمسح البسيط والسريع لصفوف المدارس ، أو للحيوانات الأهلية وبخاصة القطط التي يشتبه بإصابتها الفطرية .

**السعفة القرعية Tinea Favosa : [Remak 1837]**

*المرادفات* : القرعة Favus أو السعفة Ringworm .

**التعريف** : شكل التهابي مزمن من سعفة الرأس تتصف بجلبات درعية الشكل تدعى التريسات Scutulas ، ويخلف شفاؤها حاصة ندبية ( حاصة كاذبة ) .

**العوامل الممرضة** : الشعروية الشونلاينية T. Schoenleinii والشعروية البنفسجية T. Violaceum .

**الحدوث** : إنّ هذا المرض نادرٌ جداً في أوربا وأمريكا الشمالية ، لكنه يستوطن مناطق واسعة من جنوب أوربا والشرق الأوسط وإيران وكشمير وغرينلاند .

**الموجودات السريرية** : أكثر ما يصاب بهذه الآفة الرضع والأطفال ، وهنا لا نجد أيّ ميل للشفاء العفوي عند البلوغ كغيره من سعفات الرأس الأخرى ، حيث يمكن للحالات غير المعالجة من هذا المرض أن تستمر مدى الحياة . ومن حيث شدة الآفة يمكن أن نميز منها ثلاث درجات . فالشكل الأخف يتظاهر باحمرار بسيط في الفروة ، ويفقد الشعر لمعانه لكنه لا يتساقط .

أما في الشكل الثاني فيكون الالتهاب والاحمرار أشد ويتصف بتشكل التريسات التي تأخذ جلباتها الصفراء ـ الكبريتية شكل الطبق ، وبقطر بضعة ميليمترات ، وبالنمو داخل جريبات الأشعار وحولها ، بحيث تحوي كل بقعة في مركزها سقيبة شعرية أو أكثر . وتتساقط الأشعار في هذا الشكل من المرض ( راجع الشكل ٧ : ٦ ) .

أما الدرجة الثالثة وهي الأشدّ من الآفة فتتظاهر بتساقط أكثر من ثلث الأشعار في الفروة . ونجد شفاء ذو ضمور مركزي ، وينتشر الالتهاب في المحيط ، ويتصف بتشكل تريسات جديدة . ويؤدي تشكل الجلبات Crusts والتنحات والخمج الجرثومي الإضافي إلى رائحة غير مستحبة ـ كرائحة الجبن أو بول الفئران .

وهناك حالات نادرة من قرعة الجسد تتجلى بتريساتها وضمورها . كما يمكن للشعروية الشونلاينية أن تسبب سعفة الأظفار ( فطار ظفري قرعي ) التي تتماثل في صورتها السريرية مع الفطارات الظفرية الناجمة عن عوامل فطرية أخرى . لذا فإن لفحص الأظفار أهمية كبيرة .

**التشخيص** : يعتبر المنظر السريري ، والتوضع النموذجي ، والتريسات والضمور التي تترافق جميعها مع الرائحة النموذجية من أسس التشخيص . لكن البرهان الأكيد يقوم على كشف العامل الممرض في المحضرات المجهرية وبالزرع من التريسات عادة .

ـ إن السعفة القرعية من الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها .

**سعفة اللحية Tinea Barbae :**

**التعريف** : خمج فطري جلدي يصيب أجزاء من الوجه والعنق المكسيان بالأشعار . يحدث عند الكهول من الرجال فقط ، وهو داء شعروي عميق بشكل أساسي .

وقد شوهدت الفطور الجلدية تحت المجهر في مراحل مبكرة من التاريخ الطبي . وكان المرض يدعى بالتينة الطفيلية (Sycosis Parasitaria) . وعلى النقيض منها ، فإن التينة غير الطفيلية والتي هي التهاب جريبات جرثومي عميق مزمن ، لم يتم التعرف مجهرياً على عاملها الممرض ( العنقوديات ) حتى ظهور طريقة تلوين المحضرات .

**العامل الممرض** : إن السبب الشائع هو الشعروية الذقنية T. Mentagrophytes ، ونادراً ما ينجم عن أنواع أخرى للشعروية والبويغاء . إنّ الخمج بالفطور الجلدية في منطقة اللحية نادرٌ نسبياً في الوقت الحاضر غير أنه كان أكثر شيوعاً في الماضي . وغالباً ما ينتقل بالتماس مع الحيوانات المخموجة . وإن الفطور الحيوانية أكثر فوعة . ويمكن أن يقتصر توضعها على السطح الخارجي لسقيبة الشعر ( خارج الشعرة Ectothrix ) .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الآفة كالتهاب جريبي معزول مترافقاً بنجيج قيحي ، ثم يتتشر عامله الممرض بواسطة الحلاقة . هذا وينفذ الالتهاب المترافق باحمرار والتهاب ووسوف وبثور ، والذي يكون في البدء سطحياً ، إلى الجريبات الشعرية بسرعة مؤدياً إلى ظهور بثور وعقيدات طرية حطاطية ، دمّلية الشكل . وقد تندمج الخراجات ببعضها البعض مغطية مناطق واسعة من اللحية . وهذا هو أشدُّ شكل من سعفة اللحية أو الذقن . أما الأشعار ، والتي تبدو مغبرة ، فإنها تلتصق خارج

فوهات الجريبات مثل الفتائل Wicks ( راجع الشكل ٧ : ٧ ) . ويمكن نزع الأشعار دون ألم بغرض التشخيص أو المعالجة . تلتهب وتتضخم العقد الناحيوية وتصبح مُمضَّة بالضغط . وهناك أعراض عامة في الحالات الشديدة ( حمّى – تعب ) . ويبلغ المرض ذروته بعد ٤ – ٦ أسابيع . ويؤدي التماس ما بين الفطر والنسج خلال الارتشاح إلى زيادة الأرج والتفاعلات المناعية . وتتراجع الأعراض حالما يتم الشفاء النهائي . ونادراً ما يحدث التندب أو أنه لا يظهر ، والأشعار تنمو ثانية عادة .

**التشخيص** : يكون تشخيص سعفة اللحية سهلاً في العادة بسبب العلامات السريرية النموذجية . ويُؤكد التشخيص بكشف الفطر على الأشعار ، حيث يشاهد الفطر تحت المجهر خارج الشعرة . أما التعرف على العامل الممرض وكشف هويته فيتم بالزرع .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن التهاب الجريبات العنقودي المزمن ، وعن التهاب الجريبات سلبي الغرام ، والدمل ، والجمرة الحميدة Carbuncle ، والتهاب جريبات اللحية الإكزيمي ، والتهاب الجريبات بالمبيضات ، وتدرن الجلد ( الخنزرة Scrofuloclerma ) وداء الشعّيات Actinomycosis .

## سعفة الوجه وسعفة الجسد Tinea Faciei and Tinea Corporis :

**العوامل الممرضة** : أكثر العوامل الممرضة هي الشعروية الحمراء T. Rubrum ، والشعروية الذقنية . بينما لا يوجد الفطر البشروي الندفي Epidermophyton Floccosum إلا نادراً .

**الموجودات السريرية** : يصاب الأطفال بهذه السعفة بشكل خاص حيث تنتقل إليهم العدوى عن طريق الحيوانات الأليفة ( القداد Hamsters والقبيعة Guinea Pigs ) ، وتبدو بآفات دائرية ذات حدود صريحة ( سعفة ، ذات انتشار نابذ من المركز إلى أجزاء الوجه الخالية من الشعر ) . ويعتبر وجود احمرار ، ووسوف ونفاطات صغيرة أو بثور في المحيط نموذجياً ( راجع الشكل ٧ : ٨ ) . أما شفاء الآفة من المركز وانتشارها في المحيط فيؤدي إلى أشكال دائرية وصفية ( راجع الشكل ٧ : ٩ ) ، وهناك حكة . وعند وجود علامات قليلة نسبياً من الالتهاب فإن التشخيص قد يصبح صعباً .

هذه العلامات السريرية التي شرحناها عن آفات الوجه عند الأطفال والكهول ، يمكن ملاحظتها على العنق والجذع والأطراف أيضاً . وإن الصورة السريرية لا تلاحظ في البدء ، ويمكن أن تشخص خطأً على أنها إكزيمة نمية ( درهمية ) .

وأخيراً تظهر الآفات الواسعة الملفّفة Convoluted للسعفة الجسدية ، بشفاء في المركز وانتشار نحو المحيط ( راجع الشكل ٧ : ١٠ ) . وإذا ما حدث خطأً في التشخيص وعولجت هذه السعفة خارجياً بتطبيق مركبات تحتوي على الستيروئيدات السكرية ، فإن ذلك يؤدي لكبت المظاهر الجلدية والحكة في حين يستمر الخمج الفطري بالاتساع .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن الصداف الشائع ، ونظير الصداف اللويحي لبروك ، والإكزيمة شعروية الشكل ، والإكزيماتيد والفطار فطراني . وإن التعرف على الفطر ضروري دوماً في التشخيص .

## السعفة الأربية Tinea Inguinalis :

*المترادف* : السعفة الأربية (T. Cruris) .

إنّ أكثر الأماكن الشائعة للخمج بالفطور الجلدية هي المناطق الأربية والتناسلية والشرجية عند الكهول من الرجال . يبدأ المرض بحكة ، وآفات حمراء ، أو حمراء بنية ملتهبة ، مستديرة ، واضحة الحدود والتي تنتشر نحو المحيط ، كما قد تتداخل مؤدية للويحات متعددّة الدوائر . ويشاهد على المحيط حويصلات وبثور ووسوف في بعض الأحيان ( راجع الشكل ٧ : ١١ ) . وإن الهامش والمنظر السريري لنمط إكزيمة متعددة الشكلياء يفسران الاسم القديم للآفة وهو « الإكزيمة الهامشية ( هبرا – Hebra ) .

تتواجد هذه الآفة في أغلب الأحيان في أنسي الفخذ وعلى مستوى قاعدة الصفن ، وعلى الصفن نفسه . ومن ثمّ تنتشر منطلقة من تلك الأماكن إلى سطح الجلد السليم . وقد تمتد إلى منطقة ما فوق العجّان وإلى الأليتين في بعض الأحيان .

أما الأماكن المذحية الأخرى التي يمكن أن تصاب فهي منطقة تحت الثديين عند النساء البدينات وتحت الإبطين والمناطق الانعطافية لكل من المرفقين والركبتين .

وينتقل المرض إما بالتماس أو بالتلقيح الذاتي من فطارات القدم وهو الأغلب دائماً ، تلك البؤرة التي يجب عدم إغفالها عند المصابين بسعفة أربية . ومن الممكن أيضاً أن تنتقل العدوى عن طريق المناشف والملابس الداخلية وإن كان ذلك نادراً .

ويساعد أيضاً على انتشار الخمج كل من الملابس الداخلية الضيقة والحلاقة ( حلاقة أمكنة الملابس الداخلية ) ، والمهن القُعدة ، ومقاعد السيارات اللدينية ، والمناخ المداري أو المذح المتعطن المزمن . أما الأشخاص البدينين فهم المفضلين للإصابة بالخمج . كما وإن الداء السكري من العوامل المهيئة للإصابة .

**الأعراض** : حكة ، وخاصة بعد الجلوس لمدة طويلة ، وفي

الظروف الدافئة والرطبة ( سيارة ، طائرة ، كرسي ذو عجلات ) .

**التشخيص** : يتم التشخيص بكشف الفطر مجهرياً وبالزرع .

**التشخيص التفريقي** : يجب في هذا المجال استبعاد الأمراض التالية : الوذح Erythrasma ( عدم وجود حدود واضحة ، التألق بلون أحمر آجري تحت مصباح وود ) . الإكزيمة ( حدودها مطموسة ، ومعظم تغيراتها تكون في المركز ) ، المذح Intertrigo والصداف مذحي الشكل .

**سعفة اليد Tinea Manus :**

**التعريف** : هي خمج بالفطور الجلدية يصيب اليدين . وتنجم المناظر السريرية المختلفة عن مكان توضع الخمج وعن تفاعل المضيف .

**العوامل الممرضة** : إن أكثر الفطور إحداثاً لهذا الخمج هي الشعروية الحمراء والشعروية الذقنية ، ونادراً ما تنجم عن الفطر البشروي الندفي . وتترافق هذه الآفة عادة مع السعفة القدمية وفطارات الأظفار بآن واحد حيث أن هذه الفطارت تعتبر مستودعاً للخمج .

**الموجودات السريرية** : من الظواهر الجلدية الملاحظة كون الإصابة وحيدة الجانب أو غير متناظرة . وتشبه الصورة السريرية لتوضع الإصابة على ظهر اليدين والأصابع الصورة السريرية للسعفة الجسدية . فهي تتجلى ببؤرة متعددة الدوائر ، حمامية وسفية وذات حدود صريحة ، ثم تنتشر تلك البؤرة في المحيط مع بثور صغيرة جداً على الأغلب ( الشكل ٧ : ١٢ ) . وقد يحدث شكل مذحي تآكلي متعطن ما بين الأصابع ، إلا أن هذه الصورة الأخيرة تنجم عادة عن المبيضات البيضاء وليس عن الفطور الجلدية . أما سعفة اليد من شكل خلل التعرق فتتصف بالحكة مع حويصلات من شكل خلل التعرق ، وبثور على الراحتين ، وعلى السطوح الراحية والجانبية للأصابع ، وأما الأشكال الشائعة لسعفة اليد مفرطة التقرن أو المتصفة بتقرانات وسفية ، فتتوضع على الراحتين وعلى الجزء الراحي للأصابع وعلى نهاياتها حيث تتجلى بوسوف ناعمة مغطية للجلد ، مع احمرار خفيف ، وشقوق تكون مؤلمة على الغالب . وكثيراً ما تترافق مع سعفة الأظفار في نفس الوقت . يبنى التشخيص على كشف الفطر . هذا ويمكن أن تكون سعفة الأظفار ، سعفة القدم ، و/أو السعفة الأربية هي مستودعات الخمج .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن ، وعن إكزيمة خلل التعرق في اليدين ( ثنائية التوضع ) ، والصداف الراحي ( توضعات أخرى للصداف ) ، والتفاعلات الطفحية الفطرية **(Mycoid)** على اليدين ، داء المبيضات المذحي .

**سعفة القدم Tinea Pedis :**

*المرادفات* : فطار القدمين ، أقدام الرياضيين **Athlete's foot** ، سعفة القدم **Ringworm of the foot** .

**التعريف** : سعفة القدم هي خمج القدمين بالفطور الجلدية وخاصة خمج الأباخس والأخمصين وهي آفة كثيرة الشيوع .

**العامل الممرض** : أكثر المسببات لهذه السعفة هي الشعروية الحمراء **T. Rubrum** ويأتي بعدها الشعروية الذقنية **T. mentagrophytes** والبشروية الندفية **Epidermophyton Floccosum** .

**الانتشار** : سعفة القدم من الأمراض الجلدية الأكثر شيوعاً . وتقدر نسبة انتشارها في أوربا وأمريكا الشمالية حوالي ١٥ — ٣٠٪ . وإن الإصابة بها ترتفع عند بعض الفئات من الناس كعمال المناجم ( تصل حتى ٧٠٪ ) والرياضيين . وهي في بعض الشعوب أعلى منها في غيرها .

**الإمراض** : تلعب حالة الرطوبة والحرارة ضمن الحذاء دوراً هاماً ، أما العوامل المؤهبة للإصابة فهي فرط التعرق وزراق النهايات . ويعاني حوالي ٦٠ — ٨٠٪ من مجموع المرضى المصابين باضطرابات وعائية وريدية أو شريانية مزمنة من فطار الأظفار أو سعفة القدم أو كليهما . يوجد العامل الممرض لهذه السعفة في كل مكان ، وتبقى أبواغه ممرضة عدة أشهر في البيئة الإنسانية ( مثال : في الأحذية ، ألواح البط الخشبية في أحواض السباحة ، وملاعب الجمباز وحصيرة الحمام ، سجاد الفنادق ) . أما وسائل الوقاية الهامة من الإصابة بسعفة القدم فهي حفظ صحة الأقدام التي توجب تجفيف الجلد ما بين الأباخس بعناية بعد الحمّام أو أخذ الدوش كما ويجب تهوية الأحذية .

**الموجودات السريرية** : إن المظاهر السريرية لسعفة القدم توافق الصورة السريرية التي وصفت في سعفة اليد ، ومن أشكالها الشائعة : فرط التقرن الوسفي ، والمذحي ، وأكثر ندرة فيها هو خلل التعرق ، والأشكال المتنوعة من الحمامى الوسفية على ظهر القدم .

*النمط المذحي* : يتوضع هذا الشكل ، الأكثر شيوعاً ، بين الأحياز الضيقة للفوت الثالث والرابع وما بين الرابع والخامس للأباخس Toes ، إلا أنه يمكن أن تصاب أيضاً الأحياز ما بين الأصابع الأخرى . هذا وإذا ما باعدنا بين الأباخس فإنه يمكن مشاهدة الجلد المنتفخ الأبيض الضارب للرمادي . أما عند إزالة الطبقة المتعطنة فتبقى تآكلات نازة وشقوق ( راجع الشكل ٧ : ١٣ ) . وينتشر المرض إلى الوجه السفلي للأباخس . وعند

ازدياد التعرق ( ارتداء جزمة مطاطية ، أو ركوب عربة شديدة التدفئة ) فيمكن أن يحدث التهاب حاد للآفة يترافق مع حكة شديدة .

*النمط مفرط التقرن الوسفي* : هذا النمط شائع أيضاً . ويتصف بفرط تقرن وسفي ، ويؤدي إلى تشكيل بؤر غير متناظرة ، ومحددة بشكل صريح ، وقد تظهر شقوق أيضاً . وتتوضع هذه الآفة بشكل رئيسي على جوانب القدمين ، والعقبين ونهايات الأباخس ( راجع الشكل ٧ : ١٤ ) . ويمكن أن ينجم التقران الوسفي المنتشر على كافة أخمص القدم ، وخاصة على أحد الجوانب ، عن سعفة القدم . وإن إصابة الأظفار شائعة في جميع أشكال سعفة القدم .

*النمط من شكل خلل التعرق* **Dyshidrosiform** : تتطابق الصورة السريرية لهذا النمط مع ما تم وصفه سابقاً في سعفة اليد . ويظهر عادة في الصيف وبخاصة في الأيام الحارّة ، وأكثر ما يتوضع على منطقة قوس القدم ( راجع الشكل ٧ : ١٥ ) حيث تظهر مجموعة نفاطات ، على شكل خلل التعرق ، غيمية قليلاً مترافقة مع مكونات خيطية ، وعلى أرضية حمراء التهابية بشكل خفيف . ويوجد عادة حكة شديدة ، ويعقب الشفاء تشكلات جلبية **Crusts** وسفية . ومع تقدم المرض واستمراره لبعض الوقت يمكننا مشاهدة آفات قديمة إلى جانب اندفاعات جديدة جنباً إلى جنب . ويمكن كشف الفطور بسهولة من الوسوف .

**السير** : تأخذ فطارات القدم سيراً مزمناً في العادة ، ومتقطعاً لعدة سنوات أو لعشرات من السنين . أما الظروف التي تؤدي إلى تفاقم الآفة فهي : الطقس الصيفي ، المناطق المدارية ، التدفئة المركزية ، العربات شديدة التدفئة ، والمناخ الرطب الحار ضمن الأحذية . أما الاختلاط الهام لهذه الفطارات فهو التهاب الهلل **Cellulitis** أو الحُمرة **Erysipelas** في الساقين حيث تؤمن التآكلات والشقوق ما بين الأباخس نقطة الدخول للعامل الممرض المسبب لالتهاب الهلل . ويجب عدم نسيان التماس الأرجي المتجلي بزيادة شدة وسورة الاندفاعات والناجم عن استمرار المعالجة بالمضادات الفطرية . ويمكن أن تؤدي التفاعلات الطفحية **Id Reactions** إلى اندفاعات على شكل خلل التعرق على اليدين .

**التشخيص التفريقي** : يفرق النمط المذحي لهذا الفطار عن المذح البسيط ، والخمج الجرثومي لما بين الأباخس ( خمج الأقدام سلبي الغرام ) ، وداء المبيضات الصعب التمييز . أما النمط الوسفي مفرط التقرن فلا يفرق إلا بصعوبة عن الإكزيمة مفرطة التقرن ، أو الإكزيمة المتقرنة والمتشققة للقدم ، كما يميز عن الحزاز المسطح ، والصداف ، والتقرانات الوراثية . وتكون رؤية الفطر مباشرة بالمجهر أو بالزرع مشخصة . أما النمط من خلل التعرق فيجب تفريقه عن خلل التعرق ( ثنائي الجانب عادة ) وعن البثار الراحي الأخمصي ، والصداف البثري الراحي الأخمصي .

**سعفة الساق Tinea of the Lower Leg :**

**التسمية** : يطلق اسم سعفة الساق **T. Cruris** مرادفاً للسعفة الأربية كما ويستعمل أيضاً مصطلح داء الشعرويات الجريبي للساق .

**الموجودات السريرية** : يحدث هذا الشكل من السعفات خاصة عند النساء المصابات بسعفة القدم أو سعفة الأظفار أو كليهما والتي انقضى عليها مدة من الزمن . وأكثر ما تشاهد على الثلثين السفليين من الجانب الخارجي للساق . وغالباً ما تظهر بعد حلاقة الشعر ، بشكل حطاطات حمراء ـ بنفسجية أو حمراء بنية ، أو على شكل عقيدات تنفذ عبرها الأشعار ، تتوضع أحياناً على شكل زمر أو تتداخل مع بعضها مشكلة لويحات . أما البثور الجريبية فنادرة ، ويمكن مشاهدة وسوف طوقية على محيط العقيدات . وتصيب هذه السعفة عادة النساء اللواتي يعانين من ازرقاق النهايات ، أو التقران الجريبي أو الشرث الجريبي . أما الأعراض الشخصانية فقد تكون حكة شديدة . ويأخذ المرض عادة سيراً مزمناً مديداً يستغرق سنوات أو عشرات السنين .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق هذه السعفة عن التهاب الجريبات الجرثومي ، وداء المبيضات الجريبي ، والصداف الجريبي ، ويقوم التشخيص على الفحص المجهري للوسوف والأشعار وعلى الزرع .

**سعفة الأظفار Tinea Unguium :**

*المرادفات* : فطارات الأظفار . وتتضمن سعفة الأظفار أدواء فطرية تصيب الأظفار ناجمة عن الخمائر كما سيأتي ذكره .

**التعريف** : تنجم السعفة الظفرية عن غزو سرير الظفر بالفطور الجلدية مع إصابة الصفيحة الظفرية من حافتها الحرة أو حتى من الطيّة الظفرية .

**العوامل الممرضة** : إن أكثر الفطور المسببة شيوعاً هي الشعروية الحمراء ، غير أنه يمكن لمعظم الفطور الجلدية الأخرى أن تسبب فطارات الأظفار أحياناً .

**الموجودات السريرية** : كثيراً ما تصاب أظفار الأباخس ، أما إصابة أظفار أصابع اليدين فأكثر ندرة . تبدأ التغيرات الناجمة عن الإصابة من النهاية القاصية للظفر ومن ثَمَّ تمتد بالاتجاه الداني . يبدأ الخمج بإصابة ظفر مفرد . أما بقية الأظفار

فتصاب فيما بعد تدريجياً . ويعتبر وصفياً تلك المراحل المختلفة التي يصاب بها ظفر تلو الآخر إضافة لعدم تناظر الإصابة . ويشاهد في بدء الإصابة تغيرٌ في اللون يطرأ على الظفر بالقرب من طيته الجانبية ، إذ يصبح مبيضاً مائلاً للصفرة ( خلل التلّون Dyschromasia ) . وهذا ما يسمى بوبش الأظفار الفطري (Leukonychia Mycotica) (راجع الشكل ٧ : ١٦) وقد يحدث في بعض الأحيان انفصالٌ ما بين الظفر وسريره وذلك من نهاية الظفر القاصية من جراء فرط التقرن وتراكم الكسيرات المتفتتة تحت الظفر (الشكل ٧ : ١٧): انحلال الظفر الفطري الهلالي، ثم تتحطم الصفيحة الظفرية تدريجياً إلى أجزاء صفراء أو تتكسر إلى شظايا : حثل الأظفار . ولا يصاب عادة هلال الظفر . ويمكن أن ينجم عن سعفة أظفار الأصابع بعض العجز اليدوي ، لكن المرضى في الأصل يستشيرون الطبيب لاعتبارات تزويقية . هذا وإن سعفة الأظفار معندة بشدة وتستغرق سنين عديدة وحتى عقوداً من السنين .

وقد تكون الاضطرابات الدورانية العضوية أو الوظيفية مواتية لنمو فطور الأظفار . وكذلك فإن كلاً من ازرقاق النهايات ، والقصور الوريدي المزمن ، والانسدادات الشريانية ( ٦٠ — ٨٠٪ من جميع المرضى ) ، والعمل في ظروف رطبة ، والتماس المستمر مع صوابين قلوية ، تسبب جميعها تعطن الطبقة المتقرنة المتواجدة تحت الظفر وتسهل الغزو الفطري . وهذا ما يحدث أيضاً عند ربات البيوت والسّقاة والمنظفين أو أطباء الأسنان .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بكل من صداف الأظفار بشكل خاص ، والحزاز المسطح للأظفار ، وتغيرات الأظفار وما حولها الإكزيمية . ويعتبر كشف الفطر مجهرياً أو بالزرع مشخصاً .

## الظواهر المناعية في الفطور الجلدية
## : Immune Phenomena in Dermatophytes

يؤدي وجود الفطور الجلدية في جلد المريض إلى تشكيل أضداد خلطية وخلوية ، والتي يمكن إظهارها بإجراء الاختبارات داخل الجلد . فبعد حقن المستضد الفطري ( التريكوفيتين ) ضمن الجلد يمكن أن يحدث تفاعل إما من النمط العاجل ( النمط I ) أو من النمط الآجل من نمط السلين ( النمط IV ) . ويتكون التريكوفيتين النقي من بروتينات سكرية تكون السكريات فيه مسؤولة عن التفاعل العاجل ، بينما تكون الببتيدات مسؤولة عن التفاعل الآجل . إن للتفاعلات السابقة القيمة الأصغر في التشخيص ، وذلك لأنها تبقى إيجابية لعدة سنوات بعد شفاء الفطارات . لا يوجد تأكيد فيما إذا كان وجود الأضداد هي لمقاومة الأمراض أو لتأمين المناعة .

## الطفحة الفطرية Mycids :

يمكن أن يسبب امتصاص المستضد الفطري أثناء سير الفطار الجلدي تفاعلاً مفرط الأرجية ، متظاهراً بآفات جلدية خالية من الفطور تتوضع في أمكنة بعيدة عن البؤرة الخمجية .

تدعى الظاهرة السابقة بالطفحة الفطرية ، لكنها تعرف بشكل عام بالتفاعل الطفحي Id Reaction ( طفحة شعروية ، طفحة بشروية ، طفحة بويغائية إلخ ... ) . وتتظاهر تلك الطفحات سريرياً باندفاعات على شكل خلل التعرق ، وتكون متناظرة على اليدين والقدمين ، أو أنها تتظاهر بحمامى عقدة أو متعددة الأشكال على الأطراف ، وليس الحزاز الشعروي Lichen Trichophyticus نادراً ( راجع الشكل ٧ : ١٨ ) ، ولكن يمكن التغاضي عنه ، فهو يبدو بحطاطات جريبية مخروطية ، حمراء شاحبة ، متناظرة حول الآفة المركزية ، وتتوضع على الجذع . ومن الأهمية بمكان الحدوث المتزامن لهذه الطفحات مع الفطارات الجلدية المنتشرة .

ويمكن للطفحات الفطرية أن تظهر أثناء المعالجة الفعالة للتظاهرات الفطرية ، وذلك بسبب زيادة امتصاص المستضدات المحتمل من جراء تحطم العوامل الممرضة ، وتتراجع الطفحة الفطرية عفوياً بعد شفاء الفطار .

## الحبيبوم الشعروي Granuloma Trichophyticum : [ Majocchi 1883 ١٨٨٣ ]

**التعريف** : هو شكل مختلف من داء الشعرويات الارتشاحي المزمن والمترافق بالتهاب حبيبومي .

**الحدوث** : نادرٌ جداً ، يحدث في أي عمر وبخاصة عند صغار الكهول .

**الإمراض** : يؤدي نفوذ عناصر فطرية في الجلد إلى إصابة فطرية ، تكون في العادة داء شعرويات سطحي ، لتشكيل التهاب حبيبومي . والذي يدعو للتفكير فيما إذا كان الحدوث البدئي للحبيبوم يتطلب حالات مناعية خاصة . ومن الممكن أن يكون العامل الممرض أي جنس من الشعرويات وغالباً ما تتم العدوى عن طريق الحيوانات المصابة .

**الموجودات السريرية** : إن الأماكن المفضلة لتوضع الحبيبوم الشعروي هي الفروة ، واللحية والأطراف ، والمغبن ، والصفن والمناطق الأليوية . وإن هذه الآفات غير مؤلمة عادة ، وتتظاهر بعقيدات حمراء بنية ، تتجمع غالباً مع بعضها ، ومن النادر أن تشكل لطخات مرتشحة ملتهبة . هذا ومن الممكن أن يبدي السطح الجلدي وسوفاً نخالية الشكل ، أما الخراجات فنادرة .

**التشخيص** : ويقوم على كشف الفطور في المحضرات المجهرية وبزرعها من الأشعار والوسوف الجلدية . وتظهر الأفطورة

الفطرية بملون PAS حيث تتواجد ليس فقط في الطبقة القرنية للبشرة والجريبات الشعرية فحسب ، وإنما في الارتشاح الحبيبومي في الأدمة .

**المعالجة** : يوصى دوماً بالمعالجة الداخلية بالغريزيوفولفين أو الكيتوكونازول بالإضافة للمعالجة الموضعية بالمضادات الفطرية .

**معالجة الفطارات الجلدية :**

**الخطوط الرئيسية العامة : .**

تتطلب المعالجة المناسبة تشخيصاً صحيحاً . يجب أن يؤكد تشخيص الخمج الفطري الجلدي بكشف الفطر بالفحص المجهري وبالزرع إن كان ذلك ممكناً . أما المعالجة بعد ذلك فتعتمد على كل من مكان الإصابة ( مثال : الجلد الحر ، المناطق المذحية ، الرأس ، الأظفار ) ، وحدّة الإصابة Acuteness ( التهابات حادة أو مزمنة ) ، وعمق الخمج ( مثال : إصابة سطحية أو عميقة بالشعرويات ) ، وأخيراً لأنها تعتمد على السراية ، على سبيل المثال : إن الخمج بالبويغائية شديد العدوى ويتطلب معالجة مكثفة .

**المعالجة الجهازية : .**

*الغريزيوفولفين Griseofulvin* : تستجيب جميع الفطور الجلدية عدا الخمائر والعفن للمعالجة بالغريزيوفولفين ، ونادراً ما تلاحظ مقاومة حقيقية تجاه هذا الدواء . إن الغريزيوفولفين هو صادٌّ من المكنسية الغريزيوفولفينية Penicillium Griseofulvum ، يعطى على شكل حبوب . ينجبل Incorporated في قيراتين البشرة والأشعار والأظفار ويتم امتصاصه من قبل الخيطان الفطرية النامية مؤدياً إلى تخربها . إن الغريزيوفولفين موقف لنمو الفطور Fungistatic لكنه غير مبيد لها Fungicidal . ولا يصاب قيراتين البشرة والأشعار والأظفار ، الذي ينمو بعد الشروع بالعلاج ، إلا أن القيراتين السابق يمكن أن يصاب ثانية عند توقف المعالجة . ولهذا السبب فإن المعالجة بالغريزيوفولفين يجب أن تبقى مستمرة حتى استئصال كافة الفطور . ويجب أن تدعم المعالجة الجهازية بإزالة القيراتين المخموج ، وبالمعالجة الموضعية الحذرة المضادة للفطور وبالقضاء على المستودعات الفطرية المتواجدة في البيئة .

*الاستطبابات* : إن التعرف على الفطور الجلدية بالزرع ضروري ويشكل أساساً للمعالجة . يوصف الغريزيوفولفين في العديد من الأخماج الفطرية الجلدية ما عدا الآفات المحددة أو السطحية ، أما استطبابات المعالجة الداخلية بالغريزيوفولفين فهي : الأشكال العميقة من أدواء الشعرويات ، وسعفة الرأس ، وسعفة اللحية ، وسعفة الوجه وخاصة عند الأطفال ، وعلى الخصوص إذا ما شملت إصابتها الأجفان والأذنين . أما الاستطبابات الأخرى لهذا الدواء فهي أدواء البويغاء ، والقرعة ، والأشكال شديدة الالتهاب والمنتشرة من السعفة الجسدية والسعفة الأربية وسعفة اليد ، وسعفة القدم ، وسعفة الساق ، والحبيبوم الشعروي ، وسعفات الأظفار الشديدة . ومن الضرورة بمكان إضافة المعالجة الموضعية إلى المعالجة الداخلية .

*الجرعة* : المقدار اليومي من الغريزيوفولفين للكهل هو عادة ( ٥٠٠ ملغ ) من الشكل الدقيق Micronized أو ( ٣٣٠ ملغ ) من الشكل المستدق Ultramicronized . أما جرعات الأطفال فتكون أقل . ويجب تناول الجرعة دوماً إما مع الطعام أو بعده وذلك لأنه ينحل في الدسم . ويجب الاستمرار بالمعالجة حتى شفاء المرض نهائياً ، وهذا يعني وجوب الاستمرار بها أشهراً في حالة فطارات الأظفار أو سعفتي اليد والقدم المفرطتي التقرن ، ويجب مضاعفة الجرعة في الحالة الأخيرة .

*التأثيرات الجانبية ومضادات الاستطباب* : إنّ التأثيرات الجانبية الشديدة نادرة جداً . قد يحدث صداع واضطرابات معدية معوية في بدء المعالجة ، لكنها عادة تختفي عفوياً مع استمرار المعالجة بالغريزيوفولفين ، ومن النادر جداً حدوث اضطرابات عصبية وخاصة التهاب أعصاب ( مثل صعوبة في التنبه ، أو آلام في الأطراف ) ، أو التهاب الفم ، أو شرى وبيلة آحينية . وتتراجع هذه الاضطرابات بعد إيقاف المعالجة . كما ذكر حدوث حالات من البرفيرية الجلدية الآجلة . ولذا يجب معايرة خميرة ترانس أميناز قبل المعالجة وكل ٦ – ٨ أسابيع خلال المعالجة . ومن مضادات الاستطباب النسبية للغريزيوفولفين الأذية الكبدية ، أما مضادات الاستطباب المطلقة لهذا الدواء فهي البرفيرية الحادة المتقطعة والبرفيرية الكبدية ، كما يجب تجنب إعطائه أثناء الحمل . ويجب أن لا يغرب عن الذهن تأثره بالأدوية الأخرى ، مثال : الباربيتوريات ومضادات التخثر .

*الإيميدازولات Imidazoles* : لقد عرفت مشتقات الإيميدازول مثل الكيتوكونازول Ketoconazole في معالجة الفطارات الجلدية عن طريق الفم . أما الجرعة اليومية المؤثرة لهذا الدواء كمضاد فطري مشابه بتأثيره للغريزيوفولفين فهي ٢٠٠ ملغ يومياً . وقد قُيِّد استعمال هذا العقار بسبب تأثيراته الجانبية أحياناً مثل إحداثه لخلل وظيفي كبدي . أما الحمل فهو مضاد استطباب أيضاً .

إن المجانس الجديد للآزولات Azoles هو الإتراكونازول Itraconazole الذي يشبه الكيتوكونازول بفعاليته لكنه أقل منه سمّية ( لا يحدث تغيرات في الإنزيمات المصلية الفعّالة حتى ولو أعطي لفترة طويلة ) . أما الجرعة اليومية للإتراكونازول

فهي حوالي ٥٠ – ١٠٠ ملغ للكهول .

**المعالجة الموضعية :**

هنالك عدد كبير من المواد المضادّة للفطور الفعّالة ، كما وأنّ ضم تلك المواد لبعضها يزيد من فعاليتها . أما المقاييس التي يتم فيها اختيار تلك العلاجات فهي : الفعالية والنفوذ والتحمل . وقد تحدث المواد المضادّة للفطور تخريشاً سمياً ، لكن الأهم من ذلك إحداثها لتفاعلات أرجية بالتماس . ويوصى بإضافة الستيروئيدات/ القشرية السكرية إلى المضادّات الفطرية في حالات استثنائية فقط ، مثل المعالجة الأولية لسعفة ملتهبة .

*الضمادات الرطبة ومغاطس اليدين والقدمين :* تعتبر المعالجة بالمغاطس والضمادات الرطبة وذلك بمحلول برمنغنات البوتاسيوم ذو اللون الوردي الخفيف ، أو بمحلول كبريتات الكينولينول – ٨ (١ : ١٠٠٠) 8 – Quinolinol Sulfate مناسبة في معالجة الآفات الجلدية النّازة الحادة . وقد أظهرت الضمادات الرطبة الحارة بمحلول كبريتات الكينولينول – ٨ أو بماء الصنبور فوائدهما في حالة داء الشعرويات العميق . ويشار بإجراء مغاطس مقبضة تحتوي على حمض العفص أو تحت خلات الألمنيوم $\frac{١}{٤}$ – $\frac{١}{٢}$ ٪ في معالجة تفاعلات خلل التعرق . أما الخمج الثانوي لداء الشعرويات فيمكن معالجته بحمض الخل ١٪ أو نترات الفضة ٠,١٪ وذلك بشكل كمادات أو مغاطس .

*المساحيق وإرذاذات المساحيق (Powder and Powder Sprays) :* تستعمل المساحيق وإرذاذات المساحيق للآفات الجلدية المذحية غير التآكلية فقط .

*الصبغات Paints :* إنّ صبغة كاستيلاني Castellani فعالة في معالجة الفطور ، لكنها ذات لون فاقع وقد تسبب أرجاً بالتماس أحياناً لاحتوائها على الريزورسينول . تفيد هذه الصبغة في معالجة الفطار المتعطن ما بين الأباخس ، كما أنها فعالة في معالجة آفات المبيضات أو خمج الأقدام الجرثومي . ومن الصبغات الفعّالة : صبغة زهرة العطاس Arning's Tincture ، أو صبغة اليود (٣٪) . ومن المستحضرات الجديدة البيفونزول Bifonzole والكلوتريمازول والسيكلوبيروكسولامين والإيكونازول Econazole والهالوبروجين وإيزوكونازول .

*المعلقات Shake Lotions :* لقد ثبت نجاعة الكليوكينول Clioquinol ( محلول الفيوفورم ٠,٥٪ مع زيت فيوفورم الزنك ٠,٥٪ Vioform Zinc Oil ) في معالجة الحالات الخفيفة من السعفة الأربية .

*المعاجين Pastes :* يشار في معالجة الآفات المذحية ( آفات الثنيات ) بشكل خاص بمعجونة الزنك الكبريتية [ كبريت مصعّد ٢ – ٥ وحتى ١٠ ، ومعجونة الزنك حتى ١٠٠ ] . كما يفيد تطبيق معجونة الزنك الكبريتية (١٠٪) الممزوجة مع محلول اليود ٣٪ في معالجة داء الشعرويات العميق .

*الرهيمات والمستحلبات Creames, Emulsions :* وأكثر ما توصف في العيادات لمعالجة معظم مراحل الفطارات الجلدية . وأهمها المركبات الجديدة لمشتقات الإيميدازول مثل . بيفونازول ، كلوتريمازول ، كيتوكونازول ، ميكونازول ، إيزوكونازول وأوكسي كينازول . كما ويتوفر الهالوبروجين Haloprogin و Cyclopiroxolamine الفعالين أيضاً في معالجة الآفات الخمائرية والجرثومية . أما التولنفتات Tolnaftate المعروف منذ فترة طويلة فهو فعال تجاه الفطور الجلدية ، لكنه غير فعّال تجاه الخمائر ، كما أن استعماله محدود بسبب تخريشه أحياناً للمناطق المذحية وفشله في معالجة الفطارات الجلدية مفرطة التقرن أو الفطارات الجلدية العميقة والأكثر ارتشاحاً .

*العوامل الحالة للقراتين Keratolytic Agents :* يفيد إضافة حمض الصفصاف إلى المعالجات الموضعية المطبقة في معالجة السعفات مفرطة التقرن أو القرعة ، حيث يملك حمض الصفصاف كلاً من الفعالية الحالة للقراتين والفعالية المضادة للفطور ، كما وأنه لا يسبب أرجاً . أما مرهم هيبرا الصفصافي ( Unguentum Diacylon + حمض الصفصاف ٥ – ٢٠٪ ) فهو علاج موثوق به في معالجة الآفات الفطرية مفرطة التقرن .

**معالجة سعفة الأظفار ( فطارات الأظفار ) :**

*العناية بالأظافر :* تعتبر الإزالة الكاملة والمنتظمة والحذرة للتقرن ما تحت الظفر المحتوي على فطور وإزالة الأجزاء الحثلية للأظفار المضطربة اللون أمراً هاماً ، ذلك لأن تلك التقرانات والأجزاء تعتبران منبعاً لا ينضب لعودة الخمج الفطري . ويجب تطهير وسائل تقليم الأظفار بانتظام .

*الإزالة الجراحية للأظفار :* يمكن استئصال الأظفار الحثلية ، لكن يجب أن يؤخذ بالحسبان الخطر الذي يتضمنه التخدير العام عند إزالة عدد كبير من أظفار الأصابع والأباخس . هذا ويجب تجنب إزالة الأظفار عند المرضى شديدي الخطورة ، والطاعنين في السن ( فوق الستين ) وأولئك الذين لا يعول عليهم متابعة العلاج الموضعي والجهازي . ويمكن إزالة ظفر مفرد بالتخدير الموضعي . ويجب عدم استئصال الأظفار إلا بعد التأكد من وجود خمج فطري بواسطة زرع الفطور .

*إزالة الأظفار بتطبيق حالّات القراتين :* هناك إجراءات محافظة يمكن بواسطتها إزالة الأظفار وتتم إما بتطبيق مرهم يوديد البوتاسيوم أو مرهم البولة Urea تحت ضماد كتيم :

– يتركب مرهم يوديد البوتاسيوم المطري للأظفار من Clioquinol (٠,٥) و Potassium Iodide (٠,٥) بالإضافة إلى اللانولين حتى ١٠٠ ، وتمزج بالحرارة .

– أما مرهم الكارباميد المطري للأظفار فيتركب من البولة Urea (٤٠) والوذلين Petrolatum (٢٥) واللانولين (٢٥) والشمع الأصفر (١٠) .

تغطى الأجزاء المحيطة بالظفر بمعجونة القصدير الصلبة أو بشريط لاصق ، ثم يطبق المرهم على الظفر بسمك ظهر السكين ، وبعدها يغطى الظفر بشريط . هذا ويمكن إزالة معظم الأجزاء الظفرية الرخوة آلياً خلال ٢ – ٣ أيام ، علماً بأن الأجزاء السليمة من الظفر لا تتأثر . ويعقب ذلك العناية المستمرة بالأظفار ومعالجتها بمضادات الفطور الموضعية والجهازية .

*المعالجة الموضعية :* وتقوم على تطبيق رهيات أو محاليل مضادة للفطور على سرير الظفر أو تحت الصفيحة الظفرية .

*المعالجة الجهازية بالغريزيوفولفين :* ويجب الاستمرار بها ، كما في المعالجة الموضعية حتى تنمو الأظفار السليمة كلية ، وغالباً ما يتطلب ذلك أكثر من ٦ – ٨ أشهر .

*التطهير Disinfection :* ويقوم على وضع وسادة **Pad** قطنية صوفية مرطبة بالفورمالين (١٠٪) في كل حذاء . تعرض الأحذية إلى أبخرة الفورمالدهيد ضمن حقيبة لدينية **Plastic** مغلقة ليوم واحد على الأقل . بعد ذلك تهوّى الأحذية بشكل جيد . وتجرى إجراءات مماثلة للألبسة التي لا يمكن غليها ، علماً بأن الفطور لاتموت بالغسيل العادي . وبعبارة أخرى فإن الغلي والمنظفات الكيمياوية يفترض بأنها تقضي على الفطور . وتعتمد المطهرات الجاهزة للاستعمال عادة على الفورمالدهيد المناسب لتطهير السطوح ، لكنه قد يحدث أحياناً أرجُ بالتماس ( مع الفورمالدهيد ) . ويوصى بالمحاليل المطهرة للقفازات اللدينية ( البلاستيكية ) أيضاً .

## الفطارات الجلدية الناجمة عن الخمائر Dermatomycoses Caused by Yeasts :

يمكن أن تنجم الفطارات الجلدية عن كل من الخمائر من جنس المبيضات ( وتنجم معظم أدواء المبيضات **Candidosis** عن المبيضات البيض حصراً ) ، والوبيغاء النخالية **Pityrosporum (Malassezia) Furfur** المسببة للنخالية المبرقشة ، والشعريات المبوغة لبيجللي **(Trichosporum Beigelii)** . المسببة للبصرة البيضاء **White Piedra** . ويمكن أن تسبب بعض الخمائر فطارات مجموعية عميقة أيضاً . وتستجيب الخمائر لعناصر صادّة مثل النستاتين ، والأمفوتريسين – ب ، والناتامايسين أو الكيتوكونازول ، والإيتراكونازول ، لكنها لا تستجيب مطلقاً للغريزيوفولفين . أما الأهمية العملية لكل من جنس **Torolopsis** والمستخفية الحمراء **Rhodotorula** فهي ضئيلة . وقد شوهد الخمج بالمستخفية المتنشئة **Cryptococcus Neoformans** عند المرضى متوسطي المناعة .

### أدواء المبيضات Candidosis :

*المرادفات :* داء المبيضات ، الفطارات بالمبيضات ، السلاق ، داء المونيليا .

**العامل الممرض والحدوث :** إن المبيضات البيضاء هي الخمائر التي تتواجد عالمياً كرمّام ممرض اختياري في القناة الهضمية . تساهم العوامل الممرضة في تحطيم المواد العضوية ، وتتواجد في البيئات الرطبة لطيات الجلد والغشاء المخاطي لتجويف الفم والأمعاء والمهبل ، وتصبح ممرضة معتمدة على فوعتها وحالة الجهاز المناعي للثوي . وهي تتكاثر بشدة ويمكن أن تتحول من خمائر رمّامة إلى طفيلية « طور الأفطورة **Mycelium Phase** » . وبعدها تحدث آفات جلدية ومخاطية وأخرى في الأعضاء الداخلية .

**العوامل المؤهبة :** غالباً ما يشير داء المبيضات إلى نقص في حالة دفاع المضيف . نذكر مثالاً على ذلك في الطفولة والأعمار الكبيرة ، والأدواء العامة الوخيمة كابيضاض الدم ، واللمفومات الخبيثة ، والإيدز والأورام الخبيثة ، ونقص الدفاع المحدث دوائياً والناجم عن تناول موقفات نمو الخلايا والستيروئيدات القشرية السكرية . وهناك عوامل غدية صماوية مهيئة للخمج بالمبيضات ، ولهذا السبب فهي أكثر ما تحدث في الداء السكري ، والحمل ، أو لدى تناول موانع الحمل الهرمونية . كما أن اضطراب النبيت **Flora** الطبيعي للأغشية المخاطية من جراء تناول الصّادات ، والنقص الموضعي في مقاومة الجلد والمخاطيات للجراثيم بسبب المذح التآكلي والتعطن ، وطفح الحفاض ، والأذيات المؤثرة على الغطاء الحامضي للجلد ، وخاصة عند الأشخاص البدينين ، والتخريشات الآلية لغشاء باطن الفم حين وجود أسنان تعويضية غير مناسبة مثلاً ، كل هذا يسهل الخمج بالمبيضات .

### داء المبيضات في الغشاء المخاطي للفم :

*المرادفات :* سلاق الفم **(Oral thrush)** ، التهاب الفم بالمبيضات الفطرية .

**الحدوث :** سلاق الفم شائع ويتواجد عند حديثي الولادة وحتى الأسبوع الثاني من الولادة . وربما يعود ذلك لعدم استتباب التعايش النموذجي للنبيت **Flora** الجرثومي الفموي

من ذلك التاريخ . أما عند الرضع الأكبر سناً فإن السّلاق نادر الحدوث . يكتسب هذا الخمج أثناء الوضع حين مرور الوليد من القناة التناسلية ، ولهذا السبب يجب فحص الحوامل للتحري عن داء المبيضات المهبلي ومعالجتهن موضعياً فيما إذا كان ذلك ضرورياً . يزداد السلاق في الأعمار المتقدمة عندما تكون الأسنان مفقودة أو إذا كانت الأسنان التعويضية غير مناسبة . ومن الأمور المهيئة للإصابة بالسلاق جميع الحالات المزمنة التآكلية في الغشاء المخاطي الفموي وخاصة الفقاع الشائع .

**الموجودات السريرية :** تظهر آفات بيضاء ، على اللسان ومخاطية الفم وقبة الحنك ، حيث تبدو كخثارة الحليب ، وتندمج بشدة مع بعضها . أما في الحالات الشديدة فإنه ينتشر مشكلاً غطاءً بكثافة الرهيم وبلون قشدة الحليب ، يغطي البلعوم والمريء والرغامى والقصبات ، وقد يؤدي لانسداد الطرق التنفسية مسبباً ضباحاً **Hoarseness** . ويطلق الصُّماغ **Perleche** أو التهاب الشفة الزاوي على الشقوق التي تتوضع في زوايا الفم ( راجع الشكلين ٧ : ١٩ و ٧ : ٢٠ ) . وتكون ثمرة العينة المأخوذة من تلك الشقوق بعد زرعها هي المبيضات البيض فقط . وتكثر هذه الآفة عند المسنين ذوي الأسنان الرديئة ، المهملين فمهم وعند المصابين بداء المبيضات المعوي .

**التشخيص :** وهو سهل بفحص المحضرات المهيئة بإضافة ماءات البوتاسيوم فوق الكشاطة العينة وضغطها على المحضر بلطف ، كما يمكن إيجادها بكمية كبيرة بالزرع .

**التشخيص التفريقي :** يمكن إزالة بقايا الحليب أو طعام الطفل بسهولة . وتحدث الطلاوة عند الكهول فقط ، وتبدو عادة في بؤر منعزلة لا يمكن كشطها . وينطبق نفس الشيء على البؤر البيضاء المتغصنة الشبكية في الحزاز المنسطح المتوضع في غشاء الفم المخاطي . كما أن فحص المريض ونتائج الفحوص المصلية تحول دون الالتباس باللويحات المخاطية في الإفرنجي الثانوي . أما الطلاوة المشعّرة عند الأشخاص المحموجين بحمة **HIV** ( حمة عوز المناعة الإنسانية ) فتتوضع عادة على الحواف الجانبية للسان ، ويجب فحص البراز أيضاً ، وذلك لأن المبيضات غالباً ما تصيب الأمعاء في نفس الوقت .

**المعالجة :** يجب إدراك العوامل المؤهبة والعمل على إزالتها أو معالجتها بالسرعة الممكنة . وإن المعالجة الموضعية بالصّادات النوعية كالنستاتين والأمفوتريسين ب أو الناتاميسين فعّالة . وتظهر جلية فائدة الطلاء بمائية بنفسجية الجانسيان (٠,٥٪) .

تعطى الصادات المضادة للخمائر داخلاً في داء المبيضات الهضمي حيث أنها تؤثر على الأمعاء فقط ولا يمتصها الجدار المعوي . وأهم هذه الصادات النستاتين ، أمفوتريسين ب ، ناتاميسين ولمدة ٧ ــ ١٠ أيام . أما في الحالات الشديدة فيوصى بإعطاء الكيتوكونازول . وينصح أيضاً بمعالجة التجويف الفموي بنفس الوقت بإعطاء حبوب للمصّ مناسبة . أما الرضيع فيعطى جرعات فموية من معلق النستاتين .

### التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات
### Candida Vulvovaginitis :

*المرادفات :* داء المبيضات المهبلي ، التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات ، السلاق المهبلي ، التهاب المهبل بالمبيضات .

**الحدوث :** إنّ خمج الغشاء المخاطي المهبلي بالمبيضات البيض شائع جداً ، وأكثر العوامل المؤهبة لهذا الخمج هي مانعات الحمل الهرمونية والداء السكّري . كما أن التخريشات الكيمياوية والآلية للغشاء المخاطي ( النضوح المهبلي **Vaginal Douches** ) تؤدي إلى تخريب النبيت **Flora** المهبلي الطبيعي مسهلة بذلك حدوث الخمج بالمبيضات ، والذي ينتقل في الأغلب عن طريق الأمعاء .

**الموجودات السريرية :** إن داء المبيضات هو السبب الأكثر شيوعاً للضائعات البيض عند المرأة . أما النجيج **Discharge** الناجم عنه فهو وصفي ، إذ يكون مبيضاً ، ذا قوام رهيمي أو جبني . كما يكون مفتتاً . يبدي الفحص بالمنظار المهبلي رواسب بيضاء شديدة يمكن مسحها ، كما يبدي احمراراً في الغشاء المخاطي المهبلي ( التهاب مهبل ) . علاوة على وجود تورم التهابي واحمرار في الفرج غالباً يرافقها ترسبات بيضاء في منطقة الشفرين الصغيرين وباطن الشفرين الكبيرين . وقد يحدث مذح أو التهاب جريبات بالمبيضات ، وذلك بشكل ثانوي في المنطقة الأربية . وتشكو المريضة من حكة وحس حرق .

**التشخيص :** إن الصورة السريرية وصفية . ويؤكد التشخيص بالفحص المجهري وبزرع المواد المكشوطة من الغشاء المهبلي بواسطة عروة من البلاتين . وقد يتواجد داء المبيضات المعوي عديم الأعراض والذي يكون منبعاً إحتياطياً للخمج . ويجب زرع المبيضات من البراز أيضاً . ومن المهم الأخذ بعين الاعتبار الأخماج المتعددة ( المكورات البنية ، المشعّرات ، المفطورات ، المتدثرات ) وإجراء الفحوصات لها تبعاً لذلك .

**التشخيص التفريقي :** يجب عدم إغفال السيلان البني الذي أكثر ما يكون نجيجه أخضرَ مصفراً ذا قوام كريمي قيحي ، وهو داء حادٌّ في بدئه . ويُنفى السيلان البني بأخذ لطاخة من عنق المهبل ومن الإحليل وليس من الغشاء المخاطي المهبلي ، وفحصها بالمجهر أو زرعها . أما نجيج داء المشعرات **Trichomoniasis** فيكون رقيقاً حليبياً ، يتضمن غالباً فقاعات هوائية . أما العوامل الممرضة فيمكن كشفها بسهولة من لطاخة مأخوذة من مفرزات مهبلية طازجة ، كما وأن الزرع ممكن أيضاً .

**المعالجة** : صعبة ، وغالباً ما يكون نجاح المعالجة عابراً بسبب صعوبة التأثير على العوامل المؤهبة . أما طرائق الأصبغة المرسخة فتقوم على الطلي بالمحلول المائي (١,٠٪) لبنفسجية الجانسيان أو صبغة كاستلاني . ويطبق موضعياً النستاتين ، الأمفوتريسين ب والناتاميسين . كما أن مشتقات الإيميدازول المضادة للفطور قد استعملت في المعالجات الموضعية إضافة للحبوب المهبلية والرهيمات .

ويمكن أن يوصى أيضاً بالمحضرات الحاوية في تركيبها على الأستروجين لمتابعة المعالجة الموضعية . يعالج داء المبيضات المعوي بالنستاتين أو الأمفوترميسين ب لمدة ٧ — ١٠ أيام عن طريق الفم .

كما أن فحص ومعالجة الشريك الجنسي الآخر في التهاب الفرج والمهبل الناكسين يعد أمراً معقولاً . وإضافة لذلك فإنه يجب استبعاد ومعالجة العوامل التشريحية والغدية الصماوية المؤهبة للخمج . وقد يتم التعاون مع الأطباء النسائيين إذا كان ذلك ضرورياً ( تبديل مانعات الحمل ، المعالجة الأستروجينية ) . كما ويوصى بالمعاجة بالكيتوكونازول عن طريق الفم في حالات خاصة .

**التهاب الحشفة بالمبيضات Candida Balanitis :**

*المرادفات* : التهاب الحشفة بالمبيضات ، السلاق الحشفي .

**الحدوث** : ينجم التهاب الحشفة ، أو التهاب الحشفة والقلفة ( الطبقة الداخلية للقلفة ) عن الخمج بالمبيضات البيض . ويحدث هذا الشكل من الالتهاب خاصة عند البدينين من الكهول ، وعند المصابين بتضيق القلفة ، والسكريين . ومن العوامل المؤهبة لهذا الخمج : الطقس الحار الرطب داخل القلفة ، النظافة غير الكافية ، وخاصة عدم التنشيف بعد الاستحمام ، أو التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات عند الشريك الجنسي الآخر .

**الموجودات السريرية** : تبدو بقعٌ حمراء موضعة عادة في منطقة القلفة ومترافقة مع رواسب بيضاء رمادية أو تآكلات نازة . وقد يأخذ المرض شكلاً حاداً أو تحت الحاد . وقد يرافقهُ تورم التهابي في الطبقة الداخلية من القلفة أثناء سيره ( راجع الشكل ٧ : ٢١ ) . وينجم عن الخمج الجرثومي الثانوي تضيق في القلفة وإفرازات قيحية كثيفة ، ويشكو المصاب من حكة أو حس حرقة .

**التشخيص** : يؤكد التشخيص بكشف الفطور بالفحص المجهري المباشر وبالزرع .

**التشخيص التفريقي** : يجب استبعاد كل من التهاب الحشفة اللانوعي ، والتهاب الحشفة مصوري الخلايا ، والتهاب الحشفة التآكلي المتحلق ، والصداف ، والتنسج الأحمر لكيرات Queyrat . كما يجب إجراء خزعة عند الضرورة ، ذلك أن داء المبيضات قد يتواجد سوية مع آفات أخرى أو مع سرطانة .

**المعالجة** : يقوم مبدأ المعالجة على تنظيف وتجفيف الحيز القلفي لإزالة الشروط التي تحتاجها المبيضات للنمو . يُغطس القضيب بمحلول برمنغنات البوتاسيوم الأحمر الفاتح ( المخفف جداً ) أو بمحلول كبريتات الكينولينول — ٨ بنسبة (١,٠٪) ، ثم تنشف القلفة بشكل جيد . وإن طلي الناحية المصابة بمحلول بنفسجية الجانسيان المائي بنسبة (١,٠٪) مفيدٌ وبسيط ، ولكن يجب عدم الإكثار من استعماله ، أو تطبيقه بتراكيز عالية لأنه قد يحدث نخراً ( تنخر بنفسيجة الجانسيان ) . وبعد أن يجف المحلول يوضع دوماً شريط من الشاش أو الموصلين ( نسيج قطني رقيق ) داخل الحيز القلفي ، ويجب تجديده يومياً ، وإن الرهيمات ( المراهم مضادة للاستطباب ) المتضمنة على نستاتين أو أمفوتريسين ب فعالة أيضاً في المعالجة ، ذلك أن تلك الأدوية عديمة اللون ويمكن تطبيقها بمقادير قليلة . وعندما يبدأ الجلد بالتظهرن Epithelized فعند ذلك يمكن ذر مسحوق موقف لنمو المبيضات ، ويلجأ لذر المسحوق أيضاً لغاية وقائية . لا يستطب عادة تطبيق مستحضرات تتضمن الستيروئيدات القشرية السكرية . ويمكن استعمال المحاليل المنظفة لتنظيف الآفة . ويجب فحص البراز للتحري عن المبيضات أيضاً وذلك كإجراء إضافي . كما ويجب استبعاد الداء السكري أو معالجته إن وجد . ويوصى بالختان في الحالات المتصفة بالنكس المستمر ، وفي حالات تضيق القلفة أيضاً .

**داء المبيضات ما بين الأفوات Interdigital Candidosis :**

*المرادف* : التآكل بين الأفوات بالفطور البرعمية .

**التعريف** : شكل خاص ووصفي سريرياً للمذح ما بين الأصابع والأباخس بالمبيضات .

**الإمراض** : يعتبر كل من البدانة والداء السكري ، والإكثار من استعمال الماء والمنظفات ، وعدم تجفيف الأصابع بعد غسلها عوامل مؤهبة .

**المظاهر السريرية** : يتوضع هذا الداء في طيات الجلد ما بين الأصابع والأباخس ، وخاصة الأحياز الضيقة التي تبقى مغلقة عادة . وعلى الخصوص فإنه يتوضع في الفوت الثالث والرابع ما بين الأصابع وفي الثالث والرابع ما بين الأباخس ( راجع الشكل ٧ : ٢٢ ) . وإن كثرة التعرق واحتباس الماء والمخلفات المتبقية من الصابون بعد التغسيل كل ذلك يؤدي إلى المذح المترافق بتآكلات متغضنة ، محاطة بظهارة متعطنة وبيضاء

منتفخة تتوضع عليها المبيضات البيض . وهناك حكة وحس حرقة وشقوق مؤلمة .

**التشخيص** : يقوم بكشف الفطر من الوسوف المأخوذة من محيط الآفة أو من الكشاطة الظهارية .

**التشخيص التفريقي** : المنظر السريري يكون وصفياً على اليدين . ويجب استبعاد كلٍّ من المذح ، والخمج الجرثومي للقدم ، والأشكال المذحية من السعفة القدمية .

**المعالجة** : إن أساس المعالجة يقوم على إبقاء الأفوات جافة . ويفيد دهنها بصبغة كاستلاني أو المحلول المائي لبنفسجية الجانسيان (٠,٥٪) ، أو الطلاء الجاف بمحلول الزنك . ويفيد إضافة الكينولينول بنسبة (٠,٥٪) عند الضرورة . ويجب فصل الجلد الملامس لبعضه بوضع لفائف الشاش . ويمكن الحصول على نتائج جيدة بالمحاليل أو الرهيمات المحتوية على أمفوتريسين ـ ب . كما ويمكن تطبيق الصادات الفطرية الحديثة واسعة الطيف المعتمدة على الإيميدازول ( محلول أو رهيم أو مسحوق مناسب عندما يكون الجلد غير مصاب ) . ومن المهم إزالة العوامل المؤهبة وشرح ذلك للمريض .

### المذح بالمبيضات Candida Intertrigo :

*المترادف* : مذح المبيضات الفطرية .

**الحدوث** : إن المذح بالمبيضات مرض شائع . وقد شرحت عوامله الهامة المؤهبة في الآفة السابقة وخاصة البدانة والداء السكري وضعف الدفاع المناعي . ويمكن أن يؤدي الخمج بحمة عوز المناعة الإنسانية (HIV) إلى انتشار هذه الآفة .

**الإمراض** : تؤمن كل من التآكلات ، وتبدلات الجلد المتعطن ، والمناطق الدافئة الرطبة المذحية شروطاً مثالية لنمو المبيضات البيض . وعلى هذا فإن داء المبيضات هو أكثر الاختلاطات شيوعاً ، هذا ومن الصعب التمييز بين المُسبب والسبب ، فالعوامل الممرضة تزيد من الالتهاب ، كما أن الالتهاب يساعد على نشاط العوامل الممرضة . أما العوامل المؤهبة الأخرى فهي التعرق الغزير ، والألبسة الضيقة الكتيمة للهواء ، وعدم كفاية النظافة والمترافقة مع باهاء PH جلدي غير فيزيولوجي ( وهو ما يدعى بالغطاء الحامضي ) .

**الموجودات السريرية** : إن المناطق الرئيسية لتوضع هذا المذح هي المناطق التشريحية الوظيفية المذحية للجلد ( الطيّات ) كالمناطق التناسلية والأربية وتحت الإبطين وتحت الأثداء وفي طيّات البطن عند البدينين وغالباً السكريين ، والمنطقة الملامسة للأطراف الصناعية إلخ ... أما الشكل السريري الوصفي لهذا المذح فيتجلى بآفة تتصف بحدود فاصلة نسبياً ما بين الأحمر والملتهب والمركز النازّ ، كما وتحاط بمناطق وسفية ( طوق ) وأحياناً اندفاعات بدئية مكونة من بثور صغيرة ذات توضع دائري ومحتوى أبيض مصفر ( راجع الشكل ٧ : ٢٣ ) .

**التشخيص** : يجب تأكيد التشخيص بالتعرف على الفطور بعينات من البقع أو الوسوف مجهرياً أو بالزرع ، ويكشف فحص البراز عادة في داء المبيضات المتوضع في المناطق التناسلية عن داء المبيضات المعوي الذي يعتبر كمستودع للخمج .

**التشخيص التفريقي** : يُفرق عن المذح غير المترافق بالتهاب ثانوي ، وعن التهاب الجلد التماسي الأرجي والصداف الشائع المذحي .

**المعالجة** : من المهم العمل على إبقاء الطيّات المذحية جافة وذلك بوضع لفائف من الشاش أو الموصلين أو بارتداء صدرية للثديين . وقد ثبتت فائدة الطلاء بصبغة كاستلاني أو بمحلول بنفسجية الجانسيان المائي (٠,٥٪) أو الكينولينول (٠,٥٪) في محلول أو زيت الزنك ، والدهونات الخاصة المضادة للفطور . وإن الرهيمات والمستحلبات الفطرية ملائمة أيضاً للمعالجة ، لكن المراهم غير مناسبة لأنها تمنع التبخر . ويجب أن تطبق الرهيمات بشكل رقيق ، كما أن المساحيق تفيد في متابعة المعالجة والوقاية من الإصابة وخاصة مسحوق النستاتين أو الأمفوتريسين ب أو مشتقات الإيميدازول ، وإنّ العوامل المؤهبة التي ذكرت يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار وخاصة منها الداء السكري الذي يجب تأكيده أو نفيه . ويعطى النستاتين أو الأمفوتريسين ب عن طريق الفم عند وجود داء المبيضات المعوي .

### داء المبيضات في منطقة الحفاض
### Candidosis in the Diaper Area :

*المرادفات* : التهاب الجلد الحفاضي ، طفح الحفاض .

**الحدوث** : إن هذا الداء شائع جداً بين الرضع من جراء استعمال الحفاضات .

**الإمراض** : تشكل الحفاضات المغلقة المغطاة بلدائن ( بلاستيك ) أو مطاط في منطقة الحفاض حيزاً مذحياً وظيفياً ، حيث يحدث التعطن والتآكل المذحي بسهولة جداً . وتعتبر التآكلات النازة في منطقة الحفاض الدافئة الرطبة ركيزة جيدة التغذية للمبيضات . وغالباً ما يكون مستودع هذه الإصابة داء المبيضات المعوي عديم الأعراض .

**الموجودات السريرية** : غالباً ما يتواجد طوق وسفي إلى جانب تعطن الجلد ، وبقع وتآكلات . كما تشاهد بثور صغيرة بيضاء مصفرة في أطراف الآفة ( راجع الشكل ٧ : ٢٤ ) . وتبدأ الإصابة عادة من منطقة ما حول الشرج ثم تنتشر أولاً على منطقة الحفاض ثم تنتشر إلى مناطق واسعة من الجلد . وقد تأخذ

الآفة منظراً صدافياً في بعض الأحيان .

**التشخيص** : تبدي اللطاخة أعداداً كبيرة من المبيضات البيض . وكذا بالزرع ، وقد تتواجد العوامل الممرضة في لطاخة مأخوذة من مخاطية الفم أو من البراز .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي كل من التهاب الجلد الحفاضي البسيط ( التهاب الجلد الأمونيائي ) ، والصداف الشائع ، والتهاب الجلد المثي .

**المعالجة** : إن العناية الصحية الجيدة هي الأكثر أهمية في المعالجة وذلك بالعمل على إبقاء الطفل جافاً قدر المستطاع . ويجب تغيير الحفاض في فواصل زمنية مناسبة . وتجنب السراويل المطاطية .

تبقى المعالجة الموضعية على الإجراءات الهادفة لمعالجة المذح الخماتري ، ومن المفيد تطبيق المحلول المائي لبنفسجية الجانسيان (٠,١٪) . وينبغي الانتباه إلى أن الكثافة العالية لهذه المادة قد تؤدي إلى ما يسمى « نخر بنفسجية الجانسيان » وذلك لرقة جلد الطفل في المنطقة المذحية . ويجب أن يجفف الجلد جيداً بعد الدهن ، ويفيد في ذلك مجفف الأشعار ، وقد ثبتت فائدة الدهن بطبقة رقيقة من رهيم النستاتين التي تغطى بزيت الزنك الكينوليتولي (٠,٥٪) ، أو المعجونة المضادة للخمائر في الحالات الشديدة . ويوصى عند العناية بالجلد استعمال معجونة الزنك المؤلفة من أوكسيد الزنك ١٠٪ مع سواغ مائي قابل للغسل وحمامات أو مغاطس بمنظفات مخففة جداً .

وعند ترافق داء المبيضات في مخاطية الفم والأمعاء فيعالج بإعطاء النستاتين أو الأمفوتربسين ب عن طريق الفم ( ١ مل ، ٤ مرات يومياً ولمدة أسبوع ) ويجب فحص البراز بعد ٣ أسابيع .

### الداحس أو فطار الأظفار بالمبيضات :

*المترادف :* الداحس بالمبيضات الفطرية Paronychia Candidomycetica .

**التعريف** : هو عبارة عن التهاب تقيحي في طية الظفر أو سريره تحدثه المبيضات البيضاء .

**الحدوث** : غالباً ما يحدث المرض عند النساء في سن الضهي ( الإياس ) واللاتي يعانين من اختناق النهايات (Acroasphyxia) أو التعراق . ويعد هذا الداحس مرضاً مهنياً لدى كل من صانعي الحلويات وربات البيوت . ويهيء لهذه الإصابة الراتب الغذائي الفقير بالبروتين والذي ينقصه الحديد .

**الموجودات السريرية** : تكون طية الظفر حمراء ملتهبة في الداحس بالمبيضات ، ويكون سطحه مؤلماً وممضاً إما بشكل عفوي أو بالضغط . هذا وتنطرح المفرزات المصلية والقيحية بسهولة من الحيز الموجود أسفل الجليدة المفقودة .

*سريرياً :* لا يمكن تمييز فطار الأظفار بالمبيضات عن أشكال السعفات الظفرية الناجمة عن الفطور الجلدية . وإن إصابة منطقة الطية الظفرية والسرير الظفري تكون وصفية نسبياً في الأصل للإصابة بهذا المرض لكن اجتياح الصفيحة الظفرية يكون ثانوياً ( راجع الشكل ٧ : ٢٥ ) . هذا وقد يشير تلون الظفر بلون أسود مخضراً ، وخاصة الأقسام الجانبية منه ، إلى إصابة سرير الظفر بداء المبيضات ، ينجم ذلك عن ترافقه عادة مع خمج جرثومي ، يغلب أن يكون ناجماًعن الزائفة الزنجارية (Pseudomonas Aeruginosa) . ويؤدي الخمج المستمر في مَطرق الظفر عادة إلى تغيرات استحالية في الصفيحة الظفرية ( راجع الشكل ٧ : ٢٦ ) ( غضون وأخاديد غير منتظمة ) . وهذه التغيرات لا تتم بالضرورة عن وجود عوامل ممرضة فيها.

**التشخيص** : ويتطلب كشف العامل الممرض مجهرياً وبالزرع وذلك من الوسوف أو المفرزات القيحية أو من نماذج من الظفر .

**التشخيص التفريقي** : يمكن أن ينجم الداحس وحثل الأظفار الفطري الموصوف عن الفطور الجلدية ، والجراثيم ( العنقوديات ، العقديات ، الزائفة الزنجارية ، المتقلبة الرائعة إلخ ... ) ونادراً عن العفن ، كما قد ينجم عن المبيضات البيض .

**المعالجة** : نظراً لوجود التقيحات ، ولشدة التهاب الآفة ، فإنه يُشار إلى استهلال المعالجة بتطبيق كمادات رطبة ومغاطس للأصابع بمحاليل مطهرة ( محلول برمنغنات البوتاسيوم المخفف بدرجة كبيرة ، كبريتات الكينولينول $\frac{1}{1000}$ أو ماء ساخن أو مصل ملحي ) . ويمكن الطلي بعد ذلك بصبغة كاستلاني أو بمطهر خاص ، وبمضادات فطرية حيث يقطر المحلول قطرة قطرة في طية الظفر . وإذا ما كان هنالك مفرزات قيحية مزمنة ، فإنه يجب استئصال الطية الظفرية الجانبية بعناية . ويجب أخذ العوامل المؤهبة لهذا الداحس في الحسبان . لا يوجد سبب يمنع من تغسيل الأصابع على أن يتم تجفيفهما بعد ذلك بشكل جيد . ويفضل استعمال المنظفات عن استعمال الصوابين القلوية . ومن مضادات الاستطباب تطبيق مراهم دهنية لأنها تمنع عملية الجفاف المرغوب فيها ، أما الرهيات المضادة للفطور فهي لا تفيد إلا في المراحل الأخيرة من المعالجة .

### التهاب الجريبات بالمبيضات Candida Folliculitis :

*المترادف :* التهاب الجريبات ( اللحية ) بالمبيضات الفطرية .

**الحدوث** : نادر .

**الإمراض** : إضافة للجراثيم والفطور الجلدية فإن المبيضات البيض قد تسبب التهاب الجريبات ، وخاصة في لحية الذكور من الكهول ، وقد تتواجد العوامل المؤهبة كالداء السكري ، وضعف المقاومة المناعية الموضعي أو العام من خلال الإصابة باللمفومات الخبيثة ، وابيضاض الدم ، والخمج بحمة نقص المناعة الإنسانية (HIV) ، والمعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية وموقفات التكاثر الخلوي ، إضافة لمعالجة الآفات الجلدية سابقاً ولمدة طويلة بكميات من الستيروئيدات والصادات . وقد يكون وجود كلٍّ من السلاق الفموي وداء المبيضات المعوي منبعاً للخمج . وغالباً ما يوجد سيلان مثي .

**الموجودات السريرية** : نشاهد في منطقة اللحية ، وخاصة حول الفم ، جلبات صفراء عسلية ( تشبه القوباء المعدية ) ، وبثور جريبية صغيرة ( تشبه التهاب الجريبات البسيط ) ، أو حطاطات وعقيدات صغيرة مغطاة بجلبات ( تشبه سعفة اللحية ) ، أما سير المرض فمزمن .

**التشخيص** : إن الصورة السريرية غير مشخصة ، ويثير الشك بالآفة كل من السير المزمن ، وعدم الاستجابة للصادات ، ويعتبر كشف المبيضات في الجلبات وأشعار اللحية المقتلعة مشخصاً . وفي نفس الوقت ، تكون نتيجة الزرع الجرثومي سلبية عادة .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يميز عن القوباء المعدية ، وسعفة اللحية والتهاب الجريبات الشعرية الإكزيمية للحية ، والتهاب الجريبات الشعرية الجرثومي أو الدمامل .

**المعالجة** : يجب إزالة الجلبات بحمض الصفصاف مع الوذلين (٣ – ٥٪) أو إزالتها بتطبيق كادات رطبة ولمدة قصيرة بمحاليل مطهرة ( برمنغنات البوتاسيوم ، كبريتات الكينولينول بنسبة $\frac{١}{١٠٠٠}$ ) ثم تطبق محاليل أو رهيمات مضادة للفطور . ومن الضروري الكشف عن العوامل المؤهبة ومعالجتها . وإذا ما وجدت المبيضات البيض في مسحة مأخوذة من الفم أو البراز فإن المعالجة الفموية تقوم على إعطاء النستاتين أو الأمفوتريبسين ب أو الكيتوكونازول .

## داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن

## : Chronic Mucocutaneous Candidosis

**التعريف** : يعتبر داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن خمجاً عنيداً ومقاوماً على المعالجة . ويحدث في الجلد والأغشية المخاطية في مناطق مختلفة من الجسم . وغالباً ما يبدأ هذا الداء في سن الطفولة ، ويحدث نتيجة عيوب مناعية متنوعة .

**الإمراض** : قد تلعب عوامل مختلفة دوراً في إحداث هذا الداء . ويجب الأخذ بعين الاعتبار وبشكل خاص الاضطرابات الخلقية للدفاع المناعي الخلوي ( عدم تنسج التوتة ) ، أو الدفاع المناعي الخلطي ( انعدام الغاماغلوبولين ) ، وعوز المناعة المكتسب ( اللمفومات الخبيثة ، داء هودجكن ، الأورام الخبيثة ، الخمج بحمة (HIV) ، والمعالجات المؤدية إلى إفساد الآلية الدفاعية ( كابتات المناعة ، مثبطات التكاثر الخلوي ، الستيروئيدات السكرية ) . ومن المشكوك فيه الدور الذي يلعبه اعتلال الغدد الصماء ( قصور الدرقية ، قصور الكظرية الستيروئيدي ) ، وعوز الحديد ، والحدوث العائلي الذي يفترض بأن العوامل الخلقية قد تلعب دوراً هاماً في ذلك .

**الموجودات السريرية** : وجود مظاهر من داء المبيضات الجلدي وداء المبيضات في الأغشية المخاطية متواقتة ، كتواجد التهاب غشاء باطن الفم المزمن ( السلاق ) بترسباته البيضاء والذي ينتشر إلى المريء والبلعوم مع تشقق في زوايا الفم ( التهاب الشفة الزاوي ) ، والتهاب ملتحمة ، والتهاب حواف الأجفان ( راجع الشكل ٧ : ٢٧ ) مع اضطرابات معوية ومذح تآكلي تعطني ، والتهاب إحليل ومثانة ، والتهاب مهبل ، وداحس مزمن تقيحي ، وحثل أظفار فطري ، وحبيبوم جلدي ، كما أن هناك استعداداً للإصابة بأنماط فطرية أخرى ، وأخماج جرثومية وحُموية . هذا وغالباً ما يحدث تفاعل التهابي حبيبومي شديد .

واعتماداً على كل من هيغز Higgs وويلز Wells [١٩٧٣] يمكن تمييز الأشكال التالية :

– *داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن العائلي* : مرض وراثي ينتقل بصبغي جسدي صاغر ، ذو مظاهر معتدلة في العادة ، لكنه يتصف باستمرارية آفاته التي تتوضع خاصة في الفم والأظفار ، لا يرافق الآفة اعتلال في الغدد الصم .

– *داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن المنتشر* : مرض وراثي ينتقل بصبغي جسدي صاغر ، يتصف بوجود بؤرة شديدة على الجلد وحبيبومات بالمبيضات في الفم ، ويتصف بميله للأخماج التنفسية الناكسة .

– *متلازمة داء المبيضات باعتلال الغدد الصم* : متلازمة وراثية تنتقل بصبغي جسدي صاغر تترافق بقصور في الدريقية ، داء أديسون ، قصور الدرقية مع عوز قندي Gonadal Deficiency .

– *داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن المترافق بتظاهرات متأخرة* : إن هذا الداء ما هو إلا عبارة عن زمرة غير متجانسة من الأمراض التي ليس لها أي ارتباط وراثي . ويبدأ المرض عادة بعد سن الـ ٣٥ من العمر .

**التشخيص** : كشف المبيضات البيض ، ومن النادر المبيضات المدارية Candida Tropicalis في عينات من الجلد ومفرزات الآفات ومن البراز .

**المعالجة** : تتلو المعالجة *الموضعية* إعطاء إرشادات حسب الأشكال السريرية المختلفة لداء المبيضات . وتتضمن المستحضرات الفعالة على النستاتين أو الأمفوتريسين ب ومضادات الفطور الواسعة الطيف . أما المعالجة *الجهازية* فتقوم على إعطاء جرعة فموية يومية من النستاتين أو الأمفوتريسين ب ، وذلك عند وجود إصابة معوية بالمبيضات . ويجب عند إعطاء الأدوية المذكورة الأخذ بالحسبان أنها غير قابلة للامتصاص ولذلك فإن فاعليتها محصورة في السبيل الهضمي . كما ويمكن إعطاء الأمفوتريسين ب بالتسريب عن طريق الوريد . وبما أن هذا العقار سامٌ نسبياً فإن إعطاءه ينحصر في معالجة الآفات المعممة والشديدة . أما الميكونازول فيعطى عن طريق الوريد ، لكن الكيتوكونازول يعطى عن طريق الفم . وإن ٥ ـ فلوسيتوزين الذي يؤخذ بشكل حبوب فموية فعالٌ أيضاً في معالجة داء المبيضات ؛ علماً بأن الكيتوكونازول أثبت فعاليته بشكل خاص . ومن الضروري التقيد بكل من الاستطباب والجرعة الدوائية المضبوطة ، وإجراء فحوص متكررة للتعداد الدموي ووظائف الأعضاء عند إعطاء الأدوية السابقة . هذا وقد تصبح العوامل الممرضة مقاومة لهذه الأدوية ، أما عند وجود عيوب في المناعة الخلوية فإن تحسناً مؤقتاً يمكن بلوغه بحقن العوامل الناقلة . وفي حال عوز الحديد فإن الاستعاضة به يحرز نجاحاً .

**النخالية المبرقشة Pityriasis Versicolor** : [ Eichstedt ١٨٤٦ ]

*المرادفات* : إن اسم السعفة المبرقشة غير صحيح رغم أنه يستعمل كمرادف ، ذلك إن مصطلح السعفة Tinea يجب أن يقتصر على الفطارات الجلدية .

**التعريف** : إصابة جلدية سطحية غير التهابية في العادة ، تحدثها الخمائر الوبيغائية الدقيقة أو الملاسيزية بشكليها المختلفين : الوبيغائية البيضوية Pityrosporum Ovale والدويرية P. Orbicularis .

**الحدوث** : تحدث في سن الشباب وعادة بعد سن البلوغ ، ويمكن أن تحدث عند الكهول أيضاً . وهذا الداء شائع في الأقاليم المدارية وتحت المدارية وذلك عند حجب التبخر من جراء الملابس ، وعند عدم تطبيق وسائل حفظ الصحة ، وعند الذين يعانون من فرط التعرق أو المث .

**الإمراض** : تحتاج الملاسيزية إلى بيئة حارة رطبة غنية بالدسم ، أو حالة من التعراق الدهني ومثالها : تعراق غزير مترافق مع مث ، نقص التبخر الناجم عن ارتداء الألبسة الداخلية التركيبية . ومن العوامل المؤهبة أيضاً الإفراط في تطبيق الرهيمات على الجذع والأليتين . كما ويشار إلى زيادة التبخر الناجم عن اضطراب الجهاز العصبي المستقل ، وفرط الدرقية أو التعرق الليلي عند المصابين بالتدرن أو عند المرضى ذوي المناعة المثبطة كالمحموجين بحمة (HIV) .

**الموجودات السريرية** : تتوضع الإصابة بشكل خاص على الظهر والصدر وذلك لغناهما بالغدد الزهمية والناتحة ، ثم تنتشر فيما بعد إلى الأقسام الجانبية من الأليتين . ومن النادر أن تصاب المنطقة السُّرية وداخل الفخذين والعضدين . وتتظاهر النخالية المبرقشة ببقع محددة تماماً بلون القهوة المائلة للصفرة المتسخة أو البني ( راجع الشكل ٧ : ٢٨ ) . ويتراوح سطح البقع في البدء ما بين ٢ ـ ٣ ملم وحتى ١ سم ، ثم تتسع وتتداخل فيما بينها لتشكل خطوطاً غير منتظمة تشبه الخارطة . وهي تشبه عيوب التصبغ البدئية . ويبدو اللون داخل الآفات فاتحاً في الصيف من جراء حصول الدبغ في بقية الجلد . أما في الشتاء فيبدو أغمق من الجلد غير المصاب ، لكن التصبغ لا يستمر فترة طويلة ، ومن هنا جاءت تسمية هذه الآفة بالمبرقشة (Versicolor) .

تُبدي الآفة عادةً وسوفاً نخالية الشكل . وهذه الوسوف الدقيقة الشبيهة بالنخالة تصبح أكثر وضوحاً إذا ما حُكَّ الجلد بلطف ، وهذه العلامة المفيدة المشخصة لا تظهر في اضطرابات التصبغ الأخرى غير الوسفية ، وخاصة البهاق . وقد تبدي الآفة التهاباً خفيفاً أحياناً . ويحدث تراجع عند التعرض للشمس . وقد تبدو بقع الآفة الأصلية أفتح من الجلد المحيط بها « النخالية المبرقشة القاصرة » ، وليس من المؤكد فيما إذا كان الوضح الكاذب هذا يرجع إلى وقاية الجلد بالوسوف الناعمة والتراكمات الفطرية من تأثير الأشعة فوق البنفسجية الدابغة ، كما أن الفطر نفسه يكوّن مواداً لها إمكانية تخريب الصباغ كحمض الأزيلائيك Azelaic Acid مما يؤدي إلى وضح حقيقي . لا تترافق النخالية المبرقشة بأعراض شخصانية ، لكن هناك انزعاجات تنجم عن اعتبارات تزويقية . كما أنها آفة خفيفة السراية .

**الحدوث** : النخالية المبرقشة مرض مزمن ، ومن المحتمل ازدياد شدته أو تراجعه اعتماداً على ظروف البيئة والمعالجات المطبقة .

**التشخيص** : إن الصورة السريرية ، وسير الآفة ، وعلامة التوسف ، كلها وصفية تماماً . كما أن كشف الفطر يكون سهلاً ومشخصاً بالاستعانة بالمحضرات المجهرية البسيطة للوسوف المأخوذة من الآفة والملونة بزرقة الميتيلين ، أو محضرات هدروكسي البوتاسيوم ، حيث يمكن تمييز خيوط فطرية عريضة ، قصيرة ومتقطعة يتواجد بينها عناقيد من أبواغ تشبه

عناقيد العنب ، مؤلفة من ١٠ ــ ٣٠ بوغاً مفرداً ( سباكيتي وكرات لحمية ) . تضغط قطعة من شريط لاصق شفاف على الأماكن المشتبهة من الجلد حوالي خمس مرات متعاقبة ، وفي كل مرة بسطح لاصق جديد ثم تنزع بعد ذلك . تلتصق طبقة من الخلايا المتقرنة إلى كل سطح من سطوح الشرائط المضغوطة ، يثبت الشريط على صفيحة زجاجية ويفحص بتكبير حوالي ٤٠٠ مرة . ولا تزرع الوبيغاء الدقيقة بشكل روتيني . أما الفحص بمصباح وود فيبدي تألقاً أحمر أو أصفر مخضراً ، وأهميته التشخيصية قليلة .

**التشخيص التفريقي** : يمكن تمييز كل من البهاق و الوضح الكاذب بفقدان الوسوف بالحك . أما في الحالات المشكوك فيها فيجب أن توجه الأسئلة نحو استعمال المزوقات . وذلك لأن الآفات نخالية الشكل يمكن أن تختفي بالرهيات . كما يتضمن التشخيص التفريقي كل من الوذح Erythrasma والإكزيمة المثية .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يعطى الكيتوكونازول في الأشكال الناكسة فقط ولمدة قصيرة ( من أسبوع إلى أسبوعين ) على أن يتم توازن المخاطر .

*المعالجة الموضعية :* إن للحمامات المتكررة أو الدوش مع استعمال المنظفات لها أهمية كبيرة في المعالجة . وقد ثبتت أيضاً فائدة الشامبو والدوش مشركاً مع ثاني سولفيد السيلينوم . ويجب أخذ الدوش يومياً ولمدة ١٤ يوماً . كما يجب غسل الأشعار إضافة لكامل الجسم ، من الرأس وحتى أخمص القدم لإزالة مستودعات الفطور كلية من جريبات الأشعار . وقد ثبتت الفعالية النوعية لشامبو الايكونازول . تدهن المواضع الانتقائية بدهونات مضادة للمث ، حالّة للقرنين ، مضادة الفطور ( فينول مائع ١,٠ ، حمض الصفصاف ٢ ، إيتانول ٦٠٪ وحتى ١٠٠ ــ محلول فابري ) . ويمكن أن نطبق محضرات الرهيات أو العلامات أيضاً ، مع عدم استعمال المراهم .ويجب تجنب الملابس الداخلية التي تمنع التبخر ( نايلون ، بيرلون ، أورلون ) . أما عند وجود شك بأن التعراق ينجم عن أسباب مجموعية ، فيجب عندها إجراء التحريات المناسبة ( وظيفة الدرق ، الداء السكري ، التدرن ، خمج بخمة HIV ، اضطرابات نفسية إنباتية ) .

### التهاب الجريبات الوبيغائية

**[Jonhson, Burgoon, : Pityrosporum Folliculitis ١٩٧٣ Potter ]**

*المرادف :* التهاب الجريبات بالملاسيزية .

**التعريف** : وصف التهاب الجريبات المزمن هذا حديثاً . ويقال إنه ينجم عن الوبيغاء البيضوية ، كما أوحت نتائج الاختبارات التي أجريت على التهاب الجريبات الوبيغائي أنه ليس إلا عبارة عن جلاد نوعي .

**الإمراض** : تحدث هذه الآفة عند المرضى المعالجين لفترة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية السكرية ، والصّادات ، أو كابتات المناعة . كما قد يشاهد عقب التعرض الشديد للشمس أو الضغوط الآلية أُحياناً .

**الموجودات السريرية** : إن هذا المرض هو مرض الكهول حيث توجد حالة مثية شديدة ، أو أنها حالة تتبع العدّ الشائع أحياناً ، وقد تحدث أيضاً عند المخموجين بخمة (HIV) . والمنطقة الانتقائية لتوضع الآفة هي الظهر . ويتصف مظهره السريري بأنه وحيد الشكل Monomorphic ، حيث يتظاهر بحطاطات جريبية ملتهبة . ونادراً ما تشاهد بثور حطاطية في المراحل المختلفة من التطور . ويتم تراجع الآفة بحصول جلبات يمكن نزعها بسهولة . وإن هذا المظهر السريري لشديد الشبه بالطفح عُدّي الشكل .

**الأعراض** : هذه الآفة تكون عادة لا عرضية بالرغم من وجود حكة أحياناً .

**التشخيص** : يعتبر الكشف عن المتعضيات مجهرياً مشخصاً ، حيث لا توجد جراثيم مقيحة ولا وتديات ، لكننا نشاهد كميات كبيرة من الوبيغاء البيضوية في المحضرات المباشرة وفي الزرع أو بالمقاطع النسجية ( تفاعل PAS ) .

**السير** : مزمن .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق عن الطفوح عدّية الشكل ذات السببيات الأخرى وعن الإفرنجيات عدية الشكل أيضاً .

**المعالجة** : لوحظ تحسن أو شفاء بالمعالجات الموضعية المضادة للفطور وخاصة رهيم الإيكونازول . ومن المهم معالجة المث بالمطهرات والمحاليل الغولية المجففة للدهن كحمض الصفصاف الكحولي .

### الفطار الشعري العقيدي Trichomycosis Nodosa :

**[Beigel ]،١٨٦٥ Horta ١٩١١**

*المرادف :* البصرة البيضاء (White Piedra) .

**التعريف** : خمج فطري يصيب سقييات الأشعار مع تشكلات ترسبية عقدية قاسية . ينجم هذا الخمج عن الخمائر Yeasts ، أما البصرة السوداء فتنجم عن العفن Mold .

**الحدوث** : تحدث البصرة البيضاء في المناطق تحت المدارية والمعتدلة ، لكنها نادرة في أوربا .

**العامل الممرض** : هو الخميرة الشعرية المبوغة الجلدية Trichosporum Cutaneum والتي عرفت سابقاً بالشعرية المبوغة لبيجيللي .

**الموجودات السريرية** : إن هذا الفطار ما هو إلا خمج لسقيبات الأشعار مع تشكلات عقيدية حجرية قاسية ( البصرة = الحجر ) للأفطورة ، والمحددة على طول السقيبة مثل حبات الخرز . وقد يصل قدُّ العقيدات إلى بضع ميللمترات ، ويصبح الشعر المصاب بهذه العقيدات هشّاً . وقد تصاب كل من أشعار الرأس ، واللحية ، ومنطقة ما تحت الإبطين . ولا توجد أعراض شخصانية .

**المعالجة** : قصّ الأشعار المصابة ، وتطبيق مضادات الفطور الموضعية ، ويوصى عادة بالآزولات Azoles .

## الفطارات الجلدية الناجمة عن العفن
## : Dermatomycoses Caused by Molds

**ملاحظات عامة :**

إن معظم العفنيات ممرضة للنبات ، أو أنها تعيش كرمّامات Saprophytes على المواد العضوية الميتة . وقد يعيش على الجلد القليل من آلاف أنواع العفن كطفيليات ، أو تعيش سوية مع الفطور الجلدية أو الخمائر . هذا ولا يشير التعرف الفطري للعفن على الجلد بأية طريقة بأنها أحياء ممرضة بشكل أكيد ، لأن معظم أنواع العفن ، ما هي إلا أبواغ محمولة بالهواء . وإن العفن ليس إلا أحياء انتهازية تشبه المبيضات البيض ، يمكنها الاستفادة من العوامل المتعددة الضارّة بالدفاع العام أو الموضعي ، ومن ثمّ تهاجم الجلد والأشعار والأظفار ، وتعرف هذه العملية بالتطفل المرضي Nosoparasitism . ونحن نعتبر « العفن » كطفيليات اختيارية فقط ، ذلك أنها تنمو في حرارة ( ٣٠ – ٣٧°م ) ، ولا يستجيب العفن لأي من الصادات أو الغريزيوفولفين لكنهُ يستجيب إلى مشتقات البولين Polyene أو الإيميدازول . هذا ويمكن لبعض الآفات الجلدية أن تنجم عن « العفن » .

**فطار الأظفار Onychomycosis :**

إن فطار الأظفار ، وبخاصة أظفار الأباخس ، قد ينجم عن العفن كما في Scopulariopsis Brevicaulis . وقد تحدث أخماج متشاركة مع الفطور الجلدية ، وبهذه الطريقة يفسر ضعف الاستجابة للغريزيوفولفين . هذا ويجب الشروع بالمعالجة المضادة للفطور عند ظهور العفن بالزرع المتكرر وإيجابية محضرات ماءات البوتاسيوم KOH وذلك في الفطار البدئي أو الثانوي . وقد يسبب العفن مذحاً بين الأباخس .

**فطار الأذن Otomycosis :**

غالباً ما يصيب العفن ( جنس الرشاشية ) مجرى الأذن الخارجية . أما عبارة فطور الأذن فتستعمل بشكل خاص في طب الأنف والأذن و الحنجرة ، بالرغم من أنها عادة مزيج من المث، والتهاب جلد تأتبي أو التهاب جلد تخريشي مزمن للأذن. ويمكن لفطار الأذن أن يكون اختلاطاً لحالات من التهاب الأذن الوسطى المزمنة المترافقة مع التقيح .

**البصرة السوداء Black Piedra :**

ينجم الفطار الشعري العقيدي الأسود مع التشكلات العقيدية السوداء الحجرية القاسية على سقيبات الأشعار عن عفن بصرة هورتاي Hortae . إن البصرة السوداء شائعة بشكل خاص في المناطق المدارية في جنوب أمريكا والشرق الأقصى .

**السعفة السوداء Tinea Nigra :**

وهي خمج عفني طفيلي غير مؤذ للطبقة القراتينية السطحية من نوع Phaeoannellomyces (Exophiala) Werneckii وهي شائعة في المناطق المدارية وما تحت المدارية وهي نادرة في أوربا الوسطى . أما الأماكن المفضلة للإصابة بهذه السعفة فهي : الراحتين والأخمصين ، حيث تظهر بقع صغيرة بنية أو سوداء ذات حدود منحنية وواضحة ( راجع الشكل ٧ : ٢٩ ) . وقد تكون تلك البقع وسفية أو عديمة التوسف ، كما أنها قد تكون لا عرضية أو حاكة قليلاً . هذا وتعود أهمية هذه السعفة لالتباسها أحياناً بالوحمة البقعية Nevus Spilus ، أو بشامة النهايات أو الملانوما الخبيثة. يبنى التشخيص على كشف العامل الممرض في محضرات هدروكسيد البوتاسيوم أو بالزرع ، وقد تظهر أيضاً بالفحص النسجي بعد التلوين بالباس PAS أو ميتينامين الفضة .

**معالجة الفطارات الجلدية الناجمة عن العفن :**

إن معظم مضادات الفطور الموضعية مؤثرة على العفن وخاصة واسعة الطيف منها ( مشتقات الإيميدازول ، وناتاميسين ، والنستاتين والأمفوتريسين ب ) .

# الفطارات الجلدية العميقة
# : Dermal Mycoses

*المترادفات* : الفطارات العميقة ، الفطارات تحت الجلد .

**التعريف** : تتصف هذه الفطارات الالتهابية الحبيبومية والتي تصيب الجلد والأنسجة التي تحته بالحقيقة المثيرة ، وهي أن هذه الفطارات تنشأ في موضع تلقيح الفطر الذي يسببه الرضح

عـادة . وينشـأ الخطر في هذه الفطـارات بسبب اجتيـاحهـا للأنسجة العميقة . وبشكل عام فإن الآفة تبقى محددة نسبياً . ومن النادر تحول الفطر للأعضاء الداخلية ، حيث أنها لا تصاب بشكل بدئي . لكن آفات الفطور المجموعية الشبيهة بالفطارات العميقـة ( الأدميـة ) قد تحدث في الأعضـاء الداخلية بسبب الانتقالات .

**الحبيـــوم الفـــطـــري الشـــعـــري Granuloma Trichophyticum :**

سبق وصفه في مكان آخر من هذا البحث .

**الحبيوم بالمبيضات Candida Granuloma :**

نـادراً مـا تنفـذ المبيضــات البيض ، والتي هي من زمرة الخمائر ، عميقاً لأكثر من توضعها الطبيعي على سطح الجلد والمخاطيات ، ولكي تنفذ المبيضات إلى العمق لابد من وجود ضعف عام أو موضعي في المقاومة المناعية لدى المضيف . وقد تتشكل الحبيومات بالمبيضات بشكل بدئي عند الأطفال ، غير أن الحبيومات الثـانوية قد تتشكـل أيضـاً نتيجة كل من داء المبيضـات الجلدي المخاطي المزمن أو الداحس بالمبيضات ، أو التهاب الجريبات بالمبيضات .

**الفُطـــار الصبـــاغي Chromomycosis :**
**[Lane and Medlar 1915]**

*المرادفات :* الفطار البرعمي الصباغي ، التهاب الجلد الثؤلولي .

**العوامل الممرضـــة :** يمكن أن تنجـم الآفة من أنواع مختـلفـة مصـطبغـة من الفطـور من جنس فيـالوفورا **Phialophora** وخاصــة الثؤلولية ، والفونسيكية **Fonsecaea** ( الفونسيكية البـدروسيـة والمكتـنزة والديرماتيتدس **F. Dermatitidis** ) ، والكلادوسبوريوم **(Cladosporium C. Carrionii)** .

**الحدوث :** يتواجد العامل الممرض في العالم بشكل رمّام على الخشب البالي ، وينفذ إلى الجلد من خلال الجروح ، وأكثر ما يحدث المرض في المناطق المدارية وما تحت المدارية وخاصة في أمريكـا الوسطى والجنوبيـة . وقد وصفت حـالات مفردة في أوربا وخاصة في البلاد الاسكانديناقية وفي الولايات المتحدة .

**الموجودات السريرية :** إن الأماكن الشائعة لتوضع هذا الفطار هي القدمين واليدين وذلك لأنها أكثر احتمالاً للإصابة بالأذيات من منـاطق الجسـم الأخرى . تظهر حطاطات وحويصـلات مكان التلقيح ، وقد تصبح تلك الاندفاعات مزمنة وتتطور إلى ثآليـل جسيمـة أو آفات حليموميـة حبيبوميـة جلدية ( راجع الشكـل ٧ : ٣٠ ) . ومن الشـائع أيضـاً حدوث تقرحات وأخماج إضـافيـة جرثوميـة ، ومن النادر حدوث انتشـارات معممة .

**التشخيــص :** ويؤكد بكشف العـامـل الممـرض بـالزرع أو بالمقاطع النسجية . وتبدو الفطور المسببة للخمج متاثلاً ضمن النسـج ، كما وتـلاحظ خـلايا بنيـة ذات جدر سميكـة تعرف بالأجســام التصــلبيـة **(Sclerotic bodies)** . أما من الناحية النسجية فنشاهد تشكلات خراجية حبيومية والتهابات ليفينية مع فرط تنسج ظهرري كاذب واضح في البشرة .

**المعالجة :** إن المعالجات الممكنة في المراحل الأولى للمرض هي : الاستـئـصـــــال الجـراحي ، التجـفـيف الكـهــربـــائي **Electrodesiccation** والمعالجة القرّية . ويمكن المعالجة بالحقن ضمن الآفة بالأمفوتريسين ب ( ٠,٥ — ١ ملغ/كغ من وزن البـدن يوميـاً ) ، أو مشتقـات الإيميدازول ، ويمكن أن تحقن وريـديـاً في الحـالات الشـديدة . ويوصى حديثـاً بإعطـاء ٥ — فلوروسيتوزين بشكل حبوب عن طريق الفم بجرعة تقدر بـ ١٥٠ ملغ/كغ من وزن الجسـم يوميـاً ، وتستغرق المعالجة بضـعــة أشـهر عـادة . ويشـــار أيضـــاً بـالكيتـوكونـازول ( ٢٠٠ — ٤٠٠ ملغ/ يومياً ) ، إلا أن استجابة المرضى غالباً ما تكون مخيبة .

**داء الشعريات المبوغة Sporotrichosis : [ Schenck ١٨٩٨ ] :**

**التعريف :** هو فطار عميق مزمن تسببه الشعرية المبوغة الشنكية **S. Schenckii** .

**العـامل الممرض :** وهو الشعرية المبوغة الشنكيـة ، فطر ثنائي الشكل يتواجد في جميع أنحاء العالم على شكل رمّام وذلك على الأخشاب البالية والنباتات الميتة .

**الحدوث :** يكثر المرض في المناطق المدارية وتحت المدارية ، كما يوجد في شمـال أمريكـا وأوربـا بحالات فردية فقط . أما في المكسيك فيكـون تواجد الشـعريـة المبـوغـة أكثر من جميع الفـطـــارات العميقـــة وتحت الجلديـة . ويصيب هذا الداء الحيـوانـات أيضـاً ( الخيـل ، الكـلاب ، القطط ، الجمـال ، والوحوش ) ، وعلى كلٍّ فإن انتقال المرض من الحيوانات إلى الإنسان لم يؤكد بعد ، كما لم يؤكد أيضاً الانتقال من إنسان إلى آخر . ويتوضع الخمج النـاجم عن التـلقيح الرضحي بالعامل الممرض على اليدين والقدمين عادة . أما داء الشعريات المبوغة الرئوي أو المعوي الناجم عن طريق الاستنشاق أو الهضم فهو نادر .

**الموجودات السريرية :**

*داء الشـعريات المبوغة اللمفي الجلدي :* وهو الشكـل الأكثر

شيوعاً ويعرف بالشكل الجبيبومي . وتبلغ مدة حضانته ٣ أسابيع وسطياً علماً بأن علامات المرض قد تظهر بعد خمسة أيام أو يتأخر ظهورها بضعة أشهر من بدء التلقيح . تتكون البؤرة البدئية من حطاطة ملتهبة ، أو حطاطة بثرية ، أو قرحة ، أو عقيدة جلدية أو تحت جلدية ملتهبة ، مع تقرحات نخرية تؤدي مع تطورها إلى قرح داء الشعريات المبوغة ( راجع الشكل ٧ : ٣١ ) . قد تشفى البؤرة البدئية خلال أشهر مخلفة ندبة ، في حين تتنامى الآفات الحديثة على مسير الأوعية اللمفية نازحة Draining من البؤرة البدئية . هذا وتبدو عقيدات متعددة على سير الأوعية اللمفية ، حيث يبدو الجلد أحمر مزرقاً فوق تلك العقد ، ومن ثمَّ جاءت تسمية داء الشعريات المبوغة اللمفية الوعائية ، فالمنظر يكون واصماً . وتشكل العقيدات البعيدة خراجات تنزح نحو الخارج ثم تتغطى بجلبات عالقة . أما العقيدات الأكثر بُعداً عن البؤرة البدئية فيكون محتواها ذا قوام صمغي وتتصف بأنها أقل ميلاً للتنخر ، ولا تتأثر الصحة العامة عادة بهذا الشكل من داء الشعريات المبوغة ، لكن المرض قد يستمر عدة سنوات .

*داء الشعريات المبوغة الجلدي الموضع* : ينجم هذا الشكل السريري النادر نتيجة الدفاع الجيد الذي يظهر عندما يحدث التحسيس Sensitization ضد العامل الممرض في المناطق التي يستوطن فيها المرض ، حيث تتوضع الآفة في المكان الملقح . وتبدو الآفات على شكل اندفاعات ثؤلولية متجلبة تحاط بسواتل Satellites في بعض الأحيان ( راجع الشكل ٧ : ٣٢ ) مشابهة بذلك سلّ الجلد الثؤلولي أو داء الليشمانيات . هذا وقد تبقى تلك الاندفاعات سنوات أو أنها تشفى عفوياً مشكلة ندبة . ومن المحتمل أيضاً حدوث نكس موضع .

*داء الشعريات المبوغة الجلدي المنتشر* : قد تتطور آفة جلدية وحيدة إلى آفات موضعة أو منتشرة في الجلد و/أو الأعضاء الداخلية عن الطريق الدموي . أما سير هذا الشكل من داء الشعريات المبوغة فشديد ، حيث يظهر العديد من العقيدات الحطاطية الملتهبة على الجذع ، متوضعة تحت الجلد وملتصقة به ، ثم تتميع تلك العقيدات ، مفرغة قيحاً ، ومشكلة نواسير أو قرحات مزمنة . وغالباً ما تلاحظ زمر من العقيدات الحمراء المزرقة ، المتقاربة من بعضها البعض ، وذات مركز منخمص تنجم عنها النواسير والتقرحات . هذا وإن للعوز المناعي علاقة بهذا الشكل من داء الشعريات المبوغة .

*داء الشعريات المبوغة الجلدي المخاطي* : ويحدث عندما يصاب كلٌّ من الجلد والأغشية المخاطية .

*داء الشعريات المبوغة المجموعي خارج الجلد* : وهو شكل نادر وخطر . تشمل إصابته كل من العظام والمفاصل الكبيرة والعينين والعضلات والكلى .

**التشخيص** : ويعتمد القصة المرضية النموذجية . وأكثر الفحوصات أهمية هو زرع العامل الممرض من القيح أو من المفرزات ، أو من المواد المميعة والمرتشفة من العقد أو من مادة الخزعة . ففي الشكل الجلدي من هذا الداء يتواجد عدد قليل جداً من العوامل الممرضة في النسج أو في المحضّرات غير الملونة ، حيث تبدو خيوط فطرية دقيقة ومتغصنة وذات حواجز بقطر ١ ـ ٢ ميلي مكرون . وترتبط بتلك الخيوط غبيرات بطول ٢ ـ ٥ ميلي مكرون ، بيضوية أو مستديرة وذلك بواسطة قناني دقيقة . هذا ويمكن إحراز نجاح أكبر في الكشف عن العوامل الممرضة وذلك بمعالجة المقطع بالتربسين ، أو بالتألق المجهري وبالاستعانة بأضداد نوعية موسومة . يبدو المنظر النسجي وصفياً لحدٍّ ما ، لكنه غير نوعي ، حيث يتكون من خراجات مركزية ، محاطة بمنطقة سلية الشكل Tuberculoid ذات خلايا ظهارانية وخلايا عملاقة ( لانغرهانس ) ، إضافة لارتشاح محيطي باللمفاويات ، والمصوريات ، وصانعات الليف ، وهو شبيه بما نشاهده في الإفرنجي . أما تحري كل من تراص الأضداد المصلية واختبار السبوروتريكين Sporotrichin داخل الجلد ، فقيمتهما التشخيصية قليلة الأهمية .

**التشخيص التفريقي** : يؤخذ هنا بعين الاعتبار كل من الفطارت الجلدية الأخرى ، والإفرنجي الثالثي ، وسل الجلد الثؤلولي أو التميعي ، وسل ما تحت الجلد المتنوسر في منطقة ما حول الشرج ، التولارمية Tularemia ، الرعام Glanders ، الجلاد البرومي ، العدّ المكبب الشديد وخاصة العدّ المقلوب .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : ثبتت فائدة إعطاء يوديد البوتاسيوم عن طريق الفم وبمقادير متزايدة وذلك في الأشكال الجلدية ( يوديد البوتاسيوم : ١٠ ، ماء مقطر حتى ١٥٠ ) . أما الجرعة البدئية من هذا الدواء فهي ٠,٥ ـ ١ غ تزداد تدريجياً ولمدة ٣ ـ ٤ أسابيع حتى تبلغ الجرعة اليومية ٣ ـ ٥ غرام . وقد يضاف إلى تلك المعالجة الحقن الوريدي بمادة يوديد الصوديوم . أما في الحالات الشديدة فيوصى بتسريب الفلوسيتوزين (Infusions of Flucytosine) أو الأمفوتريسين ب . وقد يكون هناك اعتبارات للمعالجة بالكيتوكونازول .

*المعالجة الموضعية* : ينصح بتطبيق المطهرات والمحاليل والرهيات المضادة للفطور ، ولكنها ليست كافية . ويمكن الحصول على التحسن العرضي أو الشفاء بالمعالجة الحرورية الموضعية .

**الفطروم Mycetoma : [ Van Dyke و Carter : ١٨٦٠ ]**

*المترادفات :* قدم مادورا ، الفطار المادوري Maduromycosis .

**التعريف :** تشير كلمة « الفطروم » إلى الآفة السريرية الناجمة عن عوامل ممرضة مختلفة من جرثومية وفطرية . وهو آفة خمجية مزمنة موضعة ، تتوضع عادة على القدم والأجزاء السفلية من الساق ، وأكثر ندرة توضعه على اليدين والأماكن الأخرى من الجسم . ويصيب الخمج كل من الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد ، ومن المحتمل أن يصيب العظام أيضاً مشكلاً خراجات ونواسير . هذا ويؤدي الالتهاب الحبيبومي المرتشح إلى تورم في الطرف عديم الشكل شبيه بالورم .

**العوامل الممرضة :** تسبب الصورة السريرية للفطروم عدداً كبيراً من العوامل الممرضة : الشعّيات خارجية المنشأ ( مع الجراثيم ) من جنس الشعيات ، النوكارديات ، المادورية الشعية والمتسلسلة ، والفطور الحقيقية أيضاً من جنس المادوريللا ، و Petriellidium و Phialophora .

**الحدوث :** وصفت حالات معزولة فقط من الفطروم الناجم عن الفطور الجلدية . وينتشر العامل الممرض الذي يكون رمّاماً بشكل واسع في العالم . وعلى كلٍّ فإن المرض أكثر ما ينتشر في المناطق المدارية وما تحت المدارية ، كما أنه شائع نسبياً ، على سبيل المثال ، في أفريقيا الوسطى والمكسيك . يرتبط الخمج عادة بالمشي عاري القدمين ، ولذلك فإن معظم الإصابات تشاهد عند العمال الزراعيين .

**الموجودات السريرية :** لا تتعلق العلامات السريرية للفطروم بالنوع . تحدث تورمات مشوهة مرتشحة شبيه بالأورام ، ونواسير ، ونجيج غيمي ، مع مفرزات قيحية تحتوي على حبيبات وصفية . أما الحبيبات التي ترى بالعين المجردة فهي عبارة عن كتل سوداء أو بيضاء أو صفراء تمثل مستعمرات العوامل الممرضة . وعلى الرغم من غرابة الصورة السريرية ، فهناك في العادة ألم خفيف . ومن الشائع حدوث خمج إضافي بالعنقوديات . أما الانتشارات الدموية والعظمية فهي نادرة جداً .

**التشخيص :** المظاهر السريرية للفطروم وصفية . ويتم كشف العامل الممرض بزرع عينات من قيح النواسير أو من الخزعة . ويمكن تميز الفطر أحياناً من لون وقدّ الحبيبات .

**التشخيص التفريقي :** يجب أن يميز عن ذات العظم والنقي بالعنقوديات ، أو السلّ بالمتفطرات .

**المعالجة :** إن المعالجة الجهازية صعبة ، وذلك لأن بعضاً من عوامل المعالجة الكيمياوية لا تصل إلى الأنسجة بالتراكيز الكافية . على أنه من المهم التعرف على العامل الممرض ، وتحديد مقاومته . إن البنسلين ومشتقاته فعالة في معالجة الشعيات إلا أنه يجب أن يعطى بجرعات عالية ( ١٠ × ١٠^٦ وحدة من البنسلين ج يومياً ) ولفترة طويلة . كما تستجيب بعض الشعيات إلى الستربتومايسين ، والسلفوناميدات ، والسلفون أو التراسيكلين والمينوسكلين . ويوصى في معالجة الفطور الحقيقية Eumycetes بإعطاء ٥ – فلوروسيتوزين ، أمفوتريسين ب ، أو الأكثر حداثة : الكيتوكونازول داخلياً . كما أن المعالجة بيوديد البوتاسيوم عن طريق الفم ، بمفرده أو مشاركاً لغيره من الأدوية ، فعّالة أيضاً . ويخلف الشفاء عادة ، عفوياً كان أو ناجماً عن الأدوية ، تليفاً صلباً . وغالباً ما يترك الفطروم تشوهات ضخمة حتى ولو شفي تماماً ، تلك التشوهات التي تستدعي البتر ، وهي المعالجة الأكثر فاعلية منذ البدء .

**داء البروتوتكية Protothecosis :**

**التعريف :** هو خمج نادر يصيب الجلد والنسيج تحت الجلد الإنساني وينجم عن الطحالب Algae .

**الإمراض :** إن العامل الممرض هو طحلب عديم اليخضور يدعى البروتوتيكا Prototheca ، الذي لا يمتلك صانعات اليخضور Chloroplasts . ولا تحتوي جدر خلاياه على حمض الموراميك أو الأمينات الغليكوزية التي تفصل الطحالب عن الفطور والجراثيم . هذا المتعضي بيضوي أو دائري ، قدّه مختلف ( ٣ – ١٥ ميلي مكرون ) ، تصطبغ جدرانه الثخينة بملون ميتينامين الفضة أو الباس PAS ، وتنقسم الخلية الأم بالحواجز Septations مبدية حتى ٨ انقسامات . كما أنه من النادر رؤية الأشكال التوتية .

**الموجودات السريرية :** قد تكون الآفات السريرية على شكل التهاب جلد حطاطي، أو عقيدات بثرية أو التهاب هلل لما تحت جلد القدمين . وقد تتجلب الآفات أو تتقرح وخاصة على المرفقين ، في حين أن الآفة التي تحدث عقب رضح نافذٍ قد تكون عقيدية ومتموجة . وقد لا تشمل الإصابة الجلد . وقد نشرت حالات مترافقة أو غير مترافقة بتثبيط مناعي ، كما لوحظت انتثارات تشمل الصفاق Peritoneum .

**التشريح المرضي النسجي :** يشاهد فرط تقرن ، وشُواك ، مع خطل تقرن في التشكل البشروي ، وتشاهد المتعضيات في البشرة والطبقة القرنية . أما الالتهاب فيكون حبيبومياً ويتألف من لمفاويات ومنسجات ، ومناطق من العدلات والحمضات كما تبدو بعض المتعضيات في الأدمة . ولوحظت خلايا عملاقة أيضاً في الشكل تحت الجلدي .

**التشخيص** : ويبنى على كشف العامل الممرض في اللطاخة أو الخزعة أو بالزرع .

**المعالجة** : لقد كان استئصال الآفة فعالاً غير أن النكس بعد ذلك شائع . كما جرب التشعيع بالأشعة السينية X – irradiation ، وطبقت أيضاً المعالجة بحقن الأمفوتريسين ب والعامل الناقل . أما *المعالجة الموضعية* فتتضمن كمادات رطبة بالبرمنغنات أو محلول كبريتات النحاس أو الأمفوتريسين ب ٣٪ أو وصبغة كاستيلاني .

## الفطارات المجموعية Systemic Mycoses :

*المرادفات :* الفطارات الداخلية ، الفطارات الحشوية .

**التعريف** : تنشأ الفطارات المجموعية من خمج فطري بدئي في الأغشية المخاطية و/أو الأعضاء الداخلية ، وعادة الرئتان .

**الآفات الجلدية** : غالباً ما يكون الطور الثانوي للفطارات المجموعية معمماً ويترافق بنقائل جلدية . إلا أن الأغلب أن تكون الآفات الجلدية أول المشيرات لهذه الأمراض الخطيرة . ولذا فعلى الأطباء الجلديين يقع الدور الأكبر في كشف تلك الأمراض . وهذه الحقيقة صحيحة وتنطبق بشكل خاص على كل من داء النوسجات والفطار الكرواني والفطار البرعمي . وتتواجد هذه الفطارات المجموعية في مناطق جغرافية محددة نسبياً . وعلاوة على ذلك ، فهناك زمرة من الفطور الانتهازية التي يمكنها أن تصيب أشخاصاً ذوي مناعة مثبطة ، على سبيل المثال : الخمج بحمة HIV . هذا وتبقى الآفات الجلدية قليلة الملامح السريرية في تلك الأمراض ومنها مثلاً الإنتان بالمبيضات وداء الرشاشيات .

### داء المستخفيات Cryptococcosis :

[ Busse : ١٨٩٤ و Buscke : ١٨٩٥ ]

*المرادفات :* الفطارات المستخفية ، الفطار البرعمي الأوربي ، Torulosis ، داء بوسه – بوشكه .

**العامل الممرض وانتشاره** : العامل الممرض هو المستخفية المتنشئة Cryptococcus Neoformans ، وهي خميرة يتراوح قطرها بين ٤ – ٨ ميلي مكرون ، وتحاط بمحفظة عديدة السكاريد . تنتشر هذه الخميرة عبر العالم وخاصة في براز الطيور ( الحمام Pigeons ) التي تعتبر عوامل ناقلة شائعة دون أن تصاب بالمرض . ويمكن للعامل الممرض أن يعيش لسنوات عديدة في البيئة المظلمة الرطبة في أعشاش الحمام . وقد تنتقل بالغبار أيضاً ، علماً بأن هذا الخمج نادر في وسط أوربا رغم وجود العامل الممرض .

**الحدوث والإمراض** : تبقى الرئتان باب الدخول في معظم الأحيان . من المشكوك به وجود داء مستخفيات جلدي بدئي . ويمكن لهذه العلة الشديدة تحت الحادة أو العامة المزمنة أن تصيب أي عضو . أما العامل الممرض فينتقل بواسطة الدم أو اللمف . وتحدث التظاهرات الرئيسية لهذا الداء في الرئتين والجملة العصبية المركزية . وأقل من ذلك حدوثها في الهيكل العظمي والقلب والعينين والخصيتين ، بينما لا تصاب مطلقاً الكليتان ، والكظر ، والكبد ، والطحال ، والعقد اللمفية . وقد يحدث المرض دون أعراض . وأكثر ما يصيب الرجال (٢ : ١) وفي أي عمر ما بين ٣٠ – ٦٠ ، ونادراً ما يصيب الأطفال . ومن الشائع مشاركته لأدواء مجموعية شديدة تؤدي لتثبيط مناعي ثانوي مثل داء هودجكن ، وابيضاضات الدم ، والإيدز ، والسل .

**الموجودات السريرية** : تبدو آفات الجلد والأغشية المخاطية في ١٠ – ١٥٪ من الحالات ، وذلك إما كعلامة أولى للمرض ، أو أثناء سيره . وتتضمن تلك الآفات حطاطات عدّية الشكل وبثور ولويحات جلدية وتحت جلدية ، وعقيدات تترافق مع تميع وقرحات . وغالباً ما تحدث القرحات ، ذات الحدود الواضحة ، أو الرخوة الهلامية حول الفم أو الأنف .

**التشخيص** : نشاهد في المحضرات المأخوذة من القيح أو من السائل الدماغي الشوكي والملونة بالحبر الهندي ، خلايا خمائرية مبرعمة بقد ٤ – ٨ مكرون ، وذات محفظة سهلة الرؤية ، والزرع سهل على وسط آغار دون سيكلوهكساميد .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار من ناحية المنظر السريري كل الاندفاعات الجلدية في التهاب السحايا والدماغ ، وفي الأورام الخبيثة والسل والآفات الجرثومية الأخرى .

**المعالجة** : غير كافية ، والإنذار خطر جداً . ويشار بالحقن الوريدي بمحلول من الأمفوتريسين ب والحقن داخل الغمد Intrathecal إذا ما ظهرت تأثيرات انسمامية . كما ثبتت فائدة الفلوسيتوزين Flucytosin الحسنة ، إما بمفرده أو بمشاركته مع الأمفوتريسين ب ، بجرعة يومية ( ١٥٠ ملغ/كغ من وزن البدن ) ولمدة ١٠ – ١٢ أسبوعاً . وقد استعمل الكيتوكونازول أيضاً بنجاح في بعض الحالات .

### الفطار البرعمي

**Blastomycosis : [ Gilchrist : ١٨٩٦ ]**

*المرادفات :* الفطار البرعمي الأمريكي الشمالي ، داء جيلكريست ، داء شيكاغو .

**العامل الممرض** : وهو الفطور البرعمية الجلدية

Blastomycosis Dermatitidis ، وهي فطور ثنائية الشكل وتنمو في المزارع بشكل رمّام Saprophytically مثل الفطور العفنية، وتنمو في النسج بشكل طفيلي ، مثل الخلايا الخمائرية، بقطر ٨ – ٢٠ ميكرون ، وهي تنمو بشكل رمّام في التربة .

**الحدوث** : أكثر ما يحدث هذا المرض في أمريكا الشمالية ، كما يحدث في أمريكا الجنوبية وأفريقيا . كما شوهدت بعض الحالات المنفردة في أوربا ، يصيب الرجال بنسبة ٦ : ١ ، فوق سن الخمسين من العمر على الأغلب وخاصة المزارعين . ويكتسب الخمج عن طريق استنشاق الأبواغ .

**الموجودات السريرية** : يمكن تميز أربعة أشكال سريرية لهذا المرض وهي :

– الشكل الرئوي البدئي الشبيه بالسل حيث يتظاهر بأعراض حادة أو تحت حادة أو يكون عديم الأعراض .

– الشكل الجلدي المزمن ، وتشمل إصابته العظام أحياناً .

– المرض المجموعي وتتضمن إصابته عدة أعضاء داخلية ( بولية تناسلية ، الهيكل العظمي ، الجملة العصبية المركزية ) .

– الشكل الشبيه بالقرح ، وينجم عن التلقيح بالفطر البرعمي ،وهو شكل نادر .

*الفطار البرعمي الجلدي :* يحدث هذا الفطار بالطريق الدموي ، وينتقل العامل الممرض من الآفة البدئية الرئوية إلى الجلد . تظهر الآفة الجلدية بنسبة ٨٠٪ من جميع حالات المرض . وإن الآفة الجلدية هي عادة السبب الأوّل الداعي لاستشارة الطبيب . ويتظاهر هذا الفطار البرعمي بزمر حطاطية ، وبثرية حطاطية ، وعقيدية جلدية وما تحت الجلدية ، ومترافقة بجلبات ومتوضعة على اليدين والقدمين والوجه ثم بعد ذلك يصيب الجذع . ثم تظهر تدريجياً بؤر ذات هامش منحنٍ تخلف ندبة مركزية عند شفائها . أما الحواف فتكون متورمة ، متثأللة ومتجلبة . والشيء الهام في التشخيص هو تخرب الأوعية الدموية الحليمية ، التي تبدو بشكل نقط سوداء مركزية وخراجات دخنية صغيرة ، تحتوي على المتعضيات في الحواف المتثألة من الآفة .

*الفطار البرعمي التلقيحي :* يحدث هذا الشكل النادر عادة كخمج مخبري ، على سبيل المثال ، يحدث عند المشرحين المرضيين نتيجة للقطع . ويبدأ هذا الفطار بقرحة ذات حواف صلبة وبالتهاب الأوعية اللمفية ، وقد يحدث شفاء عفوي إذا ما كان دفاع المريض جيداً .

**التشخيص** : يكون التعرف على العامل الممرض ، وحيد البرعم ، الكروي ، ذو الجدار السميك نسبياً في المفرزات القيحية الناتجة من الخراجات الدخنية مشخصاً . أما محضرات ماءات البوتاسيوم والتلوين بالباس PAS فهي مناسبة لكشف العامل الممرض . ويفيد الزرع في التشخيص ( دون إضافة السيكلوهيكساميد ) أو التعرف النسجي في الخزعة ( التلوين بالباس أو فضة الميتيامين ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يفرق عن الفطارات العميقة الأخرى ، وعن جميع الحبيبومات المزمنة الجلدية مثل الذأب الشائع ، وسل الجلد الثؤلولي ، والصمغ الإفرنجي ، والحبيبوم اللمفي المغبني ، والجذام ، إضافة للجلاد البرومي والجلاد اليودي وتقيح الجلد المواتي ، والأورام المتقرحة .

**المعالجة** : لقد استعيض عن المعالجة القديمة القائمة على إعطاء اليود أو الستلباميدين Stilbamidine جهازياً ، وذلك بتسريب الأمفوتريسين عن طريق الوريد . أما الجرعة العليا التي يتحملها المريض والتي يوصى بها فتبلغ ما مجموعة ٢ غ . ويستعمل أيضاً الكيتوكونازول ( ٢٠٠ ملغ يومياً ) .

## الفطار نظير الكرواني

**Paracoccidioidomycosis : [ Lutz : ١٩٠٨ ]**

*المرادفات :* الفطار البرعمي الأمريكي الجنوبي ، الفطار البرعمي البرازيلي ، داء **(Lutz – Splendore – Almeida)** .

**العامل الممرض** : هو خميرة ثنائية الشكل ، ذات جدار سميك ولها تبرعمات كثيرة ، تدعى بنظير الكروانيات البرازيلية ( مرادف : الفطور البرعمية البرازيلية ) ومن الممكن أن تكون رمّامة في التربة .

**الحدوث** : ينحصر وجود المرض في أمريكا الوسطى والجنوبية . ويصيب الرجال أكثر من النساء (٩ : ١) . ويبدو أن سوء التغذية يكون عاملاً مؤهباً في الحالات الشديدة .

**الموجودات السريرية** : تصاب الرئة في البدء ، سوية مع إصابة الأغشية المخاطية للفم والأنف ، وبعد ذلك يصاب الجلد المجاور . تتظاهر الإصابة بعقيدات حبيبومية وآفات جلدية جادعة ومتقرحة ، وتورم شديد في العقد البلغمية مع ميلها للتميع وتشكل النواسير ( راجع الشكلين ٧ – ٣٣ و ٧ – ٣٤ ) . هذا هو داء نظير الكرواني اللمفي الجلدي المخاطي . كما ويلاحظ هناك انتشارات مجموعية ثانوية إلى عدد كبير من الأعضاء .

**التشخيص** : يمكن كشف العامل الممرض في كل من القيح ( مثال : بزل العقد اللمفية المتميعة ) والقشع ، ومن اللطاخات المأخوذة من التقرحات في المحضرات غير الملونة ، وبالزرع ، وبتلقيح الحيوانات ( خصية القبعة ) ، وبالفحص النسجي للخزعة أيضاً .

**المعالجة** : تعد المعالجة بجرعات كبيرة من الأمفوتريسين ب محتملة ، كما تعتبر المعالجة بالكيتوكونازول فعالة جداً ، وقد

جربت المعالجة بالسولفوناميدات . هذا وتؤدي الإصابة بالفطار نظير الكرواني المنتشر إلى الموت إذا لم تعالج .

**داء النوسجات Histoplasmosis :**

[ Darling : ١٩٠٨ ]

*المرادفات* : داء دارلنغ ، الفطار الخلوي الشبكي البطاني .

**الإمراض والحدوث** : إن العامل الممرض هي خميرة ثنائية الشكل تدعى النوسجة المغمدة Histoplasma Capsulatum . أما في أفريقيا فينجم هذا الداء عن النوسجة المغمدة المتغيرة لدوبوازي H. Capsulatum Var. Dubosii . ويتواجد العامل الممرض في التربة وفي روث الطيور أيضاً بشكل رمّام . وتكون الرئتان باباً للدخول في معظم الأحيان ، وذلك عن طريق استنشاق الغبار المتضمن للعامل الممرض . ويوجد هناك مناطق استيطانية للآفة في أمريكا الشمالية ( في منطقة الميسيسيبي خاصة ) ووسط وجنوب أمريكا ، وجنوب أفريقيا وفي الشرق الأقصى ، علماً بأن المرض نادرٌ جداً في أوربا .

**الموجودات السريرية** : تحدث الآفات الأكثر شيوعاً في الرئتين ، وقد تكون تلك الآفات عديمة الأعراض ، أو تكون حادة جداً ، أو مزمنة ومترقية . وقد يكون داء النوسجات المنتشر حميداً ، وقد يكون خاطفاً ، وقد يشمل العديد من الأعضاء . تبدي الآفات الجلدية المخاطية المزمنة حبيبومات مخربة وخاصة في منطقة الفم ، والأنف ، والحنجرة وجدوعاً متأخرة . أما داء النوسجات البدئي الجلدي التلقيحي الشبيه بالقرح فهو نادر .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على كشف العامل الممرض وذلك بزرع عينات من القشع . كما قد يشاهد في الخزعة الملونة بالباس PAS . علماً بأن توضع العوامل الممرضة داخل البلاعم يكون وصفياً وفريداً بين الفطور الممرضة . أما التشخيص المصلي ( تفاعل تثبيت المتممة ) ، والاختبار داخل الجلد ( اختبار الهستوبلازمين ) ، فيستعملان قليلاً في التشخيص في مناطق الاستيطان بسبب العدد الكبير من حملة المرض بين القاطنين . لكن هذه الاختبارات قد يكون لها قيمة خارج المناطق الفعلية لاستيطان المرض .

**المعالجة** : إن نسبة الوفيات مرتفعة في الأخماج المجموعية . ويجب إعطاء الأمفوتريسين ب بالجرعات الكبيرة المحتملة . وهنالك تقارير تؤيد فعالية الفلوسيتوزين أو الكيتوكونازول والإيتراكونازول Itraconazole ( ١٠٠ ملغ/ يومياً ) ولمدة تصل إلى ستة أشهر . هذا ويوصى بالاستئصال الجراحي للبؤر المعزولة من المرض والوقاية بالأمفوتريسين ب .

**الفطار الكرواني Coccidioidomycosis :**

[ Wernicke : ١٨٩٢ ]

*المرادفات* : الحبيوم الكرواني ، حمى الوادي ، رثية الصحراء ، داء كاليفورنيا .

**الإمراض والحدوث** : إن العامل الممرض هو فطر ثنائي الشكل يدعى بالكروانية الضارّة : Coccidioides Immitis وهو من رمّامات التربة ويتواجد في المناطق الحارة الجنوبية من أمريكا الشمالية ، وفي المكسيك وجنوب أمريكا . أما الخمج فينجم عن استنشاق الأبواغ المتواجدة في الغبار .

**الموجودات السريرية** : إلى جانب الشكل الرئوي البدئي عديم الأعراض ، والشائع الانتشار في مناطق استيطان المرض ، والذي يشفى عفوياً من جراء حدوث المناعة ، فهناك شكل ثانوي معمم ، أكثر ندرة ويأخذ سيراً حاداً أو مزمناً أو مترقياً ، وقد تحدث حمامى عقدة أثناء سير الخمج الحاد . وفي الحالات المجموعية تتواجد عقيدات حبيبومية ، تلك العقيدات التي تميل للتميع والتلاشي في معظم الأنسجة بما في ذلك الجلد . وغالباً ما يصاب ذوي العرق الأسود بهذا الداء أكثر من ذوي العرق الأبيض . وغالباً ما تتوضع الآفة الجلدية على الوجه أولاً ، ثم في الطية الشفوية الأنفية ، وعلى العنق وفروة الرأس بشكل حبيبومات ثؤلولية متميعة وصفية تترك ندبات بعد شفائها .

**التشخيص** : يمكن كشف العامل الممرض في المحضرات غير الملونة والمأخوذة من القيح أو القشع ومن المحضرات النسيجية . وتكون حافظة الأبواغ الكروية التي يبلغ قطرها حتى ٢٠٠ ميكرون والمملوءة بالعديد من الأبواغ الداخلية مميزة أيضاً . أما بالزرع فتشاهد مستعمرات أفطورية صوفية بيضاء . وقد يصاب العاملون في مخابر الفطور بهذا المرض بسبب شدة خمج الأبواغ . وفي العادة ، فإن الاختبار داخل الجلد ، الذي يكون إيجابياً بعد الخمج ، يصبح سلبياً عندما يتعمم المرض . وبناءً على ذلك فإن له قيمة في التشخيص والإنذار أثناء سير المرض .

**التشخيص التفريقي** : كما في الفطارات البرعمية .

**المعالجة** : يعالج هذا المرض بالأمفوتريسين ب بجرعات عالية محتملة ، ويمكن أيضاً تجريب الكيتوكونازول . أما الإجراءات الجراحية فتجري في حالات منتخبة من المرض .

# الفصل الثامن

# أدواء الطفيليات الحيوانية الخارجية

# Epizoonoses

د . عبد الحكيم عبد المعطي

**تعريف** : يُطلق تعبير Epizoonoses على الآفات الجلدية الناجمة عن الطفيليات الحيوانية الخارجية ( Ectoparasites ) . يقتصر هذا التعبير بمعناه الدقيق على تلك الآفات الناجمة عن طفيليات تعيش على سطح الجلد ( كالقمل ) ، لكنه يُستخدم في مفهومه الأوسع أيضاً ليشمل الآفات الناجمة عن طفيليات لا تعيش على سطح الجلد ( كما هي الحال في لسع الحشرات ) .

**الانتشار** : يندر إلى حد بعيد حدوث هذه الأدواء في المناطق ذات المناخ المعتدل بالمقارنة مع المناطق المدارية . يلعب التصّحاح ( تطبيق القوانين الصحية ) Sanitation دوراً هاماً في مدى انتشار هذه الأدواء ؛ حيث يزيد من انتشارها تَردي الظروف الصحية والازدحام السكاني . ولقد لُوحظ في السنوات الأخيرة ازدياد معدل حدوث هذه الأدواء حتى في أوروبا الوسطى ، وعُزِيَ ذلك إلى انتشار السياحة عالمياً ، وزيادة الاختلاط ، وربما عزي إلى بعض العوامل المناعية والوبائية أيضاً . ويجب أخذ هذه الأدواء بعين الاعتبار دائماً في سياق التشخيص التفريقي لكل حِكّة .

## القمل : القُمَال Lice: Pediculosis

**الطفيليات** : القمل من الحشرات insects وله ثلاثة أنواع تتطفل على الإنسان هي :

قمل الرأس : **قمل الرأس الإنساني** **Pediculus Humanus Capitis**
المرادف : P. capitis

قمل الجسد ( الثياب ) : **قمل الجسد الإنساني** **Pediculus Humanus Corporis**
المرادفات :
P. vestimentorum
( قمل الثياب )
Phthirius corporis
( قُمّل الجسد )
P. humanus humanus
( قمل الإنسان الإنساني )

قمل العانة ( القُمّل ) : ( Crab louse ) : **قُمّل العانة Phthirus pubis**
المرادفات : **Phthirus inguinalis** ( قُمّل الأَرْبِيَّة )
**Pediculus pubis**
( قمل العانة )
**Phthirius pubis**
( قُمّل العانة )

للقمل ثلاثة أزواج من الأرجل القوية المنتهية بمخالب . تضع الأنثى الملقحة حوالي ١٥٠ – ٣٠٠ بيضة ( الصئبان nits ) ( يبلغ طول الصُؤابة البيضوية الشكل ٠,٨ ملم تقريباً ) . تلصق الأنثى بيوضها على أشعار الفروة ( قمل الرأس ) ، أو على أشعار العانة ( قمل العانة ) ، أو على دروز الملابس الداخلية ( قمل الثياب ) بواسطة مُلاط غير ذواب بالماء تفرزه غدة ملحقة بمبيضها . تفقس البيوض عن يرقات Larvae بعد أسبوع واحد ، وتطرح اليرقات جليداتها cuticles ثلاث مرات لتصل إلى مرحلة النضج الجنسي في الأسبوع الثاني أو الثالث . هذا ويمتص القمل الدم كل بضع ساعات ، ولا يستطيع تحمل المخمصة أكثر من أيام معدودات .

### قُمَال الرأس Pediculosis Capitis :

**الطفيلي والانتشار** : يتراوح طول **قمل الرأس** ( **Pediculus humanus capitis** ) بين ٢ – ٤ ملم ، ويحتشر بصورة رئيسية لدى الأطفال والأشخاص ذوي الأشعار الطويلة . ينتقل قمل الرأس من شخص لآخر ، ويزيد من انتشاره تردي الظروف الصحية الشخصية ، والعيش في مجتمعات مغلقة ؛ وليس من النادر حدوث أوبئة صغيرة ضمن المدارس .

**الموجودات السريرية** : تُعد الفروة المنطقة الانتقائية لقملة الرأس ، والنواحي المشعرة خلف الأذنين هي غالباً أكثر أماكن الفروة إصابة . هذا ونادراً ما تحتشر قملة الرأس في شعر العانة أو اللحى . تعض القملة لتمتص الدم كل ساعتين أو ثلاث ، وتظهر الآفات الجلدية بعد العض بعدة ساعات وقد تظهر بعد عدة أيام ، وهي عبارة عن حطاطات شروية تأخذ اللون الأحمر الداكن ، ترافقها حكة شديدة بسبب ولوج لعاب القملة أثناء العض . وكثيراً ما تظهر آفات إكزيمية على الناحية الخلفية للعنق يُطلق عليها اسم **إكزيمة القمل Louse eczema** ؛ كما قد يؤدي الحك والخدش إلى حدوث الأخماج الجرثومية الإضافية Superinfections وتشكل الجُلَبات . وأخيراً يصبح الشعر بكامله أشعث ذا قشور غزيرة . وقد تسبب الأخماج الثانوية التهاباً مؤلماً في العقد اللمفية للناحيتين الرقبية والقذالية إلى جانب تشكل الخراجات ( راجع الشكلين ٨ – ١ و٨ – ٢ ) .

**التشخيص** : نادراً ما يُشاهد القمل ، ولكن يمكن تأكيد

التشخيص برؤية **الصئبان nits** ( يكفي لعدد قليل جداً من القمل أن يسبب حكة شديدة ) . والصئبان بنى بيضوية الشكل ، طولها ٠,٨ ملم ، معلقة بالأشعار كالبراعم ، ومحمية بأغلفة كيتينية . تُوجد الصئبان عند بدء الإصابة بالقرب من الفروة ، ثم تتحرك مع نمو الأشعار باتجاه قمتها ، وتصبح فارغة المحتوى آنذاك . تُفَرَّق الصئبان عن الهبرية ( قشرة الرأس ) **Dandruff** بكونها شديدة اللصوق بالأشعار فلا يمكن إزالتها بسهولة ، كما أنها تتوضع بشكل رئيسي في النواحي المشعرة خلف الأذنين ؛ ولذا فعند الاشتباه بحدوث الاحتشار تُرفع الأشعار فوق الأذنين للبحث عن الصئبان . ونادراً ما يشاهد القمل ( راجع الشكل ٨ – ٣ ) .

يجب على الطبيب الاشتباه بقمل الرأس كلما شكا المريض من حكة في الفروة مترافقة بإكزيمة وتقوبؤ إما على الفروة أو على الوجه الخلفي للعنق .

**التشخيص التفريقي** : الإكزيمة على الفروة ، والقوباء ، والسعفة الأمينطية **Tinea amiantacea** ، وصداف الفروة .

**المعالجة** : تقوم على قتل القمل ، بالإضافة إلى قتل المُضغ **Embryos** داخل الصئبان ( إذ لا يكفي قتل القمل فقط ) . والعلاج المُنتخب في هذه الحالة هو غاما – بنزين هكسا كلوريد **γ–benzene hexachloride** ( لندان **Lindane** ) ، الذي يتوفر تجارياً بشكلين هما : المستحلب والهلامة . يُدلك المستحضر على كامل الفروة ويترك مدة ١٢ – ٢٤ ساعة ( الأفضل تحت قلنسوة الحمام **Shower cap** ) ، ثم يغسل بعدها بالشامبو ، وتتوفر عدة أنواع من الشامبو ملائمة لهذا الغرض . يُزال الصئبان بغسل الفروة بالماء الفاتر المحتوي على الخل **Vinegar** مع التمشيط بمشط ناعم ( مشط القمل **Louse comb** ) . هذا وتعاد المعالجة بعد ٣ – ٥ أيام . كما يمكن استعمال قاتلات القمل الأخرى مثل المالاثيون **Malathion** ، أو البيره ترينات **Pyrethrins** ( يمزج الأخير مع **Piperonyl butoxide** ) ، أو المزيج المؤلف من أوليات ( زيتات ) النحاس ( II ) مع النفتالين **Copper (II) – Oleate with naphthalene** ؛ وتُرفع القلنسوة بعد ساعة واحدة من تطبيق المزيج الأخير تجنباً لأي تخريش في الجلد أو العينين . هذا وتُعالج الإكزيمة القملية وأي تقوبؤ بعد التخلص من القمل بالعلاج المناسب .

**فحص المخالطين** : يجب فحص جميع الأشخاص الذين كانوا على تماس مع المريض ( في الأسرة ، والحضانة ، والمدرسة ، ودور رعاية المسنين ) ومعالجتهم إذا تطلب الأمر ذلك . هذا وليس من النادر وجود مستودعات يستوطن فيها الداء **Endemic reservoirs** .

## قُمال الجسد أو الثياب Pediculosis Corporis seu Vestimentorum :

**الطفيلي والانتشار** : يبلغ طول **قمل الجسد أو الثياب** ( **Pediculus humanus humanus** ) حوالي ٣ – ٤,٥ ملم ، فهو أكبر قليلاً من قمل الرأس ، ويتميز عنه أيضاً في أن قطعه البطنية **Abdominal segments** غير مُفرَّضة بوضوح . هذا ويتصف كلا النويعين **Subspecies** بالمقدرة على التزاوج من النويع الآخر . ونادراً ما يُشاهد قمل الثياب عند الذين يحيون حياة اجتماعية مألوفة ، فهو أكثر انتشاراً عند المتسولين والمتشردين سواء في المدن أو الأرياف ، كما قد يكثر في أزمنة الحرب والحرمان . لا يحتشر هذا النوع من القمل الجسد بل يوجد على الثياب ، حيث تلصق الأنثى الصئبان على دروز الملابس بشكل السبحة **Rosary** . هذا ويتوالد قمل الثياب بسرعة كبيرة ، ( راجع الشكل ٨ – ٤ ) .

**الموجودات السريرية** : تُخلّف قملة الثياب عضة غير ملحوظة بادىء الأمر ، وسرعان ما تسبب الإفرازات اللعابية احمراراً وانتبارات وعقيدات مرفقة بحكة شديدة جداً ، ولا يلبث الجلد أن يصبح مغطى بخدوش خطية حيث تتجلى المتلازمة المعروفة باسم **داء المتشردين Vagabond's disease** أو **جلد المتشردين Cutis vagantium** . كما يبدي الجلد إضافة للخدوش الخطية العديد من الندبات الصغيرة الفاتحة اللون والمحوطة بمناطق من فرط التصبغ أو زواله . تُشكل الصورة السريرية السابقة علامة واسمة ومميزة لهذا الداء ( راجع الشكل ٨ – ٥ ) .

**نقل الأمراض** : ينقل قمل الثياب أدواء الريكتسيات **Rickettsioses** ، والحمى المبقّعة **Spotted fever** ، وحمى الخنادق **Trench fever** ، والحمى الراجعة **Relapsing fever** .

**التشخيص** : يتم برؤية القمل أو الصئبان على دروز الملابس الداخلية .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الجلد الحلئي الشكل ، والإكزيمة التأتبية ، والحكة الشيخوخية ، والحكة السكرية ، والآفات الجلدية اللانوعية في سياق داء هودجكن .

**المعالجة** : تُغلى الثياب الداخلية والشراشف والبياضات أو تُطهر تجارياً في مؤسسات خاصة ( وهو الأفضل ) . كما يمكن تعفير الثياب عند الضرورة بذرور مُبيد للحشرات يعمل بالتماس المباشر ، وقد ثبت أن لهذه الطريقة قيمة وقائية أيضاً . هذا وتُعالج الآفات الجلدية وفق قواعد العلاج العامة ، ويتوقف ذلك على شدة الآفات المتأكزمة أو المتآكلة وعلى حدوث أي خمج إضافي فيها .

## قُمال العانة Pediculosis Pubis :

**المرادف** : داء القَمّل Phthiriasis .

**الطفيلي** : **قُمّل العانة Phthirus pubis** قصير وثخين ، وله شكل الدرع Shield – like ويتراوح طوله بين ١,٥ – ٢ ملم ؛ فهو أقصر أنواع القمل الإنساني . وينتهي الزوجان الثاني والثالث من أرجله بمخالب قوية يستخدمها للتشبث بالشعرة بالقرب من قاعدتها . وقلما يتحرك هذا النوع من القمل بخلاف النوعين السابقين ( قمل الرأس وقمل الثياب ) ؛ ومن هنا تأتي الصعوبة الكبيرة في رؤيته ، خلافاً للصئبان الذي يكشف بسهولة أكبر بالتأمل الدقيق . يتوالد هذا النوع من القمل ببطءٍ نسبياً (راجع الشكلين ٨– ٦ و٨ – ٧).

**الانتقال** : ينتقل قمل العانة بالتماس الجسدي الحميم عادة في أثناء الجماع . كما يمكن أن ينتقل من الأهل إلى الأطفال أيضاً . ويبدو أن هناك إمكانية لانتقال هذا النوع بواسطة الثياب أو شراشف الأسرَّة أو المناشف .

**الموجودات السريرية** : ينتقي قمل العانة مناطق الغدد العرقية المفترزة مثل : شعر العانة ، والناحية الشرجية التناسلية ، والناحية الإبطية ؛ وقد يوجد أيضاً على الأماكن الغزيرة الأشعار من الصدر والبطن ، ونادراً ما تُصاب الفروة والحواجب والأهداب إلّا عند الأطفال الصغار . يرافق قُمّل العانة حكّة متوسطة الشدة تكون على أشدّها ليلاً . كما تغيب عادة علامات التخريش ، وتُلاحظ بدلاً منها بقع باهتة ناجمة عن عضات قمل العانة ، وتأخذ هذه البقع اللون الأردوازي(*) أو اللون الرمادي الفولاذي Steel – gray ، ويتراوح قطرها بين ٣ ملم و ١ سم ، ويُطلق عليها اسم **البقع الزرقاء أو اللطخات الزرقاء Maculae coeruleae ( taches bleuâtres )** . وهي على الأرجح نزوف صغيرة سببها انجبال(**) نواتج انحلال الهيموغلوبين المخضوضرة داخل الجلد ، ويحدث هذا الانحلال الهيموغلوبيني بالأنظيمات اللعابية للقملة .

يعدّ وجود اللطخات الزرقاء في المناطق الانتقائية ( أسفل البطن ، وأعلى الفخذين ) من المعايير التشخيصية الهامة ، ولا يؤكد التشخيص إلا برؤية القمل أو الصئبان . هذا ويجب الاشتباه بقمل العانة كلما شكا المريض من حكة في الناحية التناسلية أو الإبطية .

**المعالجة** : كما هي الحال في قمل الرأس ، فالعلاج المُنتخب هو أيضاً غاما – بنزين هكساكلوريد ٧–benzene hexachloride ( Lindane ) . يُغسل كامل المنطقة المصابة بأحد المنظفات ثم يُدلك بمُستحلب اللِندان بعناية ويُغسل في اليوم الثاني . هذا ومن المستحسن إعادة العلاج بعد ٣ – ٤ أيام . كما يمكن استعمال المالاثيون Malathion ، أو البيره ترينات Pyrethrins ، أو زيتات ( أوليات ) النحاس II مع النفتالين Copper (II) – oleate with naphthalene . وتشكل معالجة الأهداب والأجفان المحتشرة عند الأطفال مشكلة علاجية ، بسبب إمكانية حدوث تأثيرات سمية للمستحضر الدوائي المطبّق ، ويُستعمل في الأحوال العادية مرهم أكسيد الزئبق الأصفر Yellow mercuric oxide ( يمزج ٠,٢ غرام من أكسيد الزئبق الأصفر مع الوذلين الأبيض white petrolatum ليصبح المقدار الكلي ١٠ غرام ) أو الوذلين الأبيض وحده . كما تُستخدم الملاقط لإزالة الصئبان والقمل من الأهداب .

هذا ويجب فحص المخالطين ومعالجتهم إذا تطلب الأمر ذلك .

## البق : داء البق Bugs : Cimicosis :

**الطفيلي** : للبق أكثر من أربعين نوعاً ، ومع ذلك يقتصر الاهتمام على نوع واحد هو **بق الفراش Bed bugs ( Cimex lectularius )** . أما الأنواع الأخرى كتلك التي تصيب الطيور ( الدجاج ، والخُطّاف Swallows ، وغيرها ) فتنتقل إلى الإنسان في ظروف استثنائية فقط ، وتسبب له حكة وآفات جلدية حطاطية شروية . يُستر بق الفراش بهُلَب قصيرة Bristles ( أشعار شوكية منتصبة ) ، ويتراوح طول الأنثى منه ما بين ٤ – ٥ ملم ، ويبلغ عرضها ٣ ملم ، أما الذكر فأصغر حجماً . يتسطح بق الفراش كثيراً بعد ا لصيام ويأخذ اللون الأصفر الشفّاف ، ولا يلبث أن ينتفخ بعد امتصاصه وجبة دموية ، ويأخذ اللون الأحمر الداكن . ولبق الفراش رائحة كريهة تنشأ من سائل تفرزه غدد متوضعة بالقرب من الزوج الثالث لأرجله . هذا وتضع الأنثى بيضتين إلى ثلاث بيضات يومياً ، ثم تتطور إلى مرحلة النضج الجنسي في غضون شهر أو شهرين بعد المرور بخمس مراحل يرقية Larval أو حوراوية Nymphal . يرهب بق الفراش الضوء Photophobic ، فهو يتوارى أطراف النهار في صُدوع أو شقوق الجدران والأثاث والأرضيات وخلف اللوحات وفي المفاتيح الكهربائية والمصابيح الجدارية ، ويعشعش فيها . يتجه بق الفراش بغريزته نحو الحجرات المهملة ، وقد كانت هناك صعوبة كبيرة في تطهيرها قبل توفر المبيدات الحشرية الحديثة . يزحف بق الفراش على الإنسان ليلاً ، أو يسقط عليه من السقف ليلتهم وجبته الدموية خلال دقائق معدودات ولا يشعر الإنسان بذلك عادة ، ويكرر البق هذه العملية مرة واحدة أسبوعياً ، ولكنه يمكن أن يعيش دون طعام عدة أشهر . يزرق البق في أثناء العض

(*) لون رمادي داكن ضارب إلى الأرجواني ( المترجم ) .

(**) Incorporation .

مفرزات الغدة اللعابية فتنتج عنه الحكة والآفات الجلدية ، وتكون الآفات شديدة في البداية ، لكنها تتناقص مع تقدم التحمل Tolerance ، وقد تختفي نهائياً .

**الموجودات السريرية** : تظهر عند الإنسان المعضوض للمرة الأولى وذمة في الأجفان ، وطفوح انتبارية الشكل Wheal – like تتوزع غالباً في زُمرٍ أو مجموعات على أي جزء من الجسم غير مستور بثياب النوم . تُظهر الآفة عند ضغطها بِملوَق زجاجي Spatula نقطة نزفية مركزية مُشيرة إلى مكان العضة . كما قد تنشأ الحويصلات والفقاعات أيضاً ، وبخاصة على مناطق النهايات الزُراقية Cyanotic acral areas ، وهذه قد تتحول أحياناً إلى حطاطات حاكة في غضون عدة أيام . يتطور التحمل لعضات بق الفراش بصورة تدريجية ، ولا تلبث التفاعلات الشديدة أن تختفي . وأخيراً يُصبح وجود بق الفراش مهملاً بالنسبة للإنسان ، فلا يُستدل على وجوده إلا برؤية النقاط الدموية ومفرغاته ( راجع الشكل ٨ – ٨ ) .

**التشخيص التفريقي** : الشرى الحاد ، والشرى الحطاطي ، والحماق العديدة الأشكال ، وعضات ولسعات الحشرات الأخرى ( كداء البراغيث Pulicosis ) .

**المعالجة** : يمكن علاج الآفات الجلدية بدهون الزنك Zinc lotion ، أو بإحدى الهلامات المضادة للهستامين ، أو بالمنتول الكحولي بتركيز ١٪ . كما يمكن إعطاء مضادات الهستامين الجهازية في حالات الحكة الشديدة . هذا وتُستعمل المبيدات الحشرية ، كإجراء هام ، لتطهير الحجرات المحتشِرة بالبق .

### البق المداري Tropical Bugs :

يعيش **البق نصفي الجناح Cimex hemipterous** والذي يدعى أيضاً **البق المستدير Cimex rotundus** في المناطق المدارية الرطبة ، وذلك بخلاف **بق الفراش Cimex lectularis** الذي يعيش في المناطق المعتدلة وتحت المدارية . وهنا تجب الإشارة إلى البق الفُسْفُسي المُجنَّح Winged triatomid bugs الذي يعيش بصورة رئيسية في أمريكا الجنوبية وينقل الداء الخطير المعروف **بداء شاغاس Chagas' disease** ، الذي هو شكل من أدواء المِثقَبيات Trypanosomiases . يؤدي هذا الداء لاختلاطات عديدة بعضها مميت مثل التهاب عضل القلب لشاغاس .

## البراغيث : داء البراغيث Fleas: Pulicosis :

**الطفيليات والانتشار** : البراغيث حشرات عديمة الأجنحة ، ويقتصر العديد منها في وجوده على نوع واحد من الأثوياء. هذا وقد يكون الثوي من الثدييات أو من الطيور ؛ فهناك برغوث الإنسان ، والكلب ، والقط ، والجرذ ، والدجاج .

### برغوث الإنسان Human Flea :

يتراوح طول برغوث الإنسان والذي يدعى أيضاً **البرغوث المُهيِّج Pulex irritans** ما بين ٢ – ٤ ملم . يستطيع هذا البرغوث أن يقفز بواسطة أرجله الوثّابة ( الزوج الثالث « الأخير » من الأرجل ) إلى ارتفاع يقدر بحوالي ٥٠ سم ، وإلى مسافة ٦٠ سم تقريباً . يرهب برغوث الإنسان الضوء Photophobic ، فهو يختبيء تحت ألواح الأرضيات وفي شقوق الأثاث وتحت السجاد ، وقد كان كثير الانتشار سابقاً ، غير أنه أصبح في الوقت الحاضر نادراً نسبياً نتيجة تطور الظروف المعيشية الصحية واستخدام المكانس الكهربائية ، ومع ذلك فما زالت وسائل النقل العامة والمسارح ودور السينما مأوى للبراغيث . تضع أنثى البرغوث عدداً من البيوض قد يبلغ ٣٠٠ بيضة ، وقد تتطور هذه البيوض إلى مرحلة النضج الجنسي ( اليافعة Imago ) بعد المرور بثلاث مراحل يرقية Larval ومرحلة للخادرة Pupal ، وتستغرق هذه العملية حوالي ٣ – ٦ أسابيع تبعاً للظروف المناخية المحلية . يُعرف عن برغوث الإنسان قدرته على العيش في مخبئه لفترة تقدر بحوالي سنة ونصف تقريباً ، وتصل هذه الفترة إلى خمس سنوات ونصف عند أنواع أخرى من البراغيث . هذا ويمكن للبرغوث أن يعض ليمتص الدم عدة مرات في اليوم ، ولكنه يستطيع أن يعيش دون غذاء عدة أشهر . تفرز الأجزاء الفموية للبرغوث بعد ثقبها للجلد سائلاً يحتوي على مواد مضادة للتخثر تساعده على ابتلاع الدم ( راجع الشكلين ٨ – ٩ و٨ – ١٠ ) .

**الموجودات السريرية** : تكون عضات البرغوث متعددة عادة ، وتتوزع بشكل غير متناظر على الأماكن المستورة بالثياب ، وتسبب انتبارات ذات نقاط نزفية مركزية . تدل النقطة النزفية على مكان العضة ، وتُشاهد خاصة باستخدام المِلوَق Spatula . ونادراً ما تظهر الآفات الفرفرية ( **الفرفرية البرغوثية Purpura pulicosa** ) والفقاعات الكبيرة الحجم ، وكثيراً ما تشاهد هذه الأخيرة على الساقين خاصة . قد يصاب الأطفال بهذه الآفة إصابة شديدة ، فتبدو عندهم طفوح شبيهة **بالشرى الحطاطي الطفلي Strophulus infantum** ؛ ولكن ما يميز الطفح البرغوثي عن غيره من أنواع الطفوح المشابهة هو وجود النقطة النزفية المركزية في كل آفة تقريباً .

**التشخيص التفريقي** : الشرى الحاد ، والشرى الحطاطي الطفلي ، والشرى الحطاطي الحاد ، والحُماق ، وعضات الحشرات الأخرى ولسعاتها .

**نقل الأمراض** :قد ينتقل الطاعون Plague من القوارض إلى الإنسان عن طريق برغوث الجرذ المداري Tropical rat flea ، ونادراً ما ينتقل عن طريق برغوث الإنسان . كما ينقل

برغوث الجرذ المداري في المناطق تحت المدارية **ريكتسية موزيري Rickettsia mooseri** المُسببة للحمى المبقعة الفأرية Murine spotted fever . هذا ويمكن لبرغوث الجرذ الشمالي Northern rat flea أن ينقل شريطية الجرذ Rat tapeworm والشريطية القزمة Dwarf tapeworm .

**المعالجة** : تشمل المعالجة الموضعية : دهون الزنك ، والهلامات المضادة للهستامين ، والصبغات القطرانية المشاركة للستيرويدات . كما يمكن إعطاء مضادات الهستامين جهازياً . ويستحسن كذلك تطبيق منفرات الحشرات على الجلد كإجراء وقائي . كما تستعمل المبيدات الحشرية للقضاء على البراغيث . هذا ويُنصح أيضاً بعلاج الكلاب والقطط المُخالطة للمرضى .

## براغيث الرمل Sand Fleas :

**الطفيلي والموجودات السريرية** : يوجد برغوث الرمل ( **التونغا النافذ Tunga penetrans** في أمريكا المدارية ، وفي جزر الهند الغربية ، وفي أفريقيا . ويتراوح طوله ما بين ١ – ١,٥ ملم تقريباً . تحفر الأنثى المُلقحة أنفاقاً في جلد القدمين وبخاصة في النواحي الفوتية أو الأخمصين أو تحت أظافر الأباخس ، وكثيراً ما تصاب الناحية الشرجية التناسلية . يصل البرغوث إلى حجم حبة البازلاء بعد امتصاصه وجبة دموية كاملة ، وتسبب عضته حكة وألماً وأخماجاً ثانوية ، وقد تنشأ البثرات والخراجات الدملية الشكل والتقرحات مصحوبة بالتهاب في الأوعية اللمفية أو بالمُوات ، وفي هذه الحالة يجب استبعاد الكُزاز والمُوات الغازي .

**المعالجة** : يمكن إزالة براغيث الرمل باستخدام الإبر أو الملاقط الناعمة ، كما يمكن قتلها بتطبيق الضمادات المنقوعة بالأثير Ether أو بالتِربَنْتين Turpentine أو بالبرافين . ومع ذلك فقد نضطر إلى إجراء الشق الجراحي في بعض الحالات . تُعالج بعد ذلك الأخماج الثانوية في حال حدوثها ، كما يُنصح بتطبيق المبيدات الحشرية على الأحذية كإجراء وقائي .

## غشائيات الأجنحة Hymenoptera :

**الكائنات الحية** : تشمل غشائيات الأجنحة : النحل Bees ، والزنابير الصغيرة Wasps ، والزنابير الكبيرة Hornets ، والطنّانات Bumble bees . وقد تسبب هذه الحشرات بلسعها المؤلم للإنسان آفات جلدية وتأثيرات مجموعية .

**الموجودات السريرية** : تسبب اللسعة تورماً وذمياً ملحوظاً واحمراراً يختفي بعد عدة أيام ، ويمثل هذا التورم تفاعلاً سُمياً تجاه سم الحشرة venom المؤلف من عدة مكونات . وتُسبب اللسعة في الجوف الحجاجي وذمة في الأجفان ، كما تسبب اللسعة في الشفة تورماً يشبه فِطيسة ( أنف ) الخنزير ، وتكون اللسعة خطيرة داخل الجوف الفموي لأنها تسبب تورماً في اللسان ووذمة في المزمار وقد تؤدي إلى الاختناق أحياناً . قد يُبتلى الإنسان إذا ما لُسع لسعات كثيرة بطفح شروي معمم وتفاعلات سمية مجموعية بل وبقصور قلبي وعائي مميت .

وقد تحدث عند الأشخاص المتأهبين أرجية Allergy تجاه سم الحشرة ( تفاعل من النمط الأول ) إذا ما تكرر اللسع عندهم عدة مرات ؛ ويكفي أن يتعرض هؤلاء الأشخاص الأرجيين لكميات صغيرة جداً من السُمّ حتى تحدث عندهم تفاعلات سمية شديدة بعد فترة تتراوح بين ٥ – ٢٠ دقيقة ، منها الشّرى المعمم ، والوذمة الوعائية ، ووذمة المزمار ، والصدمة التأقية الجزئية أو الكاملة . وخلافاً لذلك ، فقد تحدث عند الإنسان مناعة تجاه سم الحشرة ، ويلاحظ ذلك عند مُربي النحل ، إذ لا تسبب اللسعات عندهم أية تفاعلات ملحوظة .

**المعالجة** : يُنصح بتطبيق المُنفّرات الحشرية كإجراء وقائي . كما يجب إزالة أية زُبانة Sting خُلّفت في مكان اللسع .

تتضمن **المعالجة الجهازية** إعطاء أملاح الكالسيوم ومضادات الهستامين عند الضرورة ، وإعطاء الستيروئيدات السكرية بالوريد في الحالات الخطيرة ، وإعطاء مضادات انخفاض ضغط الدم مع جرعات عالية من الستيروئيدات القشرية بالوريد عند حدوث التفاعلات المجموعية الشديدة أو المهددة للحياة . هذا ويجب على كل مريض أرجي تجاه سم النحلة أو الزنبور أن يحمل حقيبة إسعافية لزرق الإيبنفرين Epinephrine injection kit ( انظر أيضاً الفصل ١١ ) .

تتضمن **المعالجة الموضعية** : الرفادات المُبرِّدة ( باستعمال الماء أو الكحول ) ، ودهون الزنك ، والرهيمات الستيرويدية ، والهلامات المضادة للهستامين .

وعند الاشتباه بوجود الأرجية Allergy عند شخص ما ، يُنصح بمعايرة الغلوبلين المناعي IgE ، وإجراء اختبار الراست RAST ، واختبار الأرجية داخل الجلد(*) للتأكد من التشخيص ، مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة عند إجراء الاختبار الأخير ( استعمال محاليل ممددة جداً في الاختبار ، والبدء باختبار الوخز Prick test ) . هذا ويجب أن يكون المرضى على دراية تامة بقصة تحسسهم لأنه يتعين عليهم حمل الأدوية اللازمة كلما كانوا في ظرف يعرضهم لخطر اللسع ( كما هي الحال في فصل الصيف أو في أيام العطل ) . وقد أدت برامج إنقاص التحسيس Hyposensitization programs التي تجرى في المستشفيات إلى نتائج جيدة في حالات الأرجية تجاه سم النحلة أو الزنبور ( انظر أيضاً الفصل ١١ ) .

(*) Intracutaneous allergy test .

## ذوات الجناحين Diptera :

**الكائنات الحية** : تشمل ذوات الجناحين : البعوض Gnats ، والناموس Mosquitoes ، والذباب الماص للدم Blood – sucking flies ، والذباب المنزلي House flies ، وذباب الإسطبل Stable flies . وتوجد **البعوضة المنزلية الشائعة Culex pipiens** في أوروبا والأمريكيتين بشكل شائع على ضفاف الأنهار وفي المياه الراكدة .

**الموجودات السريرية** : تسبب اللسعة انتباراً ذا ثقب مركزي ، لا يلبث أن يتحول إلى حطاطة حاكة بشدة ، وقد تختلط الآفة بالتقوبؤ بسبب الحك والخدش . قد تنشأ في بعض الأحيان فقاعات متوترة ، يبلغ قطرها عدة سنتيمترات ، تتوزع بشكل خاص على أسفل الساقين مكان الركود الوعائي Stasis ، وتُدعى هذه الحالة **بداء البعوض الفقاعي Culicosis bullosa** وقد وُصِفت في وقت من الأوقات باسم **الفقاع الهُرَاعي ( الهستيري ) Pemphigus hystericus** لعدم معرفة السبب . وتحدث التفاعلات الأرجية بصورة نادرة ، وهذه إما أن تكون موضعة ، لكنها تتجاوز حدود الآفة الأصلية ، أو مجموعية ( راجع الشكلين ٨ – ١١ و٨ – ١٢ ) .

**المعالجة** :

*موضعياً* : دهون الزنك ، أو الرهيمات الستيرويدية ، أو الغلامات المضادة للهستامين .

*وقائياً* : المُنَفِّرات repellents .

### ذباب المنزل House flies :

نادراً ما تُهاجم **ذبابة المنزل Musca domestica** الإنسان . وإذا حدث ذلك فإنها تسبب تفاعلات جلدية طفيفة .

### ذباب الإسطبل Stable flies :

تعيش ذبابة الإسطبل الشائعة ، القمعة المُرَكِّضة **Stomoxys calcitrans** في الأرياف خاصة ، وتسبب في أواخر الصيف لسعات مؤلمة ، وتفاعلات شروية في الربلتين Calves .

### النُّعَر ( النُّعَرَة ) Gadflies (Tabanus) :

توجد النُّعَرَة بشكل شائع في فصل الصيف بالقرب من المياه ، وتسبب لسعاتها آفات جلدية شروية حاكة ومؤلمة .

### جُلاد النَّغَف Myiasis Dermatosis :

*المرادف* : النَّغَف الخارجي Myiasis externa .

قد تُخمج الجروح المفتوحة النازة ، أو التقرحات ، أو الأورام الخاضعة للتنكس النخري Necrotic degeneration باليرقات ( Magots ) الناتجة عن بيوض أنواع مختلفة من الذباب بما فيها **ذبابة المنزل الشائعة Musca domestica** ، وتختفي هذه اليرقات بعد تنظيف وتطهير الآفات .

### داء هجرة اليرقات Larva Migrans :

*المرادفات* : الطفح الزاحف Creeping eruption ، داء هجرة النَّغَف الخطية ( راجع الشكل ٨ – ١٣ ) .

قد تخترق يرقات معينة ، كتلك التابعة للنَّبر botfly ( Gasterophilus intestinalis ) ، جلد الإنسان أحياناً ، فتحفر تحته أنفاقاً مشكلة خطوطاً حمراء اللون ، مثلمة أو ملتفة ، حاكة بشدة ، تمتد بمعدل ١ – ٢ سم يومياً ، وقد تختلط بالتقوبؤ أحياناً . ( راجع الفصل التاسع من أجل التفاصيل ) .

**المعالجة** : تكون باستئصال أو تجميد اليرقة المتوضعة في نهاية النفق ، ومع ذلك فإن هذه المعالجة غير ناجعة في كثير من الأحيان . ولقد وُجد أن لعقار التيابندازول Thiabendazole فعالية كبيرة إذا ما أُعطي بجرعة ٥٠ ملغ لكل كغ من وزن الجسم يومياً لمدة ٢ – ٣ أيام ، مع الانتباه إلى تأثيراته الجانبية . كما يمكن استعمال التيابندازول موضعياً في سواغ من مرهم اللانولين وبتركيز يتراوح بين ٥٪ و ١٠٪ ، ويُفضل تطبيقه تحت ضماد كتيم .

### نقل الأمراض Transmission of Diseases :

يعد الكثير من الناموس Mosquitoes الموجود في المنطقة الاستوائية ناقلاً هاماً لأمراض خطيرة ، فتنقل بعض أنواع جنس **الإنفيل Anopheles** على سبيل المثال البُرَدَاء Malaria ، وداء الخيطيات ( داء الفيلاريا ) Filariasis . كما تنقل أجناس أخرى من الناموس الحمى الصفراء ، وحمى الضنك Dengue fever ، وحمى الفاصدة Phlebotomus fever ، ومرض النوم ، وأمراضاً حيوانية ذات أهمية اقتصادية ، وغيرها . أما ذباب الرمل فينقل داء الليشمانيات .

## الأساريع Caterpillars(*) :

تُستر الأساريع التابعة لأنواع معينة من الفراشات أو العُث Moths بأشعار ناعمة تحتوي على مواد سامة للجلد كما هي الحال في أُسْرُوع العُث الموكبي Processionary moths ، وأسروع العث النِّمِري الذي يدعى أيضاً أسروع الدب الصوفي Woolly bear . تسقط الأساريع من الأشجار وتخترق أشعارها جلد الإنسان كالإبر الناعمة فيؤدي ذلك لحدوث تأثيرات سمية تتجلى بالمظاهر التالية : حطاطات شروية أو حُماميات Erythemas حمراء زاهية حاكة بشدة ، وحويصلات تحتوي على الأشعار النافذة ، **وشرى التماس Contact urticaria** . هذا وتأخذ الآفات شكل الشريط غالباً بسبب انتقال الأسروع من مكان لآخر . كما يحدث التهاب

(*) مفردها أُسْرُوع أو يُسروع ، كما يطلق عليها أحياناً اسم السُّرْفَة ( المترجم ) .

جلدي بسبب الحك والخدش يدعى **بالتهاب الجلد الأسروعي Caterpillar dermatitis** . يُبْنَى تشخيص هذه الحالة على القصة السريرية المأخوذة من المريض ، وعلى نمط توزع الآفات ، وعلى ظهور الآفات في مناطق غير مستورة بالثياب .

### العناكب ( Spiders ( Arachnida :

يمكن لعضات أنواع محددة من العناكب اللا أوروبية أن تسبب تورمات وذمية ملتهبة ، ونخوراً ، والتهابات في الأوعية والعقد اللمفية ، وقد تسبب تفاعلات مجموعية خطيرة . أما الرُتَيْلَات Tarantulas(*) والعناكب الذئبية فهي ليست خطيرة بشكل عام . قد تسبب العناكب الأوروبية حكة وتفاعلات حمامية وشروية .

### عنكبوت الأرملة السوداء Black Widow Spider :

**لعنكبوت الأرملة السوداء Latrodectus mactans** بطن بصلي منتفخ يأخذ اللون الأسود أو الرمادي أو البني ، كما يتميز بعلامة بطنية واسمة بشكل الساعة الرملية تأخذ اللون الأصفر أو البرتقالي أو الأحمر . هذا ويبلغ طول الأنثى حوالي ١ سم ، وهي أكبر حجماً من الذكر . تقتل الإناث الذكور بعد الجماع مباشرة ، ومن هنا أتت تسمية هذا العنكبوت بالأرملة السوداء Black widow . يوجد هذا النوع من العنكبوت في مراحيض الهواء الطلق ، وفي مخازن الماشية أو الحبوب ، وفي أماكن تراكم النفايات في العراء ، وهو ينتشر في كافة أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية .

**الموجودات السريرية** : قد لا يلاحظ الإنسان مكان العضة ، غير أنه يشعر بألم موضعي متوسط الشدة يزول عفوياً . ثم لا تلبث أن تظهر العلامات السمية بعد خمس عشرة دقيقة من العضة ، وتتضمن : التشنجات العضلية في عضلات البطن والصدر والساقين والظهر ، والمعص البطني Cramp الذي يحاكي الحالات البطنية الجراحية الطارئة إلى حد كبير ، والصداع ، والتعرق ، والغثيان ، وفرط نشاط المنعكسات العميقة . وقد تستمر هذه العارضة Episode يوماً إلى يومين ، وقد يموت بنتيجتها صغار السن وكباره .

**المعالجة** : تُعطى مضادات السمم النوعية من أجل تخفيف الأعراض وإنقاص أمد التفاعل السمي ، ويمكن الحصول على هذه المضادات من مراكز مكافحة السموم أو من مراكز الصحة العامة . يؤدي إعطاء غلوكونات الكالسيوم Calcium gluconate بالوريد ( ١٠ مل من محلول ١٠٪ ) إلى تلطيف الأعراض بشكل مؤقت . ويمكن إعطاء الأدوية المُرخية للعضلات أيضاً .

(*) مُفردها رُتيلاء . نسبة إلى مدينة Taranto في جنوب إيطاليا ( المترجم ) .

### العنكبوت البني المنعزل Brown Recluse Spider :

**الطفيليات** : ومنها النوع المعروف في أمريكا الجنوبية باسم Loxosceles laeta . ومنها النوع المعروف في أمريكا الشمالية باسم Loxosceles reclusa . ولهذا العنكبوت أشكال أخرى مثل Loxosceles arizonica و Loxosceles unicolor . يتراوح طول العنكبوت ما بين ١ ــ ١,٥ سم ، وهو ذو لون بني ضارب إلى الصفرة ، وتميزه علامة بنية داكنة على الصَدْرَاس Cephalothorax بشكل الكمان . يوجد هذا العنكبوت في المراحيض ، وستائر الجدران ، والثياب ، وصناديق خزن البضائع أو الثياب ، ويحتوي سَمّه على عوامل ناخرة للجلد ، وعوامل حالة للدم ، إضافة للهيالرونيداز Hyaluronidase .

**الموجودات السريرية** : تتفاوت شدة الاستجابة السريرية الناجمة عن عضة هذا العنكبوت بين مريض وآخر ، ويتوقف ذلك على جرعة السَمَم الفعلية ، وعمر المريض ، وحالته المناعية . تتضمن التفاعلات المجموعية الغثيان ، والقُياء ، والحمى ، والدعث ، والفتور ، كما قد تحدث مظاهر خفيفة من انحلال الدم المترقي داخل الأوعية ، قد يؤدي هذا لحدوث بيلة هيموغلوبينية وقصور كلوي وفقر دم كما قد يؤدي إلى الموت خلال اليومين أو الثلاثة الأولى من التفاعل . وغالباً ما يقتصر حدوث هذه التفاعلات المميتة على الأطفال ؛ علماً بأن أغلب عضات العنكبوت البني المنعزل غير مؤذية .

قد يقتصر التفاعل الجلدي على حدوث الحكة أو الشرى فقط ، وقد يقتصر على تشكل منطقة نخرية صغيرة سريعة الزوال . ويتجلى التفاعل الجلدي الشديد بظهور منطقة رمادية مزرقة بسبب انحلال الدم وتضيق الأوعية . ثم تظهر على هذه المنطقة فقاعة وحمامى بعد ١٢ ــ ٢٤ ساعة ، وبعد ذلك تتعرض الآفة لنخر بنفسجي اللون يليه بعد ٥ ــ ١٠ أيام تشكل خُشارة سوداء غير منتظمة Sphacelus فوق منطقة النخر الوعائي ، تسقط بعد عدة أسابيع لتلتئم الآفة بالمقصد الثاني ، ونادراً ما يحتاج الأمر إلى إجراء التطعيم الجلدي .

**التشخيص** : يتم برؤية العنكبوت ، أو بالتعرف على الآفة الجلدية النخرية الوحيدة ، كما يمكن اللجوء إلى اختبار مصلي لتشخيص الحالة باكراً .

**المعالجة** : لا تتطلب العضات الصغيرة سوى معالجة عرضية . و لم تقدم الستيرويدات القشرية الجهازية أو الموضعية فائدة واضحة في الآفات النخرية الكبيرة . تُعطى الصادات لمنع حدوث الأخماج الثانوية . وقد ذُكر أن إعطاء السلفوناميدات Sulfonamides ، والسلفونات Sulfones كالدابسون Dapsone يؤدي إلى تخفيف الأعراض والعلامات . ولقد أُعطي الهيبارين لعلاج التخثر المنتثر داخل الأوعية ، واقترح

استئصال الآفة النخرية في وقت مبكر كأحد التدابير العلاجية الفعّالة .

## السُوْس Mites :

**الجرب Scabies** [ أرسطو Aristotle ، أبُقْراط Hippocrates ] :

**الطفيلي** : لسوسة الجرب أو **القارمة الجربية Sarcoptes Scabiei** ( وقد دُعيت سابقاً **بحَلَم الجرب Acarus scapiei** ) شكل نصف كروي ، وأربعة أزواج من الأرجل ، وتنفس رغامي . ويبلغ طول الأنثى ٠,٣ – ٠,٤ ملم ، وأما الذكر فيبلغ نصف هذا الحجم تقريباً . ( راجع الشكل ٨ – ١٤ ) تستخدم الأنثى الملقحة فكيها القويين لتحفر أنفاقاً ناعمة في الطبقة المتقرنة لجلد الإنسان ، وتبقى الأنثى دائماً في نهاية النفق الذي يصبح مسكناً لها ( تلة « بيت » السوسة Mite Hill ) ، وتضع هناك من : ٢ – ٣ بيضات يومياً لفترة تقدر ببضعة أسابيع ، ثم تموت بعد ذلك . تفقس البيوض عن يرقات سداسية الأرجل ولا تلبث أن تتحول إلى حوراوات Nymphs ثمانية الأرجل ، وهذه تتحول بدورها إلى سوس ناضج جنسياً ، وتستغرق هذه العملية بكاملها حوالي ثلاثة أسابيع . هذا وتعيش اليرقات والحوراوات والذكور على سطح الجلد في فراغات تحت وسوف الطبقة المتقرنة ، ويموت الذكور بعد الجماع . ( راجع الشكل ٨ – ١٥ ) .

**الانتقال** : ينتقل الجرب بانتقال الإناث الملقحات أثناء التماس الجسدي الحميم خاصة في الفراش الدافىء ( أثناء الجماع مثلاً ) ، وكثيراً ما ينتقل في المعسكرات وبين الأطفال الذين يعيشون في ظروف صحية سيئة . ونادراً ما ينتقل الجرب عن طريق شراشف الأسرّة أو الثياب الداخلية ، وهذه إن لم تستخدم وعُرضت لتهوية تامة خلال أربعة أيام انعدمت قدرتها على نقل الخمج ، لأن السوس لا يستطيع أن يبقى على قيد الحياة أكثر من يومين أو ثلاثة بعيداً عن سطح الجلد . هذا وتُلاحظ الإصابة بعد ( ٣ – ٦ ) أسابيع من حدوث الخمج الأولي ، وفي حال عودة الخمج Reinfection تُلاحظ الإصابة بعد ٢٤ ساعة فقط ( الأرجية Allergy ) .

**الموجودات السريرية** : العرض الوصفي لها هو الحكة الشديدة ، التي تصبح أكثر سوءاً في الفراش الدافىء ، أي أثناء الليل . **والمناطق الانتقائية للإصابة** عادة هي : الثنيات الفوتية لليدين أو القدمين ، والمرفقان ، والثنيات الإبطية الأمامية ، ولعوات الأثداء ، والسرة ، والخصر ، والقضيب ، والحواف الداخلية للقدمين ، والكاحلان ، والمناطق المتلامسة من الأليتين ، ونادراً ما يُصاب الظهر . هذا وتعف الإصابة دائماً عن الرأس والعنق ، غير أنه يمكن أن يصاب الرأس والوجه عند الرضع ، كما تصاب عندهم الراحتان والأخمصان لرقة طبقاتها المتقرنة .

*العلامات التشخيصية* للجرب هي الأتلام Burrows ، وهذه قد تأخذ شكل الفاصلة أو شكلاً مُلتفاً غير منتظم ، ويبلغ طول كل منها حوالي عدة ميليمترات ، ونادراً ما يصل إلى عدة سنتيمترات ، وتبدو السوسة في نهاية كل تلم كنقطة داكنة لا تكاد ترى بالعين المجردة . ( راجع الشكل ٨ – ١٦ ) .

يمكن أن نشاهد عند مرضى الجرب طيفاً واسعاً من الآفات الثانوية التي تنجم عن **تأكزم الجرب أو تقوبثه** ، مثل : الحطاطات الحويصلية Papulovesicles ، والبثرات والجلبات القيحية الكثيفة ، والتهاب الجريبات .

وتتوقف الصورة السريرية على الحالة المناعية للمريض . فإذا ما خُمِج الإنسان السوي مناعياً للمرة الأولى ، فإنه تظهر عنده في البداية آفات جلدية قليلة وأعراض خفيفة ، على الرغم من أنه يملك القابلية لنقل الخمج . وبتطور الأرجية **Allergy** عنده تزداد **الحكة** وتظهر الحطاطات الملتهبة على الأتلام ، وقد يحدث عنده طفح إكزيمي حطاطي حويصلي حُكاكي ؛ وكثيراً ما يحدث **التقوبؤ** في هذه المرحلة بسبب الحك والخدش الشديدين . ومن الاختلاطات الشائعة للجرب ، **تأكزمه** أحياناً بسبب استعمال ذرورات أو مراهم مضادة للحكة أو محتوية على الصادات ، إذ تسبب هذه الأدوية أو تُثير أرجيات بالتماس Contact Allergies ، كالأرجية تجاه البنزوكائين Benzocaine والأرجية تجاه النيوميسين Neomycin . ويمكن أن تتطور **المناعة Immunity** عند المرضى الذين يعيشون في مناطق يستوطن فيها الداء ، أو عند الذين أصيبوا سابقاً بالجرب ، فيؤدي ذلك إلى تناقص عدد الحشرات وحدوث الشفاء العفوي في بعض الحالات . هذا وكثيراً ما تظهر عند المرضى الذين يعيشون في ظروف صحية جيدة ويعتنون بنظافة جُلودهم أعراض شخصانية شديدة على الرغم من وجود آفات قليلة فقط ، وهذا قد يسبب مشكلة تشخيصية . لذلك يجب أن لا يغفل الطبيب عن مثل هذا النوع من الجرب الذي يُدعى « **بالجرب النظيف Clean Scabies** » ، بل عليه أن يبحث بدقة عن الأتلام الوصفية لتأكيد التشخيص .

**إظهار السُوس Demonstration of Mites** : تُفحص أولاً جميع المناطق الانتقائية للبحث عن الأتلام والسوس . فعند إيجاد أحد الأتلام تُؤخذ إبرة الزرق وتغرز في التلم بشكل يُوازي سطح الجلد تقريباً ، وتُدفع إلى مكان النقطة الصغيرة التي تأوي إليها سوسة الجرب ، ثم يُجرى شق صغير فوق هذه النقطة وتُفرك قاعدة النفق بالإبرة ، فيؤدي ذلك إلى التصاق السوسة الرطبة بالإبرة ككرة صغيرة لا تكاد تُرى بالعين المجردة . هذا ويمكن استخدام أدوات أخرى أيضاً كالمشارط الصغيرة ؛ كما

يمكن تطبيق شريط لاصق لعدة مرات متتالية فيؤدي ذلك إلى تعرية الجلد وفتح التلم . ويمكن تمييز السوسة تحت المجهر باستخدام التكبير الضعيف لأنها تمتاز خصوصاً بحركات أرجلها الحية ، وقد لا نرى في بعض الأحيان سوى البيوض النموذجية والكرات الغائطية ( البَعْر Scybala ) . هذا ويُؤكِّد التشخيص بشكل مطلق برؤية السوس ، ولكن يمكن إثبات التشخيص إلى حد كبير برؤية الأتلام النموذجية ، وبحدوث الحكة الليلية الشديدة في المناطق الانتقائية ، وبظهور الحكة عند الأشخاص المخالطين للمريض ( كوجود الحكة عند عدة أفراد في عائلة واحدة ) .

**التشخيص التفريقي** : يُفرق الجرب عن جميع الطفوح الحُكاكية ( الأكالية ) Pruriginous أو الطفوح من نمط الحُكاك Prurigo – type ، وعن الإكزيمة بالتماس ، والإكزيمة التأتبية ، والقوباء . كما يجب استقصاء كل إكزيمة تُصيب اللعوة Areola ، ليس فقط من أجل التأكد من داء باجت Paget's disease ، بل من أجل الجرب أيضاً .

**المعالجة** : العلاج المُنتخب عند البالغين هو غاما – بنزين هكساكلوريد Benzene (Lindane) Hexachloride – ٧ المتوفر تجارياً بشكلين : مُستحلب وهلامي . وهو مركب عديم اللون والرائحة ، يقتل السوس والحوراوات Nymphs ، ولكن لم يتم التأكد من مقدرته على قتل المُضَغ Embroys داخل البيوض . ولهذا السبب يُعاد تطبيق العلاج لثلاثة أيام متتالية . أما قواعد العلاج العامة فهي :

– تُبدل شراشف الأسرّة والبياضات والثياب الداخلية وتُغلى . ويجب عدم استخدام الثياب الخارجية لمدة أربعة أيام ، والأفضل تنظيفها على الناشف(*) .
– يستحم المريض مُستخدماً منظفاً لإزالة شحوم الجلد .
– يُدلك المستحلب على جميع نواحي الجسم من العنق حتى القدمين .
– يُغسل المُستحلب بعد ١٢ – ٢٤ ساعة ( حمام أو دُش ) .
– تُكرر جميع الخطوات السابقة ، بما فيها تبديل الشراشف والثياب الداخلية ، لمدة ثلاثة أيام متتالية .
– يجب فحص ومعالجة جميع الأشخاص الذين كانوا على تماس مع المريض .
– يُعالج بعد ذلك الجلد الملتهب أو الجاف بالرهيمات الملطفة ، أو بالحَمّامات الزيتية ، أو بالرهيمات المحتوية على الصادات ، أو بجرعات منخفضة من الستيرويدات ، وذلك حسب الصورة السريرية الموجودة ( التقوبؤ أو التأكزم ) .

(*) dry clean : تُنظف الملابس بمذيبات عضوية غير مائية مثل الغازولين ( البنزين ) ( المترجم ) .

هذا وقد يؤدي امتصاص كميات كبيرة من غاما – بنزين هكساكلوريد عن طريق الجلد إلى حدوث تأثيرات جانبية على الجملة العصبية المركزية . وبما أن الامتصاص يحدث أو يتعزز بوجود الشحميات Lipids والمذيبات Solvents ، فإنه يجب على المريض قبل البدء بالعلاج أن يأخذ حماماً مستخدماً مُنظفاً لإزالة شحوم الجلد الطبيعية وأية آثار للمراهم العلاجية .

يُدلك المستحضر بعد ذلك على كامل سطح الجسم عدا الرأس ، مع الاعتناء الخاص بأفوات الأصابع والآباخس . تُبدل شراشف الأسرّة والثياب يومياً خلال فترة العلاج ، كما يُنصح بغليها أو تنظيفها على الناشف للتخلص من الكائنات الحية المقيحة Pyogenic التابعة للأخماج الثانوية الموجودة عادة .

**معالجة الرضّع والحوامل** : يُستحسن معالجة الرضع بالمستحضرات الأقل سمية كبنزوات البنزيل Benzyl Benzoate ، أو البيرة ترين Pyrethrin ، أو الكروتاميتون Crotamiton ، كما يفضل تطبيق العلاج في المستشفى . هذا ويجب عدم إعطاء غاما – بنزين هكساكلوريد أثناء الحمل ( مضاد استطباب ) .

**فحص المخالطين** : يجب فحص جميع المخالطين لمرضى الجرب ، ومع ذلك فقد تحدث عدة إصابات ، سواء في العائلة أو المدرسة أو مركز الحضانة لا يمكن تشخيصها في البداية ، لأن للداء فترة كمون Latency Period طويلة قد تمتد عدة أسابيع . لذلك يُعطى العلاج لجميع الأشخاص المخالطين عند وجود أدنى شك بإصابتهم ( كعلاج جميع أشقاء المريض على سبيل المثال ) .

**الحطاطات المستديمة عقب الجرب Postscabietic Persistent Papules** ( راجع الشكل ٨ – ١٧ ) :

قد تظهر أحياناً ، وخصوصاً عند الأطفال الصغار ، حطاطات حمراء مسمرة تتوزع عادة على الجذع ، وذلك على الرغم من تطبيق علاج الجرب على النحو الصحيح وعدم وجود أية دلائل على عودة الخمج Reinfection . قد يُبدي الفحص النسجي لهذه الحطاطات ارتشاحات بالحمضات والمنسجات بشكل يشبه اللمفوم الكاذب Pseudo lymphoma ، وربما تمثل هذه الحالة تفاعلاً مُفرط الأرجية Hyperergic Reaction تجاه طفيليات الجرب . هذا وقد نشاهد في بعض الأحيان أجزاء من طفيليات الجرب داخل هذه الآفات . يمكن معالجة هذه الحالة بالرهيمات الستيرويدية أو بزرق المعلقات البلورية الممددة من الستيروئيدات القشرية داخل الآفات .

**الحكة عقب الجرب ورُهاب الجرب Postscabietic Pruritus and Scabophobia :**

*المرادف : رُهَاب الحَلَم* Acarophobia .

تسبب معالجة الجرب في الغالب تخريشاً جلدياً خفيفاً وحكة ، وهذا قد يُوحي لكثير من المرضى بفشل العلاج . أما إذا لم تختف الحكة ، على الرغم من المعالجة الصحيحة والفعّالة ، خلال ٢ ـ ٣ أسابيع ، عند ذلك يجب التفكير بإمكانية حدوث النكس أو عودة الخمج .

وقد يُبتلى بعض المرضى عند ذلك **برُهاب الجرب Scabophobia** ، فينغمسون في تطبيق سلسلة متتالية من العلاجات المختلفة المضادة للجرب ، التي تسبب بدورها تهيجاً وتخريشاً للجلد . هذا وتُساعد النصائح والإرشادات الواعية ، وكذلك المعالجة بالإيحاء أو المُرَكّنات الخفيفة على شفاء بعض هذه الحالات . قد تتطور هذه الحالة إلى **رُهاب** حقيقي **للطفيليات الجلدية Dermatozoophobia** ترافقه التوهمات الشديدة ، وقد يحدث عند بعض المرضى تسمم دوائي من المعالجات الذاتية غير المراقبة .

**الجرب النروجي Norwegian Scabies** [ Danielssen ، و Boeck ١٨٤٨ ] :

*المرادف : الجرب الجلبي .*

وهو شكل نادر من أشكال الجرب ، تكون فيه الآفات الجلدية غزيرة وواسعة الانتشار .

تتطور تقرانات رمادية وسخة وجُلْبات ثخينة بشكل منتشر ومتناظر ، خاصة على اليدين ، والمرفقين ، والركبتين ، والكاحلين . كما تمتد هذه الآفات إلى أماكن لا تُبتلى عادة بالجرب كالوجه ، والفروة ، وفراش الظفر . قد يصبح الجلد محمراً بكامله ومتوسفاً بشدة لدرجة إحداث احمرار الجلد ( الأحمرية ) Erythroderma . هذا وتحدث الحالة بشكل رئيسي عند المرضى الذين يعانون من تأذٍ شديد في **الدفاع المناعي Immune Defense** كما في الإيدز AIDS ، وابيضاض الدم ، ومتلازمة بلوم Bloom ، والدنف السرطاني ، وبعد المعالجة الجهازية الطويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية أو العوامل السامة للخلايا . كما قد يحدث الجرب الجلبي عند المرضى المضعفين أو عند ذوي العاهات والمعوزين الذين ترعاهم المنظمات والجمعيات . تحتوي الجُلْبات على أعداد كبيرة من طفيليات الجرب ، لذلك يعد الجرب النروجي من الأدواء الخامجة بشدة .

**المعالجة** : هي نفسها المستعملة في الجرب العادي ، مع إضافة المراهم الحالة للطبقة القرنية . هذا وتوجد صعوبة كبيرة في معالجة الجرب المتوضع تحت الظفر .

**الجرب الحيواني عند الإنسان Animal Scabies in Man** :

ينتشر الجرب بشكل واسع بين الحيوانات الأليفة والحيوانات البرية ، ويتخصص كل نوع من أنواع سُوس الجرب الحيواني بثوي معين . يسبب جرب الحيوانات Mange فقدان الأشعار ، والحكة ، والإكزيمة ، وتشكل الجُلْبات والوسوف ، وحدوث الهزال المترقي والموت في بعض الأحيان . قد يُخمج الإنسان أحياناً بسوس الجرب الحيواني ، فيسبب له حكة شديدة وآفات جلدية إكزيمية متنوعة منها : الشرى والحويصلات والتآكلات والجُلْبات ، وليس من النادر حدوث التقوبُؤ . هذا ولا يستطيع سوس الجرب الحيواني أن يعيش على جلد الإنسان إلا لفترات محدودة فقط ، ولا يحفر فيه أنفاقاً .

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على وجود قصة تماس مع حيوان مصاب بالجرب . هذا وتوجد صعوبة كبيرة في إظهار ورؤية السوس .

**المعالجة** : يكفي بشكل عام الاستحمام وتبديل شراشف الأسرّة والثياب الداخلية والبياضات ولكن يجب علاج الآفات الجلدية موضعياً بمضادات الالتهاب ومضادات الحكة ، كدهون الزنك ، أو الرهيمات الستيرويدية الخفيفة التي تستعمل لفترات محدودة فقط . كما يمكن إضافة مضادات الجراثيم في حالات التقوبُؤ . هذا ويجب معالجة أي حيوان منزلي مصاب من قبل الطبيب البيطري .

**داء الشه له تيلا Cheyletiellosis** [ Lomholdt ١٩١٧ ] :

*المرادفات* : الخمج **بالشه له تيلا Cheyletiella** ، التهاب الجلد بالسوس .

**تعريف** : هو داء جلدي حاك بشدة ، تسببه سوسة يمكن أن تنتقل من الحيوانات إلى الإنسان .

**الطفيليات** : تعيش أنواع **الشه له تيلا** على فراء الحيوانات ، ويبلغ طولها حوالي ٠,٥ ملم ، ولا تحفر أنفاقاً في الجلد . توجد للشه له تيلا خمسة أنواع هي : **C. Parasitivorax** عند الأرانب ، و **C. Yasguri** عند الكلاب ، و **C. Blakei** عند القطط ، و **C. Furmani** عند الأرانب ، و **C. Strandtmanni** عند الأرانب البرية . وغالباً ما تظهر وسوف طحينية على فراء هذه الحيوانات المصابة . هذا وتنتشر الشه له تيلا في جميع أنحاء العالم .

**الإمراض** : يحدث بالانتقال المباشر لسوسة الشه له تيلا من الحيوانات الأليفة ( كالكلب ، أو القطة ، أو الأرنب ) إلى الإنسان ( غالباً من أصحاب الحيوانات ) . وربما كان للتفاعلات المناعية دور هام في تطور ونشوء الآفات الجلدية عند

الإنســان ( التفاعل من النمط الأول و/أو التفاعل من النمط الرابع ) .

**الموجودات السريرية** : المناطق الانتقائية للإصابة عند الإنسان هي الذراعان والجذع ، وهي غالباً أماكن التماس مع الحيوان المحموج . تكون الآفات الجلدية متعددة الأشكال ؛ فنجد البقع الحمـامية ، والحطاطات ، والحويصلات ، والحطاطات المتآكلة . تتفاوت الحكة في شدتها ، وربما يتوقف ذلك على درجة التحسيس **Sensitization** .

**السير** : تخمد الآفات الجلدية الحاكة عفوياً في غضون أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ، وقد يحدث فرط تصبغ تالٍ للالتهاب .

**المعالجة** : تكون بمعالجة الحيوانات ، والأفضل إخراجها من المنزل بشكل مؤقت ، لأنه لا يمكن لسوسة الشه له تبيلا أن تعيش خارج ثويها الطبيعي أكثر من أيام قليلة ( قد تعيش الإناث حتى عشرة أيام ) . هذا ويمكن تلطيف الآفات الجلدية بالـرهيات الستـيرويدية ، أو دهون الزنك ، أو دهون الكروتاميتون **Crotamiton** .

### سوس الدجاج أو الطيور Fowl or Bird Mites :

لا تحتشر سوسة الدجاج أو الطيور **Dermanyssus Gallinae** الواسعة الانتشار في الطيور فقط ، بل تحتشر أيضاً أعشاشها ومساكنها ، كأبراج الحمام ، والخِمَّة ( بيوت الدجاج ) ، وأقفاص الطيور ، وتأوي هذه السوسة إلى الطير ليلاً لتتغذى عليه . قد ينتقل السوس إلى الإنسان أثناء عملية تنظيف أقفاص الطيور أو غيرها ، فيسبب له ذلك طفوحاً بقعية صغيرة ، أو حمامية ، أو شروية ، أو حتى حطاطية حويصلية ، تترافق بحكة شديدة ، وقد تحدث مثل هذه الآفات في سياق التفاعلات الأرجية الناجمة عن التماس المديد أو المتكرر لجلد الإنسان مع هذه السوسة ، وقد يؤدي ذلك إلى تحريض الربو أيضاً . هذا وتساعد القصة السريرية بما تضم من معلومات عن بيئة المريض ونشاطاته في تشخيص هذه الحالة . كما يمكن إثبات الأرجية **Allergy** بالاختبار داخل الجلد ، واختبار الرست **RAST** ، ومعايرة الغلوبلين المناعي **IgE** إذا أمكن ذلك .

*سوس الجبن Tyroglyphus* : ( يُدعى أيضاً **الحفّار Tyrophagus** ) : وهو جنس من السوس له صلة بسوس جرب الحيوانات ، ويحتشر في بعض المنتجات الغذائية كدقيق الذرة أو القمح ، والحبوب ، والجبن ، وأوراق التبغ ، والفواكه المجففة ، وينتقل إلى جلد الإنسان أثناء تصنيف هذه المواد الغذائية أو أثناء تحميلها وشحنها ، فيسبب طفوحاً حطاطية أو حطاطية حويصلية حاكة بشدة ، تظهر على الأماكن المكشوفة من الجلد .

***Pediculloides*** *القمـلانية البطنية ( سوسة القش )* ***(Pyemotes) ventricosus*** : سوسة لا تكاد تُرى بالعين المجردة ، ويمكن أن تحتشر الحبوب ، والفول ، والفاصولياء ، واللوبياء ، والقش بأعداد كبيرة ، وتتغذى على حشرات الحبوب الضـارة الأخرى ( كاليرقات ، أو الخوادر ، أو الأساريع ) ، وتصيب بشكل خاص الذين ينامون فوق القش ، أو الذين يديرون ماكينات درس الحبوب ، أو الذين يعملون في صوامع الغلال Silos ، فتنتقل إلى جلودهم بأعداد كبيرة ، وتسبب لهم حكة شديدة في غضون عدة ساعات ، وطفحاً جلدياً يتألف من حطاطات حمراء زاهية ، لا يتجاوز قطرها ٥ ملم ، تُبدي في بعض الأحيان حويصلات مركزية أو بثرات صغيرة . وقد تحدث أيضاً آفات شروية أو آفات ذات مراكز نزفية . هذا وتنتشر الآفات الجلدية في الحالات الخطيرة بشكل كثيف على كامل سطح الجسم ، وقد يترافق ذلك بالحمى والبيلة البروتينية . كما تنشأ عند الذين يحملون أكياس الحبوب حالة تدعى **بحكة الحبوب Grain Itch** أو **حكة الشعير Barley Itch** ، وتظهر خصوصاً على العنق والذراعين والظهر .

**المعالجة** : تُستعمل مضادات الحكة وبعض العلاجات الموضعية الخفيفة ، وتستعمل المبيدات الحشرية كإجراء وقائي .

### سوسة غبار المنزل House Dust Mite :

تتوالد السوسة **Dermatophagoides Pteronyssimus** في غبار المنزل ، خاصة بوجود الرطوبة العالية ، ولا تسبب آفات جلدية مباشرة ، بل تعمل كمستضد فتعبب تفاعلات أرجية من النمط العاجل ( تفاعل من النمط الأول ) مثل : الربو ، والتهاب الأنف الأرجي ، والتهاب الملتحمة الأرجي ( الرمد الأرجي ) ، بالإضافة إلى الإكزيمة التأتبية . ولمعرفة ما إذا كانت الحالة المرضية تُعزى إلى سوس غبار المنزل فإنه لا بد من إجراء الاختبارات داخل الجلد أو اختبار الراست **RAST** .

### سوسة الجريب Follicle Mite :

تعيش سوسة الجريب **الدويدية الجريبية Demodex Folliculorum** ) ، التي يبلغ طولها حوالي ٠,٣ ملم ، ككائن رمّام **Saprophyte** في الجريبات الزهمية ، خاصة على وجوه الأشخاص الذين لهم جلد من النمط المثي . كما توجد في الجريبات الزهمية للصماخ السمعي الظاهر ، وفي الحلمات ، وفي غدد ميبوميان **Meibomian** . هذا ولا توجد علاقات إمراضية قَطعية بين هذه السوسة وأدواء جلدية إنسانية . يعتقد بعض المؤلفين أن **التهاب الجريبات بالدويدية Demodex Folliculitis** يُحدث آفات تشبه العد الوردي . أما دور هذه الدويدية في إحداث الأشكال الحطاطية البثرية من العد الوردي فما زال تخمينياً . وخلافاً لما تسببه عند الإنسان فإن هذه

المدوية تسبب عند الحيوانات آفات جلدية خطيرة تؤدي إلى حدوث الدَنَف . وقد زعم بعضهم أنه يمكن قتل سوسة الجريب بواسطة الكبريت ( معجونة الزنك المُكَبرتة Sulfurated Zinc Paste بتركيز ٥٪ ) ، أو دهون غاما – بنزين هكساكلوريد ، أو رهيم الكروتاميتون . كما يُنصح باستعمال هذه العلاجات في الأشكال العصية من العد الوردي الحطاطي البثري أو الخامىء .

**داء الحطماوات Trombiculiasis :**

*المرادفات :* Trombidiosis ، حكة الحصاد .

**الطفيليات** : تعيش عدة أنواع من سوسة الحصاد ( **الحطماء Trombicula** ) على الأعشاب ، والأزهار ، والشجيرات ، والكروم . ويرقاتها ( القِدَّان Chiggers(*) ) هي وحدها التي تسبب الآفات الجلدية عند الإنسان ، كتلك التابعة **للحطماء الخريفية Trombicula (Leptus) Autumnalis** .

تهاجم اليرقات جلد الإنسان أثناء التنزه أو السير في الأرياف ، أو أثناء العمل في الأحراج والحصاد ، فتمتص الدم ثم تسقط بعد ذلك عفوياً . ومن هنا تندر رؤية هذه اليرقات على الجلد بعد امتصاصها للدم إلا في حالات استثنائية ، وإن حدث ذلك فهي تبدو كنقاط حمراء لا تكاد ترى بالعين المجردة . ( راجع الشكل ٨ – ١٨ ) .

سوس الحصاد شائع خاصة في أماكن معينة وسط أوروبا ، وذلك في الفترات الرطبة من أواخر الصيف .

**الموجودات السريرية** : المناطق الانتقائية للإصابة هي النواحي الجلدية الأشد انضغاطاً بالثياب كمنطقة الحزام ، والمنطقة تحت حمالات السروال ، والمنطقة تحت صدرية الثديين . تظهر الآفات الجلدية الأولية بعد فترة كمون تقدر ببضع ساعات ، وهي عبارة عن بقع حمراء أو انتبارات ، ثم تظهر حطاطات صغيرة أو حطاطات مصلية Seropapules بعد ٢٤ – ٤٨ ساعة من ظهور الآفات الأولية ، وهذه قد تكون نزفية قليلاً في بعض الأحيان . هذا وتحدث حكة شديدة جداً مع ظهور الآفات الجلدية تستمر أسبوعاً واحداً عادة ، بينما تستمر الآفات الجلدية أسبوعين تقريباً .

**التشخيص** : يُبنى التشخيص على : القصة السريرية ، والبداية المباغتة ، وحدوث الحالة في الفصل النموذجي ، وطبيعة الآفات الجلدية التي تكون من نمط الشرى الحطاطي ، وتوزع الآفات في مناطق انتقائية مستورة بالثياب .

**التشخيص التفريقي** : الحُكاك البسيط الحاد ، والشرى الحطاطي ، والشرى .

(*) مفردها قُدّ chigger .

**المعالجة** : تُعالج هذه الآفات موضعياً بدهون الزنك أو بأحد مستحضرات الستيروئيدات القشرية .

## القُراد Ticks :

**الطفيلي** : يعيش قُراد بذور الخروع Castor Bean Tick ، **لبود الخروع Ixodes Ricinus** ، على الأشجار والشجيرات في المناطق الحِرَاجية ( راجع الشكل ٨ – ١٩ ) . تتطور البيوض إلى إناث بالغة بطول ٣ – ٤ ملم ، أو إلى ذكور أكبر قليلاً ، بعد المرور بعدة مراحل يرقية أو حوراوية ، وقد تستغرق هذه العملية حوالي سنتين . يسقط القُراد من الأغصان على الثديات البرية الصغيرة ، أو الحيوانات الداجنة ، أو الإنسان . لا يشعر الإنسان بعضة القُراد في بادىء الأمر ، إذ تُفرز الأجزاء الفموية للقرادة ( الفُقيم **Hypostoma** ) مادة مبنجة وأخرى مضادة للتخثر . كما تملك الأجزاء الفموية شُصوصاً ( كلّابات ) تستخدمها القرادة للتعلق بالجلد . هذا وتستغرق عملية امتصاص الدم حوالي ( ٢ – ١٢ يوماً ) . وقد يحدث أثناءها تبادل الجراثيم والحمات بين القرادة والثوي . تسحب القرادة أجزاءها الفموية من الجلد وتسقط عن الثوي بعد أن تُتخم وتمتلىء بالدم .

**التفاعلات الناجمة عن عضات القُراد** : تسبب عملية امتصاص الدم حكة موضعية خفيفة فقط ، ولكن إذا ما حاول الإنسان نزع القرادة الماصة بالقوة ( تكون القرادة دائرية الشكل وتأخذ اللون الأحمر المسمر أو الأسود المزرق ) ، فقد تبقى أجزاؤها الفموية في الجلد حيث تسبب تفاعلاً من نمط الجسم الأجنبي يُعرف باسم **حبيبوم القُراد Tick Granuloma** ، ويُعالج بالاستئصال الجراحي البسيط . قد تحدث تقيحات جلدية ودمامل وحمرة بسبب ولوج الجراثيم أثناء عملية امتصاص الدم ، ويتطلب ذلك العلاج المناسب .

**نزع القرادة الماصة للدم** : تُغطى كامل القرادة بالزيت ، أو الغليسيرين ، أو البرافين ، أو الوذلين **Petrolatum** ، مع تجنب إحداث الفقاعات الهوائية ، فتسقط القرادة من تلقاء نفسها دون إكراه لتتقي خطر الاختناق . ومن الإجراءات التي يُنصح بها أيضاً إزالة القرادة بِفَتْلِها . كما يمكن وضع قطرة من الغراء على القرادة ، تُنزع حالما تصبح قاسية . هذا ويجب إجراء الاستئصال الجراحي عند فشل الطرق العلاجية السابقة .

**نقل الأمراض** : التفاعلات المباشرة لعضة القرادة أقل أهمية بكثير من الأمراض التي يمكن أن تنقلها مثل : **داء العقد اللمفي الجلدي السليم Lymphadenosis Cutis Benigna** ، **والحمامي المزمنة الهاجرة Erythema Chronicum Migrans** ، **والتهاب جلد الأطراف المزمن المضمر Acrodermatitis Chronica Atrophicans** ، **والتهاب**

**المفاصل الليمي Lyme Arthritis** ، وبعض حالات القشيعة . تعـد هذه الأمراض أخماجاً منقولة بالقراد Tick – Born Infections ، تسببها كائنات حية هي الملتويات Spirochetes ( **البَوْرِلِيَّة Borrelia** ) ، وتستجيب بشكل سريع للبنسلين ، أو للتتراسكلينات ، أو للسفترياكسون Ceftriaxone ( راجع الفصل ٤ ) .

تسبب عضـات القراد في أوروبا الوسطى اختلاطاً غير جلدي ، يُطلق عليه اسم التهاب السحايا والدماغ في أوائل الصيف Early Summer Meningoencephalitis ( التهاب الدماغ لأوروبا الوسطى ، التهاب الدماغ الربيعي – الصيفي الروسي ) ، تسببه حمة منقولة بالمفصليات arbovirus(*) . العرض الرئيسي في هذا الداء هو الصداع ، ويُؤكد التشخيص مصلياً بمعايرة الأضداد IgM النوعية في المراحل الباكرة من الداء ، وكذلك بعد ثلاثة أسابيع ؛ علماً بأن إنذاره جيد نسبياً . ويجب أن يبقى ماثلاً في الأذهان إمكانية حدوث التهاب الدماغ الحموي إذا ما ظهر عند المريض صداع شديد إلى حد ما أثناء سير أي من الأدواء السابقة الذكر أو في المراحل الباكرة منها . هذا ويجب تمنيع كل إنسان يُعَض بالقراد في المناطق التي يستوطن فيها هذا الداء ، كما هي الحال في النمسا ، وفي بافاريا Bavaria ، وفي أمريكا الشمالية .

*التمنيع المنفعل Passive Immunization* : **المستحضر** : غلوبلين مناعي نوعي . **الجرعات** : يُعطى ٠,١ مل لكل كغ من وزن الجسم إذا لم يمض على حدوث العضة أكثر من ٤٨ ساعة ، ويُعطى ٠,٢ ملم لكل كغ من وزن الجسم إذا مضى على العضة ٤٨ – ١٢٠ ساعة . ومن غير المرجح أن يكون للتمنيع فائدة تُذكر إذا مضى على العضة أكثر من خمسة أيام .

*التمنيع الفعّال Active Immunization* : **المستحضر** : مستضدات خاصة من أجل الزرق . **الجرعة** : زرقتان بفاصل أسبوعين على الأقل ، وزرقة ثالثة بعد سنة واحدة ، ويعطي هذا التمنيع مناعة لمدة ثلاث سنوات تقريباً . هذا ويُنصح بإجراء التمنيع الفعّال للأشخاص الذين يمضون معظم أوقاتهم ( سواء في العمل أو في التنزه ) في المناطق الموبوءة بالداء .

(*) كلمة arbovirus مشتقة من Arthropod ( مفصلي الأرجل ) ، و Borne ( منقول ) ، و Virus ( حمة ) ( المترجم ) .

# الفصل التاسع

# الأدواء المسببة بالديدان

# Diseases Caused by Worms

د . عبد الحكيم عبد المعطي

تلعب الظروف المناخية ، والشروط الصحية المتدنية ، وبعض العادات الغذائية دوراً في الإصابة بأنواع كثيرة من الديدان ، خصوصاً في البلدان المدارية وتحت المدارية . يُقدّر عدد أنواع الديدان التي يمكن أن تصيب الإنسان بحوالي ١٥٠ نوعاً مختلفاً ، وتكون معظم هذه الأنواع من النوع المتطفل على الإنسان ، أو من النوع الذي يصيبه بشكل عارض من المملكة الحيوانية . يُصاب الإنسان في الأقاليم المناخية المعتدلة بأعداد محدودة من الديدان ، وتتميز بسهولة كشفها .

يمكن للديدان أو ليرقاتها أن تعيش في أي عضو من أعضاء جسم الإنسان ، أو في أي جهاز من أجهزته ، أو حتى في الدم الجائل . وتبعاً لذلك فإنه توجد عدة طرق مختلفة لانتقال الديدان ، أو لتطورها ، أو لمعالجتها . لا يتوفر دواء طارد للديدان Anthelminthic فعّال ضد جميع أنواعها . قد يُصاب الجلد في سياق الأخماج الدودية بشكل مباشر أو غير مباشر . فمن جهة أولى قد يشكل الجلد حاجزاً Barrier أمام يرقات الديدان التي يكون الإنسان ثوياً طارئاً لها ، فيصبح بالتالي المرحلة النهائية لهذه اليرقات ، وغالباً ما تُثير اليرقات باختراقها الجلد تفاعلات شديدة موضعة أو معممة . ومثال ذلك داء هجرة اليرقات Larva Migrans ، أو التهاب الجلد بالذوانب Cercarial Dermatitis . ومن جهة أخرى ، قد يتفاعل النسيج المحيط بالديدان كما هي الحال في الخمج بالكابلاريا Capillaria ، وداء الخيطيات ( الفيلاريا ) العقيدي ، والخمج بالتنينة المدينية Dracunculus Medinensis ( دودة غينيا ) . وأخيراً ، قد تظهر على الأغلب التفاعلات الأرجية العامة الناجمة عن الديدان ( أو يرقاتها الهاجرة ) القاطنة في الأمعاء أو الأنسجة على الجلد أيضاً .

تنتمي الديدان المهمة لمبحث أمراض الجلد إلى ثلاث شعب هي : شعبة الديدان المسطحة Platyhelminthes ، وشعبة الديدان الممسودة ( المدورة ) Nemathelminthes ، وشعبة الحلقيّات Annelida .

## الديدان المسطحة

## : ( Flatworms ) Platyhelminthes

تنتمي الديدان المسطحة ذات الأهمية السريرية بالنسبة للإنسان إلى صنفين مختلفين هما .

*القَليديَّات Cestoda* ( الشريطيات Tapeworms ) : وهي ديدان خَنَاثَى ، مُحَوْجَزَة ، شريطية الشكل ، يتراوح طولها بين ميليمترات قليلة وأمتار عديدة . تقطن الديدان الناضجة جنسياً في لمعة الأمعاء ، بينما تُقيم اليرقات التابعة لها في أعضاء متنوعة جداً . تتركز الأهمية الرئيسية بالنسبة للإنسان على ثلاثة أجناس هي : **الشريطية Taenia** ، و **العَوْساء Diphyllobothrium** ، و **المُشوِكَة Echinococcus** .

*المثقوبات Trematoda* ( الديدان المثقوبة Trematodes ، Flukes ) : وهي في معظمها ديدان مسطحة من الناحية الظهرية البطنية ، وتأخذ شكل اللسان أو السِّنان ، ويبلغ طولها حوالي ٢ سم . وجميع المثقوبات ديدان خَنَاثَى باستثناء المنشقات Schistosomes التي تكون مفترقة جنسياً ( ثنائية الشكل جنسياً ) . وتبعاً لاختلاف المناطق الجغرافية تختلف أنواع الديدان المثقوبة السائدة فيها ، ومع ذلك فإن للمنشقات أهمية خاصة في العديد من الأقطار المدارية .

## القَليديَّات Cestoda :

### داء الكيسات المذنبة Cysticercosis :

*المرادف :* Cysticercus disease . وقد عُرف هذا الداء منذ القدم .

**الطفيليات** : هي الكيسات المذنبة **للشريطية الوحيدة Taenia Solium** ( شريطية لحم الخنزير ) ، وبشكل نادر جداً الكيسات المذنبة **للشريطية العزلاء Taenia saginata** ( شريطية لحم البقر ) .

**الجدول ٩ ـ ١** : الديدان الشائعة

**الديدان المسطحة Platyhelminthes ( Flatworms )**

**المثقوبات ( الديدان المثقوبة ) Trematoda ( Flukes )**

| | | |
|---|---|---|
| المُنْشَقَّة المَنْسُونيَّة | Schistosoma mansoni | « الدودة المثقوبة المزدوجة » ، البلهرسية |
| المُنْشَقَّة الدموية | Schistosoma haematobium | بلهرسية المثانة |
| مُتَأخر الخُصْية الصيني | Opisthorchis sinensis | الدودة المثقوبة الكبدية الصينية |
| الخَيْفَانَة الخَيْفاء | Heterophyes heterophyes | الدودة المثقوبة المعوية القزمة |

| | | |
|---|---|---|
| المُتَوارِقَةُ البُسْكِيَّة | Fasciolopsis buski | الدودة المثقوبة المعوية العملاقة |
| البِلْهرسية الشعرية | Trichobilharzia | |

**القَليديَّات ( الشريطيات ) Cestoda ( Tapeworms )**

| | | |
|---|---|---|
| المُحَرْشفة القزمة | Hymenolepis nana | الشريطية القزمة |
| العَوْساء العريضة | – Diphyllobothrium latum | شريطية السمك – الشريطية العريضة |
| الشريطية العزلاء | Taenia saginata | شريطية لحم البقر |
| الشريطية الوحيدة | Taenia solium | شريطية لحم الخنزير |
| المُشوِكة الحبيبية | Echinococcus granulosus | شريطية الكلب |
| المُشوِكة العديدة المساكن | Echinococcus multilocularis | |

**الديدان الممسودة ( الديدان المدورة )**
**Nemathelminthes ( Roundworms )**

**الممسودات ( الديدان الخيطية )**
**Nematoda ( Threadworms )**

| | | |
|---|---|---|
| السُرْمِيَّة الدودية | Enterobius vermicularis | الدودة الخيطية ، الدودة الدبوسية ، الأقصورة |
| الصَفَر الخَراطيني | Ascaris lumbricoides | الدودة المعدية Mawworm |
| **المُسَلَّكة الشعرية الرأس** | Trichuris trichiura | الدودة السوطية |
| المَلْقُوَّة العفجية | Ancylostoma duodenale | الدودة الشّصية |
| المَلْقُوَّة البرازيلية | Ancylostoma braziliense | اليرقات الهاجرة |
| الأسطوانية البرازية | Strongyloides stercoralis | الدودة الخيطية القزمة |
| الشعرنية الحلزونية | Trichinella spiralis | الشعرنية ( التريخينا ) |
| التُنَيْنَة المدينية | Dracunculus Medinensis | دودة غينيا |
| بروجيا مالاي | Brugia malayi | |
| **الفُخَرية البَنْكرُفْتية** | Wucheria bancrofti | |
| **اللُوا اللُويَة** | Loa loa | |
| **كُلّابية الذنب المُتَلَوِّية** | Onchocerca volvulus | |

**العَلَقِيّات ( الديدان الحليقية )**
**Annelida ( Ringlet worms )**

| | | |
|---|---|---|
| العَلَق | Hirudinea | العَلَقَة ( Leech ) |

---

**طريقة الخمج** : يعدّ الإنسان ثوياً طارئاً ( عارضاً ) Accidental Host للديدان الشريطية . تحدث الإصابة بداء الكيسات المذنبة عندما يزدرد الإنسان طعاماً ملوثاً ببيوض الشريطية ، وتتطور الكيسات المذنبة من الكرات الكُلّابية ( قوائب الشريطيات ) Oncospheres خلال فترة تقدر بحوالي ٨ – ١٢ أسبوعاً ( فترة تحول Transformation period ) .

يمكن أن توجد **الكيسة المذنبة السلولوزية Cysticercus cellulosae** في جميع أعضاء جسم الإنسان ، ولكنها غالباً ما تُلاحظ أولاً في العضلات ، أو العينين ، أو الدماغ ، أو عضل القلب ، أو الجلد . في الأحوال العادية تتطور الكرات الكُلّابية ( قوائب الشريطيات ) إلى كيسات مذنبة ، بحجم حبة الفول تقريباً ، عند الخنزير أو الماشية . فإذا ما تناول الإنسان لحوم هذه الحيوانات المصابة ( لحم الخنزير أو لحم البقر ) ، تطورت الكيسات المذنبة في أمعائه الدقيقة إلى شريطيات بالغة ، تبقى أسيرة الأمعاء . وإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تحدث الإصابة بطريق الخمج الذاتي أحياناً ( Autoinfection ) .

إذا ما تناول الإنسان لحم البقر النيء المحتوي على الكيسات المذنبة ، تطورت **الكيسة المذنبة البقرية Cysticercus bovis** في أمعائه الدقيقة إلى شريطية بالغة بطول عشرة أمتار تقريباً .

**الموجودات السريرية** : تحدث ظواهر أرجية من حمى عابرة ، وتورمات ، وكثرة حمضات الدم ، وارتفاع مستوى الغلوبين المناعي ( E ) في المصل . كما تحدث اضطرابات شديدة دائمة بسبب توضع الكيسات المذنبة في أعضاء متنوعة . تُشاهد العقيدات الجلدية وتحت الجلدية وتُجس على الأطراف والجذع ، وتتصف بكونها عقيدات مدورة ، محددة بوضوح ، قاسية ، مرنة ، غير مؤلمة ، بحجم ١ سم ، وقد تستمر عدة سنوات . يؤدي توضع الكيسات المذنبة في الدماغ أو العينين إلى حدوث أذيات شديدة فيها .

**التشخيص** : يمكن تشخيص الخمج بأنواع الديدان **الشريطية Taenia** برؤية قطع الشريطيات Proglottids الخارجة مع البراز ( تبلغ حوالي ١ سم طولاً و ٠,٧ سم عرضاً ) . كما يمكن استئصال عقيدة جلدية لإظهار الكيسات المذنبة . وقد يكشف فحص العين باستخدام المصباح الشقي وجود الكيسات المذنبة في الغرفة الأمامية للعين . ويدل ظهور البيوض في البراز على حدوث الخمج الذاتي Autoinfection . كما يلاحظ ارتفاع في مستوى الغلوبلين المناعي ( E ) .

المعالجة :

*جهـازياً :* يُعطى البرازيكوانتيل Praziquantel ؛ ويتوقف مقدار الجرعة على نوع الدودة الشريطية ، وعلى الوضع السريري ،وغالباً ما تمتد فترة المعالجة عدة أشهر .

*موضعياً :* تتم بالاستئصال الجراحي للكيسات المذنبة ، كما يمكن استئصال الكيسات المخية المعزولة المسببة للأعراض العصبية .

## أدواء الديدان المسطحة الأخرى
## Other Flatworm Diseases :

من أدواء الشريطيات الأخرى داء تُسببه شريطية السمك ( **العوساء العريضة Diphyllobothrium latum** ) . تعيش هذه الشريطية في البحيرات الداخلية في أوروبا وآسيا وأمريكا ، وتتطفل على الأمعاء الدقيقة للإنسان والثدييات الآكلة للسمك كالكلاب والقطط . يحدث هذا الداء العالمي الانتشار في المناطق الساحلية التي يُؤكل فيها السمك نيئاً .

## داء المُشْوكَات Echinococcosis :

[ أبقراط Hippocrates ، أرسطو Aretaeus ، جالينوس Galen ] .

*المرادفات :* الداء العُداري Hydatid disease ، داء شريطية الكلب ، داء المكورات المشوكة .

**تعريف** : ينتقل هذا الداء العالمي الانتشار عن طريق اللواحم ( آكلات اللحوم ) . وخاصة منها الكلاب والقطط والثعالب ، ويتصف بكيسات متكلسة . يُعدّ الكبد والرئة المكانين المفضلين لتوضع الكيسات المذنبة Cysticerci التابعة لأنواع **المُشْوكَات Echinococcus** ، ومع ذلك يمكن أن توجد الكيسات في جميع أعضاء جسم الإنسان بما فيها النسيج تحت الجلد .

**الطفيليات** : من المعروف في الوقت الحاضر أنه يمكن لأربعة أنواع من **المُشْوكَات** أن تسبب أشكالاً مختلفة من داء المُشوكَات عند الإنسان ، وأكثر هذه الأنواع أهمية هي : **المُشْوكَة الحبيبية Echinococcus granulosus** ، **والمُشْوكَة العديدة المساكن Echinococcus multilocularis** .

**طريقة الخمج** : يتراوح طول **المُشْوكَة الحبيبية ( E.G )** بين ٢ – ٧ ملم ، وتعيش في الأمعاء الدقيقة للكلاب ( الثوي النهائي ) ؛ ويتراوح طول **المُشْوكَة العديدة المساكن ( E.M )** بين ١,٢ – ٣,٧ ملم ، والثعلب هو ثويها النهائي ؛ وتُعتبر الأغنام، والخنازير ، والأحصنة الأثوياء المتوسطة لهذه الديدان. وتلعب الكلاب – كحيوانات منزلية أليفة – الدور الرئيسي لانتشار داء المشوكات انتشاراً واسعاً . تطرح الديدان قطعها النهائية الناضجة ( القطع الشريطية Proglottids ) ، التي تتحرر مع البيوض من أمعاء الكلاب ، لتُزدرد بدورها من قبل ثوي متوسط ( ثدي آخر عادة ) . وفي معى الثوي المتوسط تترك الكرات الكُلاَّبية ( قوائب الشريطيات Oncospheres ) الغشاء المُضغي لتخترق جدار المعى ، ثم تنتقل عبر الأوعية الدموية إلى أعضاء متنية(*) مختلفة ، وبخاصة الكبد والرئتان . تظهر حويصلات صغيرة بعد ٥ – ٦ أشهر من الخمج تحتوي على الرؤيسات البدئية للشريطية Protoscolices . ولا تكتمل عملية التطور إلا إذا قام الثوي النهائي ( الكلب أو الثعلب غالباً ) بازدراد الكيسات المذنبة المحتوية على الرؤيسات البدئية الناضجة . أما الإنسان فيعد ثوياً ثانوياً فقط .

**الموجودات السريرية** : يُصاب الكبد في ثلثي الأخماج **بالمُشْوكَة الحبيبية ( E.G )** ، وتُصاب الرئة في ٢٠٪ من الحالات ، في حين يصاب كلٌ من الصفاق ، والطحال ، والكليتين ، والمجموع العضلي ، والعظام ، والجلد ، والجملة العصبية المركزية ، وغيرها من الأعضاء بتواتر أقل . تُشكل **المُشْوكَة الحبيبية** عادة كيسات مفردة وحيدة المسكن ، أو كيسات عديدة المساكن ، يتراوح قطرها بين ميليمترات قليلة وعدة سنتيمترات ( تصل إلى ٣٠ سم ) . قد لا تظهر الأعراض السريرية إلا بعد سنوات أو عقود ، وهي في البداية أعراض عامة لا نوعية تنجم عن الضغط الآلي للكيسات على الأعضاء المجاورة ، ثم يتلوها في مرحلة لاحقة ظهور الأورام المحسوسة ، وأخيراً يحدث اليرقان . تتميز الكيسات المتوضعة تحت الجلد بكونها كيسات ثابتة ، غير مؤلمة ، لا تُحاط بهالة التهابية ، ويتفاوت قوامها بين اللين – المتموج والمتوتر – المرن ، وقد تزداد حجماً لتبلغ حجم قبضة اليد . تكون الكيسات المذنبة أصغر حجماً ، إلا أنها ذات حجوم متساوية دوماً . كما تتكلس الكيسات التي تموت فيها الطفيليات .

يختلف سير الداء اختلافاً كلياً في حال الخمج **بالمُشْوكَة العديدة المساكن ( E.M )** . إذ أن الكيسات المذنبة تتكاثر دوماً بشكل يشبه الورم ، فتنتشر إلى الأعضاء الأخرى عن طريق الارتشاح والامتداد ، وينشأ عن ذلك تراكمات من حويصلات صغيرة قد يبلغ حجمها حجم حبة الكرز . تُصدر هذه الحويصلات عند قطعها صوتاً كالقرقعة ، وقد تحتوي على مادة غروانية . ليس للكيسات جدار حقيقي ، ولكنها تُحاط بالنسيج الضام مما يتعذر معه استئصالها . يتطور النخر في الأجواف الكيسية مُسبباً الإنتان الذي يتلو الانثقاب والنزف . يتعذر تشخيص هذه الحالة في مراحلها الباكرة ، فلا تُشخص عادة إلا بعد ظهور اليرقان ، وحدوث ضخامة الكبد والطحال ، والحبن .

(*) Parenchymatous Organs .

**التشخيص :**

*الاستقصاء الشعاعي :* يُظهر الفحص الشعاعي للبطن والصدر ارتفاع الحجاب في الناحية اليمنى بسبب الضخامة الكبدية ، كما يُظهر الكيسات المتكلسة في الكبد ، والطحال ، والرئتين ، وغيرها من الأعضاء . تدل التكلسات المنتظمة بشكل الكوب Cup – shape على الخمج **بالمُشوِكَة الحبيبية ( E.G )** ، بينما تدل التكلسات غير المنتظمة بشكل عنقود العنب Grape – like على الخمج **بالمُشوِكَة العديدة المساكن ( E.M )** . وباستخدام طرق التصوير الوعائي يمكن إظهار مناطق ذات أوعية دموية قليلة في حال الخمج **بالمُشوِكَة الحبيبية** ، أو مناطق ذات أوعية دموية مزدادة في حال الخمج **بالمُشوِكَة العديدة المساكن** .

*التصوير بالأمواج الصوتية والتصوير الومضاني Sonography and Scintigraphy* : خلافاً للتصوير الومضاني يمكن استخدام التصوير بالأمواج الصوتية للتمييز بين البنيات الكيسية والبنيات الصلبة المصمتة . وكثيراً ما يُستخدم التصوير الطبقي المحوري المُحوسَب CT Scan أيضاً .

*تنظير جوف البطن Laparoscopy* : يُستخدم هذا التنظير لإظهار الكيسات الكبدية أو الطحالية . ولا يجوز أبداً ثقب الكيسات أثناء عملية التنظير ، لأنه قد ينتج عن ذلك صدمة تأقية وانتشار للكيسات البنات Daughter cysts .

*المناعيات :* يُلجأُ أولاً إلى اختبار التراص الدموي اللامباشر Indirect Hemagglutination test ( IHAT ) وفقاً لـ Garbedian (١٩٥٧) ، الذي يكون إيجابياً عند حوالي ٩٥٪ من المرضى الذين لديهم إصابة كبدية ، و ٧٠٪ فقط من المرضى الذين لديهم إصابة رئوية . يُنصح أيضاً بإجراء هذا الاختبار سوية مع اختبار التألق المناعي اللامباشر ( IIFT ) Indirect Immunofluorescence test . كما يتوفر أيضاً اختبار تثبيت المتممة ، واختبار تراص اللاتكس ( LAT ) . يُعد التألق المناعي اللامباشر ( IIFT ) باستخدام الرؤيسات البدئية السليمة Protoscolices التفاعل الأكثر نوعية ، بينما يُعد التراص الدموي اللامباشر ( IHAT ) باستخدام السائل العُداري Hydatid fluid التفاعل الأكثر حساسية . وقد تم اللجوء حديثاً إلى اختبار مقايسة الإمتصاص المناعي المرتبط بالإنظيم – ( ELISA ) Enzyme – linked immunosorbent assay . توجد علاقة مُتبادلة بين الاختبارات : ELISA و IHAT و IIFT .

*الاستقصاءات المخبرية :* وهي قليلة الفائدة ، وتُلاحظ كثرة الحمضات فقط عند ثلث المرضى المصابين بداء المُشوِكات .

**المعالجة :**

*جهازياً :* المه بندازول Mebendazole هو الدواء المُنتخب في هذه الحالة . ويُعد النيكلوساميد Niclosamid دواءً ناجعاً في علاج الشريطيات البالغة ، لكنه غير فعّال في الواقع تجاه المراحل اليرقية . ويُنصح باستعمال البرازيكوانتيل Praziquantel في المرحلة اليرقية ( داء الكيسات العُدارية Hydatidosis ، داء الكيسات المذنبة Cysticercosis ) ، حيث يُعطى بجرعة ١٠ – ١٥ ملغ/كغ من وزن الجسم ( جرعة فموية وحيدة ) ، لكن فعاليته غير مؤكدة بعد .

*جراحياً :* إن الاستئصال الجراحي للكيسات هو أسهل بكثير في حالات **المُشوِكَة الحبيبية ( E.G )** منه في حالات **المُشوِكَة العديدة المساكن** .

**الإتقاء** : تدابير صحية .

## المثقوبات Trematoda :

*المرادفات :* الديدان المثقوبة ( الوريقات ) Flukes ، العَلَق Leeches .

للمثقوبات محجمان عضليان ، واحد فموي وآخر بطني ، وجميعها ديدان خَنَاثَى باستثناء المنشقات schistosomes . يُعد الحلزون Snail ثوياً متوسطاً أولياً ضرورياً لتطور هذه الديدان ، ولكل نوع من أنواع المثقوبات ضرب معين من الحلزونات . تندفع الذوانب Cercaria التي تطورت أخيراً في الحلزون بأعداد كبيرة إلى الماء ، وتنفذ إلى جسم الإنسان بطرق مختلفة ( فقد تثقب الجلد ، أو تُزدرد مع الطعام ، أو تنفذ عن طريق الفم ببعض الطرق الأخرى ) . تعيش الديدان البالغة عند الثوي في الأمعاء ، أو في الطرق الصفراوية ، أو في الرئتين ، أو في الأوعية الدموية ويتوقف ذلك على نوع الدودة المثقوبة . والداء الأكثر شيوعاً هو داء المنشقات Schistosomiasis .

### داء المُنْشَقَّات Schistosomiasis :

*المرداف :* داء البلهرسيات Bilharziasis [ Bilharz ١٨٥١ ] .

**تعريف** : هو واحد من الأمراض المدارية الأكثر أهمية بسبب عقابيله الشديدة . وبحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO ، فإنه يوجد حوالي ١٢٥ – ٢٠٠ مليون شخص مصاب بداء المُنْشَقَّات ، منهم حوالي ٩٠ مليون في أفريقيا .

**الطفيليات** : هناك **المنشقة الدموية Schistosoma haematobium** ( داء المنشقات البولي ) ، **والمنشقة المنسونية Schistosoma mansoni** ، و **المنشقة اليابانية Schistosoma japonicum** ( Fuji ١٨٤٨ ) ( داء المنشقات المعوي ) ،

و المشقة المُقْحَمة Schistosoma intercalatum ، و المنشقة الميكونغية Schistosoma mekongi .

**طريقة الخمج** : تطرح الفقاريات بما فيها الإنسان البيوض ، ويتلوث الماء بهذه البيوض عن طريق البراز أو البول . وفي معظم الحالات يتطلب حدوث الخمج أيضاً أن تكون درجة حرارة الماء الملوث بين ٢٢ ـ ٢٥ درجة مئوية ، وأن يكون الإنسان على تماس مباشر مع هذا الماء الملوث . يتعزز حدوث الخمج بانتشار عادة التغوط والتبول على ضفاف الأنهار أو في الماء ذاته ، وهي عادة ما زالت شائعة في عدد من البلدان . تُصبح الذوانب بتماس جلد الإنسان عندما يخوض في ماء ملوث بها ، أو عندما يستعمل هذا الماء للغسيل أو الشرب ، وتخترق الذوانب الجلد بنشاط لتصل عبر الدوران الدموي والطرق اللمفية إلى أوردة المنطقة الحشوية والمنطقة البولية التناسلية ، حيث تتطور إلى ديدان ناضجة جنسياً . يتراوح طول الأنثى منها بين ٧ ـ ٢٦ ملم ، والذكر بين ٦ ـ ٢٠ ملم ، ويتوقف ذلك على نوع الدودة المثقوبة .

**الموجودات السريرية** : تحدث في بعض الأحيان طفوح شروية حاكة في أماكن اختراق الذوانب ، وخاصة عند تعرض هذه الأماكن لاختراقات متكررة . يبدأ الطور الأرجي الحُمِّي الحاد للداء بعد ٣ ـ ١٠ أسابيع ، ويتجلى بحدوث الحمى ، وكثرة الحمضات ، والآلام المفصلية ، والشرى ، والوذمة ، وتنجم هذه الأعراض عن الخمج المجموعي بالطفيليات ؛ وقد يبقى هذا الطور من الخمج كامناً . ثم تتراجع المرحلة الحادة لتبدأ المرحلة المزمنة التي قد تستمر عدة سنوات ، وتبدأ هذه المرحلة عادة مع وضع الإناث لبيوضها . وقد تتطور في مرحلة لاحقة الأشكال المزمنة من داء المنشقات البولي ، والمعوي ، والرئوي ، والدماغي . أما العقابيل المميزة لداء المنشقات فهي : ضخامة الكبد والطحال ، والحبن ، وانسداد الوريد البابي ، والتهاب المثانة .

**التشخيص** : تُلاحظ بيوض المنشقات في البراز وكذلك في الخزع المأخوذة من مخاطية المستقيم ، أو الكبد ، أو جدار المثانة ، ولكن ليس قبل ٥ ـ ١٢ أسبوعاً من بدء الخمج .

يُعَدّ اختبار التألق المناعي اللامباشر ( IIFT ) أفضل ـ ولو إلى حدّ ـ من حيث الحساسية Sensitivity والنوعية Specifity من مقايسة الامتصاص المناعي المرتبطة بالإنظيم ELISA . أما اختبار التراص الدموي اللامباشر IHAT فهو أقل حساسية بكثير .

يُعد اختبار التألق المناعي اللامباشر IIFT باستعمال المنشقة البالغة كمستضد ( مقاطع ناظم القر cryostat sections ) من الاختبارات النوعية . هذا ويمكن باستعمال مستضد المنشقة المنسونية كشف الأخماج بالمنشقات الممرضة للإنسان فقط ( المنشقة المنسونية ، والمنشقة الدموية ، والمنشقة اليابانية ، والمنشقة المُقْحَمة ) ، دون غيرها من الأخماج . يُعد الاختبار إيجابياً إذا كان عيار IIF > ١ : ٢٠ ، ويتحقق ذلك بعد ١ ـ ٢ أسبوع من تفاعل الذانبة ـ هولن ( CHR ) Cercarid – hullen reaction .

*المراحل الباكرة من الخمج :* يمكن كشف الأضداد تجاه الذوانب Cercaria ( الشكل اليرقي من الطفيلي ) . ويُستعمل مصل غير ممدد في حال الخمج بأعداد ضخمة من الذوانب ، حيث يُصبح إيجابياً بعد ١٠ ـ ١٤ يوماً . هذا ولا يمكن الاعتماد على التفاعل الإيجابي إلا بوجود المظاهر السريرية ، لأنه قد تحدث تفاعلات إيجابية كاذبة كما في : التهاب الجلد بالذوانب Cercarial dermatitis ، والخمج **بالمُتَوَرِّقة Fasciola** ، والخمج الحديث **بالشَعْرِينَة Trichinella** .

**المعالجة** : يُستعمل الدُرْدِيُّ ( الطرطر ) المقيء Tartar emetic ( طرطرات الأنتيمون والبوتاسيوم Antimonyl Potassium tartrate ) وغيره من المركبات الأنتيمونية . كما يُستعمل النيريدازول Niridazole . ويُنصح أيضاً بإعطاء الهيكانتون Hycanthone ( مشتق اكزنتين xanthine ) بمقدار ٢ مل داخل العضلة بجرعة وحيدة . كما تبين أن البرازيكوانتيل Praziquantel فعّال جداً في معالجة داء المنشقات .

**مناظرة العلاج** : يحدث انخفاض في عيار IIF ( ويكون الانخفاض بطيئاً نسبياً ، ولذا لا يمكن الاعتماد عليه ) . كما يتم التفتيش عن البيوض قبل العلاج وبعده عن طريق الفحص المجهري لعينات من البراز أو البول .

**الاتقاء** : تُقْتَل الحلزونات باستعمال مُبيدات الرخويات Molluscicides ، وتُتخذ تدابير لحفظ صحة البيئة ( ومنها نظافة الماء ، وتغيير طرق الري ) .

**التهاب الجلد الذوانب Cercarial Dermatitis :**

*المرادفات :* حكة السباح ، التهاب الجلد بالمنشقات .

**تعريف** : التهاب جلدي حاد ، ينجم عن محاولة الذوانب التابعة لبعض أنواع عائلة المنشقات الطيرية Avian Schistosomatide اختراق جلد الإنسان ، ويحدث في الأيام الحارة في جميع أنحاء العالم حتى المناطق المعتدلة المناخ منها ، وهو ذو أمد محدود .

**الطفيليات** : **هي البلهرسية الشعرية ذات العينات Trichobilharzia ocellata ، و البلهرسية الشعرية Trichobilharzia szidati «szidati» .**

**طريقة الخمج** : يتطلب الأمر وجود الحلزونات كأثوياء

متوسطة ، علماً بأن الطيور المائية أو الثديات هي الأثوياء الأولية . تُوجد هذه الذوانب بصفة رئيسية في مناطق بحيرات الألب Alps في أوروبا وفي بعض بحيرات الولايات المتحدة الأمريكية . تخترق الذوانب جلد الإنسان أثناء السباحة ، ولكنها لا تستطيع أن تتطور في جسمه ، وبالتالي تنتهي دورة الخمج بموتها في الجلد . وليس لهذه الذوانب أهمية طبية فيما عدا إحداثها التهاباً جلدياً حاداً .

**الموجودات السريرية** : تستطيع الذوانب أن تخترق الجلد الرطب والمُبَلل فقط . تظهر آفات حطاطية صغيرة أو شروية حاكة بشدة خلال فترة تتراوح بين دقائق قليلة وساعة واحدة ، وقد تترافق بالغثيان أحياناً . يمكن أن تستمر الأعراض حتى أسبوع واحد ، وقد يظهر التحسيس sensitization إذا ما تكرر التماس مع هذه الذوانب ، ويتجلى عندئذ بازدياد التورمات الوذمية الالتهابية أو بتعمم الطفوح الشروية .

**التشخيص** : يُساعد على إثبات التشخيص تزامن حدوث التهاب الجلد مع السباحة في مياه مكشوفة .

**المعالجة** : تكون المعالجة عرضية فقط ، فتُستعمل دهون الزنك ، والدهون والرهيمات المحتوية على الستيرويدات القشرية السكرية ، والهلامات المحتوية على مضادات الهستامين . تُعطى مضادات الهستامين جهازياً عند الضرورة . وليس ضرورياً إعطاء البرازيكوانتيل – Praziquantel .

**الاتقاء** : يكون بتخريب الحلزونات الحاملة للذوانب ، وتجنب السباحة في الأيام الحارة في المياه الطبيعية الراكدة الغنية بالنباتات .

## الديدان المسودة ( الديدان المدورة ) : Nemathelminthes ( Roundworms )

يُعد صف المسودات Nematoda ( الديدان الخيطية ) من الناحية الطبية الأكثر أهمية بين صفوف الديدان المسودة . والمسودات بشكل عام ديدان عديمة اللون ، غير مقطعة ، مفترقة جنسياً ، وتملك مقطعاً عرضياً دائرياً ، وجُليدة مقاومة جداً ، وجوفاً حشوياً ذا أعضاء هضمية وجنسية . ولتشخيص الأخماج بالمسودات فإنه لابد من رؤية هذه الديدان أو بيوضها أو يرقاتها بشكل مباشر في البراز ، أو البول ، أو الدم ، أو النسيج ، ويتوقف ذلك على نوع الدودة المسودة . هذا ولا تتوفر الاختبارات المصلية الموثوقة إلا لأنواع قليلة منها فقط . يُساعد تعيين مستوى الغلوبلين المناعي ( E ) في المصل كثيراً على تشخيص الخمج بالديدان المسودة ، إذ أن الازدياد الملحوظ في مستوى الغلوبلين IgE قد يكون مُشعراً بوجود الخمج حتى في غياب كثرة الحمضات .

### المسودات ( الديدان الخيطية ) : Nematoda ( Threadworms )

#### داء الأقصور Oxyuriasis :

*المرادفات* : الأقصورة ، داء السرميات enterobiasis ، الخمج بالديدان الدبوسية .

**تعريف** : هو الداء الدودي الأكثر شيوعاً عند الإنسان في المناطق المعتدلة المناخ ، ويحدث عند الأطفال عادة ، ويتميز بانتشاره العالمي . تعيش الديدان في الأمعاء دون أن تسبب أعراضاً ملموسة لدى المريض . والاختلاطات الجلدية الرئيسية تكون حول الشرج وهي : الحكة ، والتأكزم ، والأخماج الثانوية بالجراثيم أو الحمات أو الفطور .

**الطفيليات** : هي السرمية الدويدية Enterobius vermicularis ( الدودة الدبوسية ، **الأقصورة الدويدية** Oxyuris vermicularis ) . وهي دودة صغيرة الحجم ، يتراوح طول الأنثى منها بين ٨ – ١٣ ملم ، والذكر بين ٢ – ٥ ملم .

**طريقة الخمج** : أكثر طرق الخمج شيوعاً تتم بانتقاله من شخص لآخر ، وقد ينتقل الخمج أيضاً عن طريق الخضار الملوثة بالبيوض وذلك عند استعمال براز الإنسان في عملية التسميد . تنتقل البيوض ( وبخاصة عند الأطفال ) من المنطقة الشرجية إلى الجوف الفموي عن طريق الأيدي الملوثة بها ، وبقطع هذه الدورة ( شرج – يد – فم )(*) ينتهي الخمج بعد ٤ – ٨ أسابيع .

تستعمر الديدان الدبوسية جميع أجزاء المعى الغليظ ، والأعور ، والمستقيم ؛ وتضع الأنثى بيوضها في المعى ، كما تترك المعى عبر الفوهة الشرجية لتضع بيوضها في الناحيتين الشرجية وحول الشرج ، وكذلك حول أعضاء التناسل عند الأنثى . تفقس البيوض في المعى ، وتتطور اليرقات الناتجة إلى ديدان ناضجة جنسياً بعد الانسلاخ عدة مرات(**) .

**الموجودات السريرية** : يكون المرضى في صحة جيدة . والعرض الرئيسي الذي يدل على وجود الخمج هو الحكة في المنطقة الشرجية التي تسببها الديدان ، وغالباً ما تظهر هذه الحكة في الفراش الدافىء وتؤدي إلى الأرق . وبسبب الحك تنقل الأصابع بيوض الديدان من المنطقة الشرجية إلى الجوف الفموي . كما يُسبب الخدش المستمر تآكلات في الناحية الشرجية ، فيؤدي ذلك إلى حدوث الإكزيمة الشرجية ، وقد

(*) وهذا ما يُدعى بالخمج الذاتي Autoinfection ( المترجم ) .

(**) يُقال أنه يمكن أن يحدث خمج خلفي retroinfection بسبب دخول اليرقات في المستقيم بعد خروجها من البيوض الملتصقة حول الشرج ( المترجم ) .

يؤدي أيضاً إلى حدوث التقيحات الجلدية الثانوية أو الأخماج الحموية كاللقموم المؤنف والمليساء المعدية ، وبخاصة عند الأطفال . وقد يحدث عند الفتيات التهاب الفرج والمهبل بسبب هجرة السرمية الدويدية إلى المنطقة التناسلية . هذا ويُعد الشرى المزمن الناكس مظهراً أرجياً نادراً في سياق الخمج بالديدان الدبوسية .

**التشخيص** : تُكشف الديدان الدبوسية غالباً بالفحص العياني للناحية الشرجية أو للبراز ، كما يمكن إظهار البيوض في البراز . والطريقة الأسهل في التشخيص تكون بلصق قطعة من الشريط اللاصق الشفاف ( الشريط التشخيصي للدودة الدبوسية Pinworm diagnostic tape ) على الناحية الشرجية غير المنظفة ، ثم لصقها بعد ذلك على شريحة زجاجية ، وفحصها تحت المجهر لإظهار بيوض الأقصورة ، وهي بيوض سهلة الكشف مجهرياً بسبب شكلها البيضوي المميز .

**المعالجة** :

*جهازياً* : (١) **البيرفينيوم Pyrvinium** : يُعطى البيرفينيوم باموات Pyrvinium pamoate بجرعة وحيدة عند الأطفال . (٢) **مشتقات البيرازين Piperazine derivatives** : تم استبدال أحادي فسفات البيرازين Piperazine monophosphate ، وهكساهدرات البيبرازين Piperazine hexahydrate ، وأديبات البيبرازين Piperazine adipate بالمه بندازول Mebendazole ، ولا يُنصح بإعطاء الأدوية الآنفة الذكر للأطفال . (٣) **المه بندازول Mebendazole** : يُعطى للبالغين بجرعة وحيدة ( قرص واحد ) ، ويمكن إعادة المعالجة بعد ٢ ـ ٤ أسابيع . وهناك من ينصح بإعطاء الدواء لثلاثة أيام متتالية . يُعد المه بندازول « الدواء الطارد للديدان الواسع الطيف » الأكثر فعالية ، وله تأثير فعّال على جميع الديدان الممسودة ومراحلها اليرقية تقريباً . ولكنه غير فعّال تجاه **الأسطوانية Strongyloides** . والجرعة العامة في حال الخمج بالديدان الممسودة هي ١٠٠ ملغ صباحاً و ١٠٠ ملغ مساءً لثلاثة أيام متتالية . يجب عدم إعطاء المه بندازول للأطفال تحت سن الثانية . كما أنه من الأهمية بمكان إعطاء جميع الأدوية الطاردة للديدان بجرعاتها الصحيحة وفق التعليمات المرفقة بالدواء . هذا ويُعد الحمل مضاد استطباب لإعطاء المه بندازول .

*موضعياً* : تتحسن الحكة الشرجية والإكزيمة الشرجية الناتجة عن الديدان الدبوسية بعد التخلص من الخمج ، ولإتمام ذلك ينبغي الحيلولة دون انتقال البيوض من الشرج إلى الفم وذلك بتقليم الأظافر وغسل الأيدي بشكل متكرر ، كما يجب أن يرتدي الأطفال الصغار عند المساء سراويل تحتية ضيقة مُلائمة .

## داء الصَفَر Ascariasis :

داء معروف منذ القدم ( **الخراطينية المدورة Lumbricus teres** ، لاتينية ) .

**تعريف** : خمج دودي ذو انتشار عالمي ، يكثر أيضاً في المناطق المعتدلة المناخ ، وتسيطر الظواهر الأرجية على موجوداته الجلدية .

**الطفيلي** : الدودة المسببة هي **الصفر الخراطيني Ascaris lumbricoides** . تعيش الدودة البالغة في المعى الدقيق ، وتتميز بكونها دودة صلبة ـ مرنة ، يتراوح طولها بين ١٥ ـ ٤٠ سم ، وقد تبلغ ثخانتها ثخانة قلم الرصاص . الذكور أصغر حجماً من الإناث ، وتضع الأنثى حوالي ٢٠٠ ألف بيضة يومياً .

**طريقة الخمج** : يحتوي براز الأنسان المصاب بداء الصَفَر على أعداد كبيرة من بيوض الصفر الخراطيني ، ويحدث الخمج بتناول الخضار والفواكه الطازجة أو غيرها من المواد الغذائية الملوثة بهذه البيوض . تفقس البيوض في المعى الدقيق ، وتهاجر اليرقات الناتجة عبر الجدار المعوي ، فتصل إلى الرئتين عبر الدوران الدموي بعد مرورها بالكبد ، وتسبب في الرئتين ارتشاحات عابرة بالحمضات ( متلازمة لُفْلَر Löffler's syndrome ) . ثم تعود ثانية إلى المعى الدقيق بعد مرورها بالرغامى والبلعوم ، حيث يكتمل تطورها إلى ديدان بالغة . هذا ويحدث الخمج بشكل رئيسي عند الأطفال .

**الموجودات السريرية** : لا تسبب الأخماج الخفيفة **بالصفر الخراطيني** أعراضاً معوية واضحة ، وفي معظم الحالات تُكشف الديدان في البراز بطريق الصدفة فقط . وتتركز الأهمية السريرية على الأخماج الأكثر شدة ، إذ تُثير النواتج الاستقلابية للديدان أو اليرقات ، وكذلك مكوناتها تفاعلات مناعية بسبب قدرتها المؤرجة ، ومثال ذلك الشرى المزمن ، وكثرة حمضات الدم ، والارتشاحات الرئوية العابرة بالحمضات ، والزحير ، وبعض الأعراض المعوية كالإسهال . هذا ويجب التفكير دوماً بإمكانية وجود خمج بالصفر الخراطيني لدى كل مريض لديه حالة شرى مزمن مع كثرة الحمضات .

**إظهار الطفيليات** : تُكشف البيوض بسهولة بإجراء اختبار تعويم البيوض Flotation test . كما يمكن كشف الديدان وبيوضها بفحص عينات البراز .

**التشخيص** : يرتكز بشكل رئيسي على كشف الديدان . وقد يكون مفتاح التشخيص كثرة حمضات الدم ، وارتفاع قيم الغلوبلين المناعي ( E ) ، علماً بأنه لا يتوفر اختبار جلدي لتشخيص داء الصفر .

**المعالجة** : تشبه معالجة داء الأقصور ، ويُعد المه بندازول mebendazole الدواء المُنتخب . أما البيرانتل باموات

Pyrantel pamoate فليس فعالاً جداً . ونادراً ما تُستعمل مشتقات البيبرزاين piperazine .

**داء الشعرينات Trichinosis :**

**[ ١٨٦٠ von Zenker ]**

*المرادف :* Trichinellosis .

**تعريف** : داء دودي ذو انتشار عالمي وأعراض عامة شديدة . يندر حدوث هذا الداء في البلدان المتقدمة ، وقد سُجلت منه ٤٠ حالة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٨٧ .

**الطفيلي** : الدودة المسببة هي **الشعرنية الحلزونية Trichinella spiralis** التي قد توجد عند العديد من الفقاريات المختلفة . يتراوح طول الذكر منها بين ١,٤ — ٢ ملم ، والأنثى بين ٣ — ٤ ملم .

**طريقة الخمج** : يُخمج الإنسان عادة بتناوله لحم الخنزير المحتوي على اليرقات المحفظة Encapsulated larvae ( ٨٠٪ من الحالات ) ، وتتحرر هذه اليرقات في المعدة ، وتنضج في الخلايا الظهارية للمعى الدقيق خلال أيام قليلة من تناولها ، ثم تموت الذكور بعد الجماع ، وتلد الإناث اليرقات التي تصل إلى الأعضاء المختلفة عبر الأوعية الدموية أو اللمفية . كما يحدث تطور آخر لليرقات في العضلات المخططة ، حيث تظهر هناك بعد ٥ — ٧ أيام .

قَلَّ حدوث هذا الداء كثيراً في الآونة الأخيرة بسبب المراقبة الدقيقة للحيوانات المنزلية الداجنة ، ومع ذلك فقد تبقى الحيوانات البرية مصدراً للخمج ( الأيل ، والخنزير البري ، والدب ، وغيرها ... ) .

**الموجودات السريرية** : تتوقف شدة الأعراض على عدد اليرقات الخامجة ، وأهم هذه الأعراض هي : الحُمى ، والمغص ، والإسهال ، والآلام العضلية ، وكثرة الحمضات . كما تحدث وذمة في الوجه ( وبخاصة على الأجفان ) كما تحدث على ظهر اليدين والقدمين . ونادراً ما تظهر الطفوح الشبيهة بالوردية Roseola – like . كما تُعد النزوف الشظوية تحت الظفرية من العلامات المميزة لهذا الداء . ومع ذلك فقد لا تظهر عند العديد من المرضى سوى أعراض قليلة فقط ، مما قد يجعل تشخيص الداء أمراً صعباً أو مستحيلاً .

**التشخيص** : يرتكز على الأمور التالية : الآلام العضلية ، وكثرة الحمضات ، وكشف **الشعرنية الحلزونية Trichinella spiralis** في الخزعة العضلية ، والأضداد المصلية ، وارتفاع عيار الغلوبلين المناعي ( E ) في المصل .

**التشخيص التفريقي** : يشبه التهاب الجلد والعضل المرحلة الحادة من داء الشعرينات .

**المعالجة** : يُعطى التيابندازول Thiabendazole بجرعة يومية قدرها ٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ( تُقسم إلى جرعتين ) ولمدة تتراوح من يومين إلى أربعة أيام ، بيد أنه ما زال هناك جدل وخلاف حول الفعالية الحقيقية للتيابندازول في هذا الداء . هذا ويمكن إنقاص التأثيرات الجانبية الخطيرة لهذا الدواء بإعطاء الستيروئيدات القشرية في الوقت نفسه .

**الاتقاء** : يكون بطهي اللحم أو شيّه .

**ملاحظة** : يُعد داء الشعرينات واحداً من الأدواء التي يجب التبليغ عنها Notifiable disease(*) .

**داء هجرة اليرقات الجلدي**
**: Cutaneous Larva Migrans**

**[ ١٨٧٤ Lee ]**

*المرادفات :* الطفح الزاحف ، حكة السبّاك Plumber itch ، التهاب الجلد بالماء .

**تعريف** : داء دودي ذو انتشار عالمي ، يحدث بشكل خاص في المناطق المدارية وتحت المدارية ، ويُصيب الأشخاص الذين يعملون حُفَاة في الأراضي الرطبة ، كما هي الحال عند عمال المناجم والأنفاق ، كما يُصيب الأشخاص الذين يعملون في أمور تصريف المياه ( حكة السبّاك ) . وفي الفترة الأخيرة ازداد انتقال هذا الداء من المناطق المدارية وتحت المدارية إلى مناطق أخرى غير موبوءة عن طريق المسافرين . هذا ويشمل تعبير داء هجرة اليرقات الجلدي مجموعة من الأمراض التي تسببها يرقات أنواع مختلفة من الديدان الممسودة ( المدورة ) Nematodes ، والتي تُهاجر عبر الطبقات السطحية للجلد . ( راجع الشكل ٩ — ١ ) .

**الطفيلي** : أولى حالات « الطفح الزاحف » التي تم التعرف عليها كانت ناجمة عن **الملقوة البرازيلية Ancylostoma braziliense** ؛ ولقد افترض خطأً أن هذه الملقوة هي السبب الوحيد لداء هجرة اليرقات ، حيث تبين أنه يمكن لأنواع أخرى من الديدان الشصية ( الملقوات ) Hookworms أن تُحدث صوراً سريرية مماثلة جداً كما هي حال : **الملقوة الكلبية Ancylostoma caninum** ، و**الملقوة العفجية Ancylostoma duodenale** ، و**الفتّاكة الأمريكية Necator americanus** ( الدودة الشصية الإنسانية ) ، و **Bunostomum phlebotomum** ( الدودة الشصية البقرية ) ، إضافة إلى بعض أنواع **الأسطوانيات Strongyloides** .

(*) أي أنه أحد الأدواء الخمجية ( كالهيضة ، والخناق ، والتدرن ، وغيرها ... ) التي يجب الإبلاغ عنها إلى السلطات الصحية المختصة ( المترجم ) .

**طريقة الخمج** : تعيش اليرقات التي تُطرح مع براز الإنسان في التربة الرطبة أو الشواطىء الرملية ، وتخترق هذه اليرقات بشرة الإنسان السليمة ، وتُهاجر عبر أنفاق تحفرها في البشرة والأدمة العلوية ( ومن هنا يأتي اسم **داء هجرة اليرقات larva migrans** ) ، وينجم عن ذلك تفاعل التهابي ثانوي . هذا ويمكن لليرقات أن تعيش في جلد الأنسان عدة أيام أو أسابيع .

**الموجودات السريرية** : يحدث في مكان دخول اليرقة ، وخلال ساعات قليلة ، التهاب جلدي حاك بشدة ، يتجلى بالوذمة ، والحطاطات ، والحطاطات الحويصلية . كما تُحدِثُ اليرقات الهاجرة آفات خطية متعرجة وصفية zigzag . هذا وتتوقف سرعة الهجرة على نمط اليرقة الخامجة ، غير أنه يمكن لليرقة بشكل عام أن تقطع مسافات كبيرة خلال دقائق أو ساعات . تظهر الإصابة النموذجية على القدمين ، ولكن يمكن أن تظهر في أي مكان من الجسم يكون في تماس مع اليرقات ( كاستلقاء الإنسان على الشاطىء الرملي ) .

**الأعراض** : الأعراض الرئيسية هي الحكة والأرق ، ولا يترافق هذا الداء بأعراض عامة .

**التشريح المرضي النسجي** : تُشاهد اليرقات في أنفاقها ، كما تُحاط الأنفاق برشاحات لمفاوية كثيفة غنية بالحمضات .

**الإنذار** : جيد . وقد تؤدي الأخماج الجرثومية الإضافية إلى تشكل البثرات ، أو حتى إلى حدوث التهاب الهلل .

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على القصة المناسبة التي تُبين مكان العمل أو السفر ، وعلى وجود الآفات الخطية الحمامية الغريبة الشكل ، وعلى الصورة النسجية التي تُظهر وجود اليرقات ضمن رشاحات التهابية غنية بالحمضات .

**التشخيص التفريقي** : يُفرَّق هذا الداء عن النغف الجلدي Cutaneous myiasis ( الناجم عن **Gastrophilus** ) ، وعن الآفات الناجمة عن **الأسطوانية البرازية Strongyloides stercoralis** .

**المعالجة** :

*جهازياً* : لا تُسوَّغ المعالجة الجهازية إلا في الأخماج الشديدة ، حيث يُعطى التيابندازول Thiabendazole بجرعة يومية قدرها ٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ولمدة تتراوح بين يومين وثلاثة أيام ، مع تقسيم الجرعة اليومية إلى جرعتين متساويتين ، هذا ويُفضل التقيد بالتعليمات المرفقة بالدواء .

*موضعياً* : يُطبق في المقام الأول دواء التيابندازول ( يُطبق على شكل مرهم بتركيز ٥٪ ـ أو ١٠٪ تحت ضماد كتيم ) .

**داء الأسطوانيات ( المستديرات )**
**: Strongyloidiasis**

[ Fülleborn ١٩٢٦ ]

*المرادفات* : اليرقة الجارية Larva currens ( Arthur و Shelley ١٩٨٥ ) ، « اليرقة العدّاءة Racing larva » .

**الطفيلي** : **الأسطوانية البرازية Strongyloides stercoralis** .

**الوبئيات** : تتطفل **الأسطوانية البرازية** على الإنسان والقردة والكلاب ، وتعيش في المناطق الدافئة الرطبة ، ونادراً ما تعيش في المناطق المعتدلة المناخ . يوجد في جميع أنحاء العالم حوالي ٨٠ مليون شخص مصاب بهذا الداء .

**طريقة الخمج** : تتطفل الدودة الأنثى ، التي يبلغ طولها حوالي ٢ ـ ٣ ملم ، على مخاطية العفج والصائم ، وتضع هناك حوالي ٥٠ بيضة يومياً بالتوالد البِكْري ( العُذْري )(*) . ثم تُطرح اليرقات الناتجة عن البيوض مع البراز ، وتتطور إلى يرقات خامجة في غضون عدة أيام ، يُخمج الإنسان بهذه اليرقات عن طريق الجلد ، خصوصاً إذا ما مشى حافياً في المناطق الملوثة بالبراز المخموج . وقد يُبتلى السيّاح أيضاً بهذا الداء عن طريق الشواطىء الرملية الملوثة . كما قد يُخمج الإنسان ذاتياً ، ويترافق هذا الخمج الذاتي Autoinfection باختلاطات مجموعية شديدة . تُهاجر اليرقات الخامجة من الجلد إلى الرئتين ، ثم تصل إلى الرغامى والمزمار ، وتنتقل من هناك إلى السبيل المعدي المعوي .

**الموجودات السريرية** : ينجم عن اختراق اليرقات أعراض عامة . وتتركز الأهمية بشكل خاص على الأعراض المعدية المعوية وعلى الأعراض الجلدية . وأهم الأعراض المعدية المعوية هي : الإسهال ، والمَغص البطني ، والقُياء ، والإمساك المستعصي Obstipation ، والنزف المعدي المعوي ، ونقص الوزن . وأهم الأعراض الرئوية هي : السُعال ، والزُلّة ، والتشنج القصبي ، والنفث الدموي . وأهم الموجودات الجلدية هي : آفات اليرقة العدّاءة ، والطفوح البقعية و/أو الحطاطية و/أو الشروية ، والحكة المعممة ، والحكة الشرجية ، والآفات الحُكاكية . هذا وتُحاكي جميع هذه الأعراض الجلدية حكة الأرض Ground itch(*) التقليدية الناجمة عن **الملقوة العفجية Ancylostoma duodenale** . تُهاجر اليرقات سريعاً في الجلد مُحدثة شرائط شروية تتقدم بمعدل ٥ ـ ١٥ سم في الساعة الواحدة . وتنجم الظواهر الأرجية في هذا الداء عن البروتيازات Proteases التي تُنتجها يرقات **الأسطوانيات** .

**التشخيص** : تُظهر القصة المرضية في الغالب إقامة المريض في منطقة يتوطن فيها الداء ، أو أنه قد عاد من أحد هذه المناطق .

---

(*) توالد بدون إلقاح Parthenogenesis ( المترجم ) .

(*) إن تعبير حكة الأرض هو مرادف لتعبير داء الملقوات الجلدي cutaneous ancylotomiasis ( المترجم ) .

كما يمكن رؤية اليرقات بشكل مباشر في كُلٍ من البراز والمفرزات العفجية ، وتتصف هذه اليرقات بشكلها الأبري وحركتها النشيطة . كما يجب التفتيش عن الآفات الجلدية المميزة . تكثر الحمضات بشكل دائم تقريباً ، ولا تُساعد الاختبارات المصلية على تشخيص هذا الداء .

**المعالجة** : يُعطى التيابندازول Thiabendazole بجرعة ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم / مرتين في اليوم ولمدة ٤ – ٦ أيام . وقد يُعاد العلاج ثانية بعد عدة أسابيع . كما يمكن إعطاء المه بندازول Mebendazole ، ويتميز هذا الدواء عن سابقه بأنه أكثر تحملاً من قبل المريض . هذا ولا يُستطب أبداً إعطاء الستيرويدات الجهازية في هذا الدواء .

**داء الخيطيات ( داء الفيلاريا ) Filariasis :**

[ بنكرفت Bancroft ١٨٨٠ ] .

*المرادفات :* Filiarosis ، داء الخيطيات لبنكرفت Bancroft ، داء الخيطيات الملايية Malayan ، داء الفيل المداري .

**تعريف** : ينحصر وجود هذا الداء في البلدان الاستوائية ، ويتوطن غالباً في مناطق معينة فيها ، مع أنه قد يُنقل أحياناً إلى مناطق أخرى غير موبوءة . تُفضل الأنثى الناضجة جنسياً أن تعيش في النسيج الضام والأوعية اللمفية . يحدث في هذا الداء تضيق في لمعة الأوعية اللمفية بسبب التكاثرات البطانية المُثارة بالنواتج الاستقلابية للطفيلي . وقد يؤدي هذا التضيق إضافة إلى الخمج الجرثومي الثانوي إلى حدوث ركود لمفي مزمن مع داء الفيل .

**الطفيليات** : **الفُخَرية البَنْكُرُفتِيَّة Wuchereria bancrofti** ، **وبروجيا مالاي Brugia malayi** ( Brug ١٩٢٧ ) ، **وبروجيا تيموري Brugia timori** .

**طريقة الخمج** : تنتقل **الفخرية البنكرفتية** مع بعض أنواع البروجيا **Brugia** عن طريق ثلاثة أجناس من الناموس هي : **البعوضة Culex** ، **والمنسونية Mansonia** ، **والإنفيل Anopheles** ؛ وتنشط هذه الأجناس ليلاً . بينما تنتقل الأنواع تحت المدارية **للفخرية البنكرفتية** عن طريق أنواع **الزاعجة Aedes** التي تعض نهاراً . ويتطلب تطور اليرقات الخامجة في الناموس درجات عالية من الحرارة والرطوبة . تُنتج الإناث البالغة الخيطيات Microfilariae التي تنتشر بالطريق الدموي ، ثم تنتقل إلى الناموس أثناء العض . فإذا ما عُض الإنسان بهذا الناموس المخموج فإن الخيطيات تنتقل إلى أوعيته وعقده اللمفية لتنضج هناك ، ثم تظهر في دمه المحيطي بعد ٣ – ٨ شهور ، ويتوقف ذلك على نوع الفخرية . أما مستودعات الخمج فهي القطط الأليفة ، والكلاب ، والقردة المخموجة **بالبروجيا Brugia** ؛ علماً بأن الإنسان يُعد ثوياً نهائياً **للفخرية** .

**الموجودات السريرية** : يحدث ابتداءً من موضع الخمج التهاب في الأوعية اللمفية ، أو في الخصية ، أو في البربخ ، مع التهاب يشبه الحمرة ؛ ويتصف التهاب الأوعية اللمفية بسيره المزمن . كما يعاني المريض أثناء ذلك من الحمى والنوافض ، وقد تحدث عنده الدوالي اللمفية ، والأُوْرَة ( القيلة ) ، والحبن ؛ وقد تنجم بعض هذه الاختلاطات عن الأخماج الجرثومية الثانوية أيضاً . كما يؤدي التورم الهائل في الساقين والأعضاء التناسلية إلى حدوث داء الفيل . وقد يكون الشرى المزمن المظهر الأول في داء الخيطيات . كما يمكن أن تنشأ في المرحلة الباكرة من الداء تورمات تشبه الحمامى العقدة تتوضع على الأطراف والمنطقة التناسلية ، وربما تكون من منشأ خمجي – أرجي .

**التشخيص** : من الأمور التي تُساعد كثيراً على التشخيص القصة المرضية التي تُظهر إقامة المريض في منطقة موبوءة بالداء ؛ كما يمكن كشف الخيطيات Microfilariae في كُلٍ من الدم واللمف ، علماً بإنه يمكن لالتهاب الأوعية اللمفية المزمن أن يسبق ظهور الخيطيات في الدم بعدة أشهر . هذا ويرتكز التشخيص في المراحل الأخيرة على المعطيات السريرية فقط .

**المعالجة** : يُعطى ثنائي إتيل كاربامازين **Diethylcarbamazine** وفق التعليمات المرفقة بالدواء . ويجب الاستمرار بالعلاج حتى اختفاء الخيطيات من الدم المحيطي ، وهو ليس فعالاً جداً تجاه الخيطيات البالغة .

**الاتقاء** : يُعد ثنائي اتيل كربامازين دواءً تفهاً **Tasteless** ، لذلك يمكن إضافته إلى ملح الطعام في المناطق الموبوءة ، ولقد حدث تناقص ملحوظ في معدل حدوث هذا الداء عند السكان في المناطق الموبوءة بعد إضافة هذا الدواء إلى ملح الطعام بنسبة ١٪ . كما ينبغي اتقاء عضات الحشرات ولسعاتها ليلاً ( بتكييف الهواء ، واستخدام الناموسيات ) ، ويُنصح كذلك باستعمال مُنَفِّرات الحشرات . كما يُعطى المسافرون عند سفرهم إلى المناطق الموبوءة ١٠٠ ملغ من ثنائي اتيل كربامازين مرتين في الشهر ، ومع أنها ليست بالجرعة الكبيرة ، غير أنها قد تنجم عنها بعض التأثيرات الجانبية .

**داء التُّنَيْنات Dracunculiasis :**

*المرادفات :* Dracontiasis ، Dracunculosis ، الخمج بدودة غينيا ( **التُّنَيْنَة المدينية Dracunculus medinensis** ) . وهذا الداء معروف منذ القدم .

**تعريف** : ينتشر هذا الداء في المناطق المدارية وتحت المدارية ، ويظهر عادة على الساقين والقدمين . والموجودات السريرية الرئيسية فيه هي : الأعراض الأرجية ، والقرحات الجلدية .

**الطفيلي** : الدودة المسببة هي **التُّنَيْنَة المدينية Dracunculus medinensis** ( دودة غينيا ) .

**طريقة الخمج** : الثوي الطبيعي **للتُّنَيْنَة المدينية** الناضجة جنسياً هو الإنسان ، ومن النادر جداً أن يكون في الثدييات الأخرى . وعندما تصل يرقات هذه الديدان إلى الماء العذب فإنها تتطور داخل **الحوادف Cyclops** ( براغيث الماء : جنس من القشريات ) . وعندما يشرب الإنسان ماءً ملوثاً بهذه القشريات الصغيرة المحتوية على اليرقات الخامجة ، فإن اليرقات تتطور في نُسجه الضامة إلى ديدان بالغة . يبلغ طول الأنثى حوالي ١٠٠ سم ، وقطرها حوالي ١ – ٢ ملم ، بينما يبلغ طول الذكر حوالي ٤ سم فقط . تُهاجر الدودة الأنثى نحو سطح الجلد ( غالباً إلى جلد الأطراف ) ، ويظهر على الجلد المُجاور لنهايتها الأمامية حطاطة حويصلية ، أو عقيدة التهابية ، أو تورم التهابي كبير الحجم لا يلبث أن يتقرح . تصل اليرقات الناتجة عن الأنثى إلى مياه الشرب . هذا ويمكن في بعض الأحيان رؤية الدودة البالغة في الجلد .

**الموجودات السريرية** : لا تظهر عند المريض المصاب بداء التُّنَيْنَات أية أعراض خلال فترة الحضانة الطويلة التي تُقدر بحوالي ٨ – ١٢ شهراً . وقبل ظهور الآفات الجلدية بفترة قصيرة تحدث بعض الظواهر الأرجية مثل : الحمى ، والشرى ، والغثيان ، والإسهال ، والزُّلة ، وكثرة الحمضات .

**التشخيص** : يمكن رؤية اليرقات المتحركة بالفحص المجهري لعينات مأخوذة من آفات قرحية الشكل ، وبوجه خاص من الآفات المتوضعة على الساقين ، على الرغم أن ذلك ليس سهلاً دائماً . كما يرتفع عيار الغلوبلين المناعي ( E ) في المصل . هذا وغالباً ما يحدث داء التُّنَيْنَات في المناطق الموبوءة بشكل فصلي ، حيث يُشاهد بشكل خاص في فصل الربيع .

**المعالجة** : يمكن إزالة الدودة المُشاهدة في الآفة المتقرحة بلفّها بشكل بطيء على قطعة خشبية بمعدل ٢ – ٣ سم/ يوم . ويتساءل المؤرخون الطبيون فيما إذا كانت هذه الطريقة القديمة المعروفة منذ بضعة قرون قد أسهمت إلى حد ما في تصميم عصا اسكولابيوس ( إله الطب والشفاء ) Aesculapius ، التي هي في الوقت الحاضر شعار الدكتور الطبيب . يمكن تجربة المترونيدازول Metronidazole ، مع أن استعماله ليس مقبولاً بشكل عام . كما جُرِّب أيضاً كلٌّ من النيريدازول Niridazole والتيابندازول Thiabendazole ، وكانت نسب نجاحهما متفاوتة .

**الاتقاء** : يكون بغلي ماء الشرب أو ترشيحه ( تؤدي هذه الإجراءات إلى وقاية فعّالة ) .

## داء اللُّوَّا اللُّوِيَّة Loiasis :

[ Guyot ١٧٧٨ ، Cobbold ١٨٦٤ ، Argyl – Robertson ١٨٩٥ ] .

*المرادفات* : الخمج **باللُّوَّا اللُّوِيَّة Loa loa** ، تورم الكاميرون Cameroon ، تورم كالابار Calabar ، الخيطيات الهاجرة .

**تعريف** : ينحصر وجود هذا الداء غير الضار نسبياً في أفريقيا الاستوائية ، والغربية ، والشرقية . وقد ينقله السّياح أحياناً إلى المناطق المعتدلة المناخ . يُسبب هذا الداء آفات جلدية مرئية مميزة .

**الطفيلي** : الدودة المسببة هي **اللُّوَّا اللُّوِيَّة Loa loa** .

**طريقة الخمج** : تنتقل اليرقات المسببة لداء اللُّوَّا اللُّوِيَّة عن طريق النُّعَرَة gadfly المسماة **ذهبية العيون المنصفية ( المشطورة ) Chrysops dimidiata** ، وقد تنتقل أيضاً عن طريق أنواع أخرى من **ذهبية العيون**(*) . يُعد الإنسان ثوياً طبيعياً لهذه اليرقات التي تنضج في الأجزاء العميقة من نُسجه الضامة ، ثم تهاجر بعد ذلك إلى سطح الجلد . هذا ويبلغ طول الأنثى حوالي ٥ – ٧ سم ، بينما لا يتعدى طول الذكر ٣,٥ ملم .

**الموجودات السريرية** : لا يترافق هذا الداء بأية أعراض عادة ، والمظهر السريري الوصفي الوحيد الذي نراه في بعض الحالات هو التهاب جلدي لطخي مع تورم وذمي يستمر لأيام قليلة فقط ( تورم الكاميرون Cameroon swelling ) ، هذا ونادراً ما يُشاهد لدى الإناث . وقد يَبتلى المريض أحياناً ببعض الظواهر الأرجية الإضافية مثل الشرى . وفي حالات نادرة تُهاجر **اللُّوَّا اللُّوِيَّة** إلى الملتحمة البصلية أيضاً .

**التشخيص** : لا يمكن في معظم الأحيان كشف الخيطيات Microfilariae في اللطاخات الدموية ، لذلك يُنصح باللجوء إلى طرق الترشيح Filtration أو الإغناء ( الإثراء ) Enrichment . هذا ويمكن كشف الديدان الناضجة جنسياً في النسيج تحت الجلد أو الملتحمة . كما أنه غالباً ما يرتفع عيار الغلوبلين المناعي ( E ) في المصل .

**المعالجة** : يُعطى في هذه الحالة ثنائي اتيل كربامازين Diethycarbamazine ، إلا أنه يجب توخي الحذر التام عند إعطائه للأشخاص المخموجين بأعداد كبيرة من الخيطيات الهاجرة ، فقد تنجم عن إبادة هذه الأعداد الضخمة من الطفيليات صدمة تأقية .

## داء كلاَّبِيَّة الذَّنب Onchocerciasis :

[ O'Neil ١٨٧٥ ، Leukert ١٨٩٣ ] .

(*) هناك Chrysops silacea ، و Chrysops distinctipennis ( المترجم ) .

*المرادفات* : Onchocercosis ، داء الخيطيات العقيدي ، عمى النهر .

**تعريف** : يتوطن هذا الداء بأفريقيا ( أفريقيا الاستوائية والغربية ، وأثيوبيا ، والسودان ) ، وكذلك في أمريكا الوسطى والجنوبية . وله في اليمن **شكل خاص** يُطلق عليه اسم **السودا Sowda** ( الأسود ) . ووفق تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO ، فإنه يوجد حوالي مليوني شخص مصاب في أمريكا الوسطى ، و ٢٠ مليون شخص مصاب في أفريقيا . ويُقدر عدد الإصابات وفق مصادر أخرى بحوالي ٤٠ مليون شخص . يُسبب هذا الداء توسفات جلدية ، واختلاطات عينية مروعة قد تؤدي في النهاية إلى العمى .

**الطفيلي** : **كُلَّابِيَّةُ الذَّنَب المُتَلَوِّية Onchocerca volvulus** .

**طريقة الخمج** : تنتقل **كُلَّابية الذنب المُتلوِّية** من إنسان إلى آخر عن طريق الذبابة السوداء ( **الذَّلْفَاء Simulium** ) التي تنشط نهاراً . يمكن إظهار الخييطيات في جلد الإنسان بعد فترة تُقدر بحوالي ١٥ — ١٨ ( ١٠ — ٣٠ ) شهراً من عضة الذبابة . هذا وتتوضع الخييطيات ضمن الجلد ، بينما تتوضع الديدان البالغة تحت الجلد . وبفحص مُحتوى العقيدات الجلدية ، فإنه غالباً ما نشاهد كُلاً من الذكر والأنثى ، مع أن الأنثى توجد بشكل دائم تقريباً . يتميز هذا الداء من الناحية النسجية بتمحفظ الديدان Encapsulation .

**الموجودات السريرية** : تتوضع العقيدات في هذا الداء تحت الجلد ، وتُشاهد على الجذع والرأس والأطراف ، ويتراوح قطرها بين ٢ — ٦٠ ملم ، ويتوضع في ٢٠٪ — ٣٠٪ من الحالات بالقرب من محفظة المفصل ، كما أنها كثيراً ما تتلازق . تُشاهد العقيدات عند المرضى الأفريقيين بشكل رئيسي في الناحيتين الحوضية والفخذية ، بينما تُشاهد عند مرضى أمريكا الجنوبية في الأجزاء العلوية من الجذع وعلى الرأس . هذا ويكون الجلد جافاً متفاعلاً متوسفاً ، يُبدي علامات التحزز ، كما يُبدي تبدلات تشبه الضمور أو الإكزيمة أو الحمرة أو تصلب الجلد . إلا أنه نادراً ما يحدث داء الفيل . تتضخم العقد اللمفية الأربية عند المرضى الأفريقيين بسبب التهاب الجلد المزمن **بكُلَّابية الذنب** ، وتُستر هذه العقد بطيات جلدية رخوة ( **الأربية المتدلية hanging groin** ) . كما يحدث زوال لطخي في الصباغ فوق حرف الظنبوب وفي أماكن أخرى أيضاً .

تُسبب الخييطيات بتحريرها للمستأرجات Allergens ظواهر أرجية تكون مسؤولة عن الاختلاطات العينية الخطيرة مثل : التهاب القرنية ، والتهاب الشبكية والمشيمية ، والتهاب القزحية والهُدابي ، والعتامة في الجسم الزجاجي ، والسَّبَل pannus ( توعية القرنية الغشائية ) . وقد تؤدي هذه الاختلاطات إلى حدوث العمى ، الذي يحدث بتواتر أكبر عند سكان القرى الواقعة بالقرب من الأنهار ( عمى النهر ) ، وهذا ما يدفعهم في أغلب الأحيان إلى مغادرة قراهم .

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على كشف الخييطيات في الجلد . ولإتمام ذلك تُؤخذ كُشاطات جلدية طازجة أو أجزاء من خزعة جلدية ( يُفضل في هذه الحالة أخذ الخزعة بواسطة مِخْرَمَة الصُلبة المُعدَّلة من نمط Walzer ) ، وتُغمر في محلول ملحي فيزيولوجي لمدة ٣٠ دقيقة على الأقل ، والأفضل لمدة ٢٤ ساعة ، وعند ذلك تترك الخييطيات النسيج المصاب لتسبح في المحلول الفيزيولوجي . كما يمكن رؤية الطفيليات بشكل مباشر في الغرفة الأمامية للعين باستخدام المصباح الشقي . هذا ويتصف السَّبَل Pannus ( توعية القرنية الغشائية ) في داء كُلَّابية الذنب بنموه من الجانب أو الأسفل باتجاه القرنية ، بينما يتصف في الحَثَر Trachoma بنموه من الأعلى إلى الأسفل .

تُؤدي المعالجة التجريبية بثنائي اتيل كربامازين diethylcarbamazine إلى حدوث تفاعل جلدي أرجي ( اختبار مازوتي Mazzotti test ) ، حيث تظهر حطاطات حاكة بعد ٣٠ دقيقة إلى ٢٤ ساعة من تناول ٥٠ ملغ من الدواء . كما سُجِّل حدوث المظاهر التالية في سياق هذا الاختبار : حكة موضعية أو معممة ، وطفوح حطاطية شروية ، وحكة أو حس حرق في العينين ، ودُماع ، وتفاعلات مجموعية ( آلام مفصلية ، وحمى ، وأعراض قلبية وعائية ) ، وقد حدث الموت في بعض الحالات . لذلك يجب عدم إجراء هذا الاختبار إلا عند التأكد من أمرين : أولهما خلو الخزعة الجلدية من الخييطيات ، وثانيهما عدم وجود الإصابة العينية .

**المعالجة** : لا يتوفر في الوقت الحاضر علاج شافٍ لهذا الداء ، ويُفضل استئصال العقيدات الجلدية جراحياً إن أمكن ذلك .

*جهازياً* : يمكن إعطاء ثنائي اتيل كربامازين Diethylcarbamazine ، مع أنه قد يكون خطراً جداً في بعض الحالات ، فقد يُسبب صدمة أرجية بسبب تخريبه للخييطيات ( تفاعل هِرْكِسْهَايمَر Herxheimer's reaction ) ، ويُخشى بشكل خاص من حدوث العمى . كما يُعد السورامين Suramin ( مركب صنعي مُشتق من اليوريا urea ) دواءً خطراً أيضاً في هذا الداء .

**الاتقاء** : من الصعب تحقيق ذلك ، والإجراء الوحيد الناجح في هذه الحالة هو العلاج المستمر لجميع السكان .

## العَلَقِيَّات Annelida

## ( الديدان الحلقية Ringlet worms ، الديدان الهلبية Bristle worms ) :

تتصف هذه الديدان من الناحية الشكلية بقطع جسمها حلقية الشكل . يتطفل بعض أنواع صنف العَلَقيات Hirudinea على الإنسان بشكل خارجي ومؤقت ليمتص دمه ( العَلَق Leeches ) ، ويعيش معظمها في الماء ، إلا أنه يوجد في المناطق المدارية الرطبة الدافئة في شرق آسيا وأمريكا الجنوبية جنس أرضي يُعرف باسم **الظمآن للدم Haemadipsa** ، يكمن للإنسان في النباتات . تُسبب جميع أنواع العَلَق جروحاً جلدية عند امتصاصها الدم ، وبما أن لُعاب العَلَق يحتوي على مواد مضادة للتخثر فقد تنزف هذه الجروح بغزارة ولفترة طويلة من الزمن . قد نُشاهد أيضاً في أماكن العض اندفاعات جلدية شبيهة بالحُكاك العقيدي **Prurigo nodularis** . وفيما عدا ذلك فإن هذه الديدان لا تسبب أي أذى للإنسان .

**الجدول ٩ ـ ٢** : علاج الأدواء الناجمة عن الديدان

| الدواء | الحمج | الجرعة |
|---|---|---|
| تيابندازول Thiabendazole | الأسطوانيات | ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ تؤخذ مرتين في اليوم ( الجرعة القصوى ٣ غرام ) ، لمدة ٤ ـ ٦ أيام |
| مه بندازول Mebendazole | الملقوة البرازيلية | ٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، لمدة ٢ ـ ٣ أيام |
| | الصفر الخراطيني | ١٠٠ ملغ/ مرتان في اليوم ، لمدة ٣ أيام |
| | السرمية الدويدية | |
| | المشوكة | |
| | الفكيات | |
| | الملقوة العفجية | |
| | الفتاكة الأمريكية | |
| | الأسطوانية البرازية | |
| | الشعرينة | |
| | المُسَلَّكة | |
| برازيكوانتيل Praziquantel | متأخر الخصية الصيني | ٢٠ ـ ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ ثلاث مرات في اليوم ، لمدة ١ ـ ٢ يوم |
| | المتوارقة | |
| | جانبية المناسل | |
| | المنشقة | |
| | المحرشفة القزمة | |
| | العوساء العريضة | |
| | المشوكة ( حسب المكان والنوع ) | ٥٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ يوم ، تُقسم إلى ثلاث جرعات ، لمدة ١٤ يوماً أو حتى لعدة أشهر |
| مترونيدازول Metronidazole | التنينة | كتجربة ، وليس مقبولاً بشكل عام |
| بيرانتيل باموات Pyrantel pamoate ( استُبدل بالمه بندازول ) | الصفر الخراطيني | ١١ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، جرعة وحيدة ( تُكرر ) ، والجرعة القصوى غرام واحد |
| | السرمية الدويدية | |
| | الملقوة العفجية | |
| | الفتّاكة الأمريكية | |

| | | |
|---|---|---|
| بيبرازين سِترات Piperazine citrate ( استُبدل بالمه بنداژول ) | الصفر الخراطيني | ٧٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ يوم ، لمدة يومين |
| نيكلوساميد Niclosamide | المتوارقة | ٢ غرام/ يوم |
| | العوساء العريضة | |
| | المحرشفة القزمة | ٢ غرام/ يوم ، لمدة ٧ أيام |
| | الشريطية | |
| باروميسين Paromycin | المحرشفة القزمة | ٤٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ يوم ، لمدة ٥ ـ ٧ أيام |
| | العوساء العريضة | ٢٥ ـ ١٠٠ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، لمدة ٥ ـ ٧ أيام |
| نيريدازول Niridazole | التنينة | ٢٥ ملغ/ كغ من وزن الجسم ، لمدة ١٠ أيام |
| ثنائي أتيل كربامازين Diethylcarbamazine | داء الخيطيات | اليوم الأول : ٥٠ ملغ ، ٣ مرات<br>اليوم الثاني : ٥٠ ملغ ، ٣ مرات<br>اليوم الثالث : ١٠٠ ملغ ، ٣ مرات<br>الأيام ٤ ـ ٢١ : ٢ ملغ/ كغ من وزن الجسم/ ٣ مرات في اليوم |
| | كلابية الذنب المتلوية ( لا يُستطب العلاج عند وجود الإصابة العينية ) | يُعطى العلاج لمدة ٣ أسابيع ، حيث نبدأ بجرعة ٢٥ ملغ/ يوم ثم نرفع الجرعة بصورة تدريجية حتى نصل إلى ١٥٠ ملغ/ يوم . |

# الفصل العاشر

# الطفوح الدوائية

# Drug Eruption

د . عبد الرحمن قادري

*المرادفات :* الطفحية الانسامية أو الأرجية المُحْدَثة بالدواء ، الانسام الجلدي ، الطفحية الدوائية ، عدم تحمل الجلد الدوائي .

**التعريف :** هي تغيرات تطرأ على الجلد والأغشية المخاطية ، وتحدث كتأثيرات جانبية غير مرغوب فيها بعد إعطاء جرعة دوائية عادية نظامية غير انسامية . ( مثال : بعد إعطاء دواء عن طريق الفم أو بعد إعطائه حقناً داخل الجلد ، أو تحت الجلد ، أو داخل العضل ، أو عن طريق الوريد ، أو بعد استنشاقه أيضاً ، أو امتصاصه عن طريق الجلد أو الأغشية المخاطية كقطرة عينية ، أو أنفية ، أو تحاميل ، أو تحاميل مهبلية إلخ ... ) .

**الحدوث :** إن التأثيرات الجانبية المحدثة بالدواء والتي تصيب الجلد والأغشية المخاطية كثيرة الحدوث . هذا وتبلغ نسبة الآفات المحدثة بالدواء ٥٪ من جميع المرضى المصابين بآفات جلدية ، وقد تقلّد التغيرات الجلدية المحدثة بالدواء ، كما في الإفرنجي ، أدواءً جلدية عديدة . إضافة لذلك ، فإن الدواء قد يثير حدوث أمراض جلدية مثل الفقاع الشائع ، والفقاعاني الفقاعي ، والحزاز المسطح .

ولهذا السبب ، كان من الضروري معرفة وجود أية قصة دوائية من أي مريض مصاب بمرض جلدي أو بآفة على الأغشية المخاطية . هذا ويجب أن لا توجه الأسئلة حول الأدوية بالمعنى الضيق فحسب ، بل عن المداواة أيضاً ، والتي يغلب أن لا يعتبرها المريض من الأدوية ، وعلى سبيل المثال ، موانع الحمل ، والمركّنات ، والمنومات ، والفيتامينات ، وغسولات الفم ، والقطرات العينية ، والمسهلات .

ونظراً لكثرة التأثيرات الجانبية المحتملة للدواء ، كان على الطبيب أن يفكر دوماً بإمكانية حدوث التأثيرات الجانبية للدواء عند الشروع بأية معالجة ، كما أن عليه أن يأخذ بالحسبان نسبة الفائدة على خطورة المعالجة ، ويجب عليه أن ينبه المريض عن مخاطر المداواة .

إن الطفوح الدوائية عند الأطفال أقل حدوثاً منها عند الكهول ، وذلك لأنهم أقل تناولاً للدواء . أما بالنسبة للاختلافات المتعلقة بالجنس وتأثيرها في حدوث الطفوح الدوائية فغير واضحة إذا ما استبعدنا التأثيرات الجانبية للهرمونات الجنسية النوعية . ومن الجدير بالملاحظة ، هو كثرة حدوث تفاعلات دوائية معينة عند النساء ، مثل الحمامى العقدة أو التهاب الأوعية الأرجي ، كما وتتدخل العوامل الوراثية في نشوء الطفوح الجلدية وذلك بسبب الاختلافات المحددة وراثياً للفعالية الإنظيمية المؤثرة في الاستقلابات الدوائية . وهكذا فعلى سبيل المثال ، فإن التعطيل البطيء للإيزونيازيد يكون متصاحباً بخلة جسدية صاغرة ، كما ويكون ناجماً عن الاختلاف في معدل الأسئلة وتعطيل الإيزونيازيد . ويبدو أيضاً أن الدواء الذي يثير حدوث الذأب الحمامي له أرضية وراثية ، مثال : جملة التوافق النسجي HLA . وقد تلعب البيئة دوراً مشابهاً ، وهكذا على سبيل المثال : تلعب تأثيرات ضوء الشمس دوراً في حدوث الطفوح الانسامية الضوئية أو الطفوح الأرجية الضوئية .

**السير والإنذار :** إنذار معظمها حسناً ، حيث يتم تراجع الأعراض الجلدية بعد إيقاف الدواء المحدث للتفاعل ، كما وتحدث حالات ذات سير شديد نتيجة إصابة أعضاء داخلية . أما متلازمة لايل المحدثة بالدواء ( انحلال البشرة النخري الانسامي ) ، فنسبة الوفيات فيها مرتفعة وتبلغ حوالي ٣٠ - ٤٠٪ .

## العوامل الممرضة والتفاعلات الجلدية :

يوحي التعدد الشكلياني للتفاعلات الجلدية المحدثة بالدواء بأن إمراض الطفوح الجلدية قد يكون مختلفاً جداً ، علماً بأن تميزها عن بعضها شكليانياً قد يكون مستحيلاً كما في الطفحة القرمزية والطفح الدوائي قرمزي الشكل .

### الآلية الإمراضية Pathological Mechanisms :

**التفاعلات الدوائية الانسامية الحادة الناجمة عن جرعة مفرطة :** قد يحدث نزف جلدي عقب جرعة مفرطة من الباربيتوريات ( نخرة باربيتورية جلدية ) ، والتهاب الفم التقرحي الحاد أو تساقط أشعار حاد بعد جرعة كبيرة أو مفرطة من الأدوية الموقفة للتكاثر الخلوي مثل الميتوتركسات . وقد تصبح الجرعة الدوائية مفرطة نسبياً عند إعطاء جرعة طبيعية من الدواء في حال قصور الوظائف الكلوية ( الأشخاص المسنين ) ، أو إذا ما كان هناك تآثر **Interaction** ما بين أدوية متعددة أو وجود عطب استقلابي .

**الجرعة المتراكمة Cumulative dose :** قد يكون إعطاء الدواء لفترة طويلة نسبياً سبباً في حدوث التفاعل الجلدي ، وهكذا فإن المعادن الثقيلة مثل المركبات الزرنيخية أو أملاح الذهب ، تختزن في الجلد ، وتتفاعل مع الجمل الإنظيمية الخلوية مؤدية إلى أعراض جلدية بعد بضعة أسابيع . ومثال آخر هو

الأذى الآجل الناجم عن الزرنيخ ( الملان الزرنيخي ، التقران الزرنيخي ، قاعدومات Basiliomas متعددة على الجذع ، داء بوفن Bowen ، سرطانات داخلية ) ، ذلك الأذى الذي يحدث بعد تناول الزرنيخ لفترة طويلة نسبياً . ويمكن أن نورد هنا فرط الفيتامين ( A ) الذي يبدو دوره واضحاً في إحداث رقة في أشعار الرأس ، وقد يؤدي إلى تساقطها . كما نورد مثالاً الطفحية العدّية الشكل الناجمة عن الهالوجينات ، أو الفيتامينات أو الإيزونيازيد .

**التـأثيرات الدوائيـة الجانبيـة Pharmacological Side Effects** : تتطلب هذه التأثيرات الجانبية معرفة نسبة فائدة الدواء/ خطورة المعالجة المقترحة ، بشكل دقيق . مثال ذلك الأدوية المثبطة للتكاثر الخلوي التي تسبب تساقط أشعار منتشر مزمن في الجرعات العادية ، أو الستيروئيدات القشرية السكرية ، بالاعتماد على الجرعة ، التي قد تُحدث طفحية عدية الشكل ( عد ستيروئيدي ) ، أو فرط أشعار ، أو داء سكري ، أو فرط توتر شرياني ، أو انثقاب معدي ، أو تخلخل عظام ، وذلك عند استعمالها لمدة طويلة نسبياً .

**اضطراب التوازن البيئي** : يتغير التوازن الجرثومي في الجلد والأغشية المخاطية من خلال معالجة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية السكرية ، أو الأدوية الموقفة للتكاثر الخلوي ، أو بالصادات . وكنتيجة لذلك ، قد يحدث على سبيل المثال ، داء المبيضات البيض في الفم والأمعاء والمهبل أو المنطقة التناسلية . وقد يسهل أيضاً حدوث الأخماج الحموية والجرثومية .

**محرشات الأدواء الكامنة أو الظاهرة** : منها ما يكون بتحريض التهاب الجلد الحلئي الشكل من خلال الأدوية المحتوية على يوديد البوتاسيوم ، أو تحريض الذأب الحمامي بأدوية معينة ، أو تحريض الصداف الشائع بأملاح الليتيوم وحاصرات بيتا ، أو الأدوية المضادة للبرداء .

**التحساس الذاتي** : يبدو من المشكوك فيه ما إذا كانت الطفوح الجلدية تنشأ على أساس من فرط الحساسية الغريزية غير المناعية .

**اللاتحمل** : ويعني المعنى الضيق لهذه الكلمة عدم قابلية فرد ما على تحمل الجرعات العلاجية للأدوية . مثال ذلك : حدوث تنخر بالكومارين عند النساء المسنّات ذوات الاستعداد ، أو حدوث الشرى عند الأشخاص غير المتحملين للأسبرين ، وقد ظهر أن اللاتحمل هو نتيجة اختلافات فردية في الفعالية الإنظيمية للعديد من الأدوية . وهكذا فإن المقدرة على استقلاب الدواء تكون موضع استفهام . أمّا مصطلح الأرج الكاذب Pseudoallergy فيستعمل أيضاً عندما تقلد الأعراض تفاعلاً أرجياً دون وجود دلائل واضحة تشير إلى وجود آلية مناعية .

**تفاعل جاريش – هيركسهايمر** : يحدث هذا التفاعل الجلدي الحاد بعد استعمال دواء فعّال مضاد للجراثيم في معالجة الأمراض الحمجية حيث يؤدي إتلاف الكائنات الحية السريع الناجم عن المعالجة لإطلاق مواد سامّة تؤدي إلى زيادة الطفحية الموجودة ، أو أنها تحدث طفحية جديدة . أما المثال الوصفي لتفاعل جاريش – هيركسهايمر فهو الذي يشاهد بعد الزرقة الأولى للبنسلين حين معالجة الإفرنجي الثانوي ، حيث تسور البقع ، أو البقع الحطاطية الإفرنجية الطفحية خلال بضع ساعات ، كما وتظهر اندفاعات إفرنجية جديدة ، وغالباً ما يحدث تفاعل عام مع حمى وصداع . هذا ولا يشاهد التفاعل السابق عقب زرقات البنسلين التالية ، وذلك لأن معظم العوامل الممرضة تكون قد قتلت عند الحقنة الأولى .

**التفاعلات الأرجية الضوئية والتفاعلات الانسمامية الضوئية** : تظهر هذه التفاعلات على أجزاء الجسم المعرضة للضياء ، وذلك عقب تطبيق الدواء موضعياً ، أو تناوله عن طريق الفم ، أو إدخاله بطريق الزرق .

**التفاعلات الأرجية Allergic Reactions** :

تعتبر الطفوح الدوائية الأرجية هي الأكثر من بين جميع التأثيرات الجانبية الجلدية للدواء . وتظهر هذه الطفوح عند إعطاء الدواء لمريض عانى سابقاً من فرط التحسس . هذا ويجب أن يكون مطبوعاً في الذهن بأن الأدوية ليست مواداً كيمياوية نقية ، لكنها تقدم في سواغات ( حبوب ملبسة ) والتي بدورها قد تتضمن على مستأرجات جوهرية ( مواد صباغية مكونة لجزء من الحبة الملبسة ) تؤدي للتحسيس أحياناً . وينجم حدوث الشرى أو الطفوح الدوائية الثابتة عن السواغ أو الصباغ المكون للمحافظ Capsules .

تعمل المحضرات الدوائية بدئياً كمستضدات أو نواشب غير تامة لانخفاض وزنها الجزيئي . هذا ويرتبط الدواء أو مستقلباته في البدء ببروتين الجسم . وتتعرف بعدئذٍ الجملة المناعية على تلك الأدوية كأجسام أجنبية بدئية ، ومحدثة تفاعلاً أرجياً كمستضدات ( تامة ) . ولم تعرف بعد العوامل المستضدية المحددة لمعظم الأدوية ، لكن تلك العوامل المحددة معروفة فقط بالنسبة للبنسلين وبعض السولفوناميدات . كما وأن التركيب الكيميائي للأدوية ذو أهمية تؤخذ بعين الاعتبار بسبب فعلها المستضدي أو الأرجي . وكثيراً ما تشاهد التفاعلات الأرجية في الجلد ناجمة عن مركبات بارا – Para والتي ما هي إلا مركبات كيميائية متضمنة لزمر Para ، مثال : المواد العضوية

عطرية ذات زمر فعّالة ( أمينو وهدروكسي ونترو ، أو الزمر هلوجينية ) في بدائل بارا . وتشمل مركبات بارا Para على سبيل المثال ، المنبجات الموضعية مثل البروكائين ، والبنزوكائين و التتراكائين والعوامل الموقفة للسل ( حمض بارا أمينوساليسيليك ) ، والعوامل الفموية المضادة للسكري ، والسولفوناميدات .

إن فرط التحسس المحدد في بعض المركبات هو تحسيس أحادي التكافؤ ، أما في تحسيس الزمرة ، فإن ذلك يحدث تجاه زمرة من المواد المتشابهة بالبنية الكيميائية ، مثال : ما يدعى بمواد Para . كما وتشاهد أرجيات الزمرة تجاه الأدوية الموجهة لمعالجة الذهان Psychotropic ، ومن أمثلتها : الفينوتيازين ومشتقات الديتزيبين Dipenzepine ، هذا ويوجد في التحسيس متعدد التكافؤ تحسيس مكتسب للعديد من المركبات الكيميائية المختلفة كالتتراسيكلينات ، الفينوتيازينات ، والفينازونات .

وفي العديد من الحالات ، لا يشكل إدخال الدواء مستضداً بدئياً ، لكن ذلك المستضد ينجم في الجسم كنتيجة أولية لقلب تلك المواد أو تدركها ، علماً بأن هذه المستقلبات الأرجية لا تعرف في معظم الحالات ، كما لم يتضح أيضاً كيفية حدوث طفوح دوائية مميزة شكلياً بدواء واحد . ويغلب أن تتظاهر الطفوح الدوائية نتيجة لعمليات ضم ، كما لوحظ أن الأخماج ( الأنفلونزا ، التهاب اللوزتين ) تساعد على حدوث الأرجية . فإذا ما تغلب المريض على مرضه الخمجي ، ثم تعرض لدواء وحيد لا يعاني بعدها تفاعلاً جلدياً .

تتشكل الأضداد بعد حوالي ٨ ـ ١٢ يوماً من التماس مع المستضد ، ويؤدي تفاعل الضد ـ المستضد إلى أمراض أرجية . ومن جهة أخرى ، فإن الجسم إذا ما كان متحسساً سابقاً ، فإن كافة المجريات ابتداءً من نفوذ المستضد وحتى تظاهرات التفاعل الأرجي تجاه الدواء تحدث بأكبر سرعة معتبرة . وقد يؤدي التفاعل الدوائي الناجم عن الأضداد الخلطية إلى تغيرات جلدية ، أو في الأغشية المخاطية خلال بضع دقائق وحتى بضع ساعات وذلك كتفاعل تأقي أو كتفاعل من نمط أرتوس ( تفاعل مباشر ، النمط المبكر للأرجية ) . ومن جهة أخرى ، فإن التفاعل الأرجي المتواسط بالخلايا ( نمط الأرج للبنسلين أو نمط الإكزيمة ) أوّل ما يظهر بعد ٢٤ ـ ٤٨ ساعة من نفوذ المستضد ( النمط الآجل من فرط الحساسية ) . أما الدورة الزمنية للتفاعلات الخلطية المتواسطة بالأضداد والتفاعلات المناعية الخلوية ، فتزود دليلاً قيماً في إيضاح الطفوح الدوائية .

لقد صنّفت التفاعلات المناعية الأساسية من قبل كلٍّ من كومبس Coombs وجل Gell ، بشكل يتناسب مع الأدواء الأرجية السريرية .

**التفاعلات الأرجية الخلطية للنمط العاجل :**

تتظاهر التفاعلات العاجلة في الكائن المحسس خلال بضع دقائق إلى بضع ساعات ، فهي تتواسط بالأضداد

**التفاعل نمط I. : التفاعل التأقي Anaphylactic Reaction :** تتكون أضداد IgE غير المترسبة ، والتي ليس لها ارتباط متمّمي ، في الجسم بعد التحسيس ، وتتجلى غالباً بارتفاع قيمة IgE المصلي . ويتم الارتباط على سطح الأغشية الخلوية وخاصة على نسيج الخلايا البدينة والأسسات في الدم . هذا وتُحدث التشكلات الجسرية ما بين جزيئين لضدين على سطح الخلية وبين مستضد ثنائي التكافؤ شلالاً من التفاعلات الإنظيمية ، مؤدية إلى انطلاق الوسائط مثل الهستامين والبروستوغلاندين واللوكوترين والكينين Kinins ووسائط أخرى . وكنتيجة لتأثير هذه المواد على الأنسجة فإنه يحدث توسع وعائي مع زيادةٍ في نفوذية ونتح المصل إلى الأنسجة ، كما يحدث انجذاب كيمياوي للحمضات ، وتقلص العضلات الملس . وإن درجة تحرر الهستامين المحدث بواسطة تفاعل الضد ـ المستضد ، والوسائط الأخرى أيضاً ، ومسرح العمليات تحدد جميعها طراز المرض السريري .

*الصدمة التأقية Anaphylactic shock :* تحدث هذه الصدمة بعد بضع دقائق من تحرر مقادير كبيرة من الهستامين ، مؤدية إلى تشنج قصبي ، ووذمة موضعة على الأغلب ( وذمة مزمارية أو حنجرية ) ، وتوسعات وعائية معممة ، إضافة إلى فرط توتر شرياني ووهط . وقد يحدث في الجلد شرى حاد ووذمة كوينكة ( وذمة وعائية ) .

*التفاعلات التأقية المحصورة بالعضو :* تحدث هذه التفاعلات موضعياً ، مكان حدوث تفاعل الضد ـ المستضد مؤدية لانطلاق الوسائط ، والتي قد تؤدي إلى التهاب ملتحمة وأجفان ، والتهاب أنف أرجي ، وربو قصبي أرجي . وعلى سبيل المثال : التظاهرات الأرجية للطلع في مكان تماس المستضد الخارجي المباشر .

*الأعراض الجلدية :* إن الانتقال الدموي للمستضد في الجلد إلى أمكنة تَعرض الخلايا البدينة الموافق لارتباطها بالأضداد IgE في الشخص المتحسس ، يؤدي إلى شرى في حالة التوضع الجلدي ، وإلى شرى عميق أو وذمة وعائية في التوضع ما تحت الجلد . هذا وإن المستضدات البدئية غالباً ما تكون ذات وزن جزيئي عالٍ ( بروتينات ) . أما الأدوية ذات الوزن الجزيئي المنخفض فهي مستضدات بدئية غير تامة عادة ( نواشب ) ،

**الجدول ١٠ – ١** : التفاعلات الأرجية الأساسية وفقاً لكومبس وجل مع مكافئاتها من الأمراض السريرية

| نمط التفاعل | التفاعلات المتواسطة بالأضداد الخلطية : تفاعلات أرجية من النمط العاجل | | | | التفاعلات المتواسطة بالخلايا ، غير خلطية : تفاعلات أرجية بالنمط الآجل | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **النمط I.** | **النمط II.** | **النمط III. : تفاعل المعقد المناعي** | | **النمط IV** | |
| | **التفاعل التأقي** | **تفاعل الانسمام الخلوي** | **نمط أرثوس** | **نمط مرض المصل** | **نمط السلين** | **نمط الإكزيمة** |
| **المستضدات** | الأدوية ، مواد غذائية ، مضافات الطعام ، ذيفان حشرات ، بروتينات غريبة ( الطلع ، اللقاحات ) | الأدوية | الأدوية ، مستضدات جرثومية | بروتينات أجنبية ( تمنيع ، خلاصات خلوية طازجة ) ستربتوكيناز ، محضرات مديدة التأثير | الأدوية ، مستضدات جرثومية مستضدات ذاتية | مستأرجات بالتماس معظمها ذات وزن جزيئي منخفض ( أدوية ، مواد مهنية ، مزوقات ) |
| **الأضداد** | IgE ، IgG أضداد غير مترسبة ، غير مثبتة للمتممة ترتبط بالخلايا البدينة والكريات البيضاء الأسسة . | تفاعل أضداد ( IgM ، IgA ، IgG ) مع الغشاء الخلوي أو ربط المستضد مع المتممة المفعلة . | تشكل الأضداد IgG ، IgA ، IgM مع المستضدات المرتبطة بالمتممة معقدات مناعية ذوابة . | كما في نمط أرثوس . | نوعي ، لمفاويات تائية محسسة في الأوعية التي تتفاعل مع مستضدات خارجية أو داخلية ( مستأرجات ) | خلايا لانغرهانس ، لمفاويات تائية محسسة نوعياً ، تتفاعل الأخيرة مع المستأرج ( تماس خارجي أو انتشار دموي ) |
| **الوسطاء** | انطلاق كل من الهستامين ، البروستاغلاندين ، الليكوترين والبراديكنين من الخلايا البدينة . | تفعيل المتممة المستمر | ذيفان تأقي | كما في نمط أرثوس | تحرر اللمفوكيناز من الخلايا التائية المحسسة نوعياً بعد التماس مع المستضد | كما في نمط السلين |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **التفاعلات النسجية** | توسعات وعائية ، زيادة النفوذية الوعائية ، وذمة ، تقلص العضلات الملساء ، انجذاب كيمياوي للحمضات مع تراكم الصفيحات | انحلال خلوي ، التهاب نضحي بالكريات البيض | انجذاب العدلات الكيميائي انطلاق إنظيات بحلوليه ، التهاب حاد كاسر للكريات البيض | كما في نمط أرثوس | التهابات خلوية معظمها لمفاوية نسجية في الأدمة ( كما في اختبار السلين ) | التهابات خلوية معظمها لمفاوية نسجية مع نضوح مختلفة ( موجودات بشروية ، حويصلات تسفنجية ، تسرب خلوي ، هجرة الخلايا التائية المحسسة والبالعات إلى البشرة ، شواك + خطل تقرن مفرط |
| **الحدوث في شخص متحسس بعد التعرض للمستضد** | في ثوانٍ وحتى بضع ساعات | خلال بضع ساعات | بعد التحسس في بضع دقائق وحتى ساعات ، وغالباً ما يكون التفاعل الأعظمي بعد ٦ ساعات | ٤ ـ ١٤ يوماً وغالباً في اليوم ٩ بعد الحقن أو الشروع بالمعالجة . تفاعل الأضداد جديدة التشكل مع المستضدات الباقية | ساعات حتى بضعة أيام ومعظمها خلال ٨ ـ ٢٤ ساعة | ساعات حتى بضعة أيام معظمها خلال ٤٨ ساعة |
| **الأمراض السريرية** | صدمة تأقية ، شرى ، وذمة وعائية ، التهاب أنف أرجي ، التهاب ملتحمة أرجي ، ربو قصبي أرجي ، تفاعلات معدية معوية مباشرة | فقر دم انحلالي مناعي ، فرفرية بقلة الصفيحات ، ندرة المحببات | تفاعل أرثوس ، التهاب أوعية كاسر للبيض أرجي ، التهاب كبيبات الكلى ( الذأب الحمامي المجموعي ) أو التهاب أسناخ أرجي تالٍ للخمج لدى مربي الحمام أو رئة المزارع ، حمامى عديدة الأشكال | مرض المصل ، تفاعل الدوائي من نمط مرض المصل ( مثال : البنسلين المديد ) | رفض الطعم الحاد ، طفحية خمجية ( الحصبة ) ، طفحية متعددة الأشكال أو عقيدية ، آفات المناعة الذاتية ( التهاب الدرق لهاشيموتو ، التهاب الدماغ والنخاع الأرجي ) | التهاب جلد تماسي أرجي حاد ، إكزيمة التماس أرجية مزمنة ، التهاب جلد تماسي أرجي دموي المنشأ ، بعض الطفوح الدوائية الأرجية |

لكنها تصبح مستضدات تامة في الجسم إما مباشرة أو بعد أن يرتبط استقلابها بالبروتين .

**التفاعل نمط .II : تفاعل الانسمام الخلوي Cytotoxic Reaction** : غالباً ما تحدثه الأدوية ، حيث ترتبط المستضدات بسطوح الخلايا . ففي الشخص المحسس ، ترتبط أضداد خلطية IgG و IgM سوية مع المستضد المرتبط بالغشاء الخلوي ، أو مع مستضدات الغشاء الخلوي مشكلة معقدات مناعية والتي تستهلك المتممة . هذا وتتفعل جملة المتممة أثناء هذه العملية مؤدية إلى أذية خلوية وإلى انحلال خلوي محتمل . وتتم هذه العملية عند الشخص المحسس خلال بضع ساعات .

أما المكافئات السريرية لهذا النمط من التفاعل فتتجلى بفقر دم انحلالي مناعي حاد ، وقلة صفيحات أرجي ، وقلة محببات أرجية أو انعدام المحببات .

**التفاعل نمط .III : تفاعل المعقد المناعي Immune Complex Reaction** : ويمكن أن يقسم إلى نمطين من التفاعل وهما : التفاعل من نمط أرتوس وتفاعل نمط مرض المصل .

*التفاعل من نمط أرتوس :* عندما يكون هناك وفرة في المستضدات الذوابة ، فإن المعقدات الضدية – المستضدية الذوابة تتشكل في الدم أو في النسج ، وتتفاعل الأضداد من نوع IgG ، IgA ، IgM مع المستضدات الذوابة وبواسطة المتممة . ويؤدي ترسب مثل هذه المعقدات المناعية في الأوعية الدموية أو في منطقة الغشاء القاعدي ، مع تفعيل جملة المتممة إلى زيادة كل من النفوذية والانجذاب الكيمياوي للعدلات ، مع انطلاق الإنظيمات اليحلولية . ونتيجة لذلك تحدث التهابات نخرية مترافقة بنزف وتكسر الكريات البيضاء . والمستضدات الرئيسية هي : الأدوية ، والمكونات الجرثومية ، أما زمن التفاعل فيتراوح ما بين بضع دقائق ، ويصل حتى إلى حوالي ١٥ ساعة .

أما أكثر المكافئات السريرية لهذا النمط من التفاعل فتكون من أشكال مختلفة من التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض الأرجي ، ومن كل من متلازمة سويت Sweet ، متلازمة مجازة الأمعاء Bowel bypass ، بالإضافة إلى ظاهرة أرتوس الموضعية أيضاً ( راجع الشكل ١٠ – ١ ) .

*تفاعل نمط مرض المصل :* يظهر المرض عادةً بعد زمن كامن يتراوح بين ٤ – ١٤ يوماً ( غالباً من ٩ – ١٠ أيام ) ، وتالياً لتعرض شخص غير متحسس سابقاً للمستضد . أما الملامح الخاصة لهذا التفاعل فتعزى إلى ترسب مستضدات كثيرة عند المصاب ( مثال : بنسلين مديد ، محضرات مصلية ) ، ومنها ، حتى بعد التحسيس ، وفرة المستضد المفيد في تشكيل المعقدات المناعية . وقد ينجم أيضاً نوع مشابه من التفاعل إذا ما أعطي الدواء يومياً ولمدة طويلة . وبعد أن يكون التحسيس قد أخذ مكانهُ ، تؤدي تشكلات المعقدات الضدية – المستضدية وترسباتها في جدر الأوعية الصغيرة إلى صورة كاملة لمرض المصل . أما هذه الصورة فتتضمن على حمى ، وطفوح شروية أو حمامية ، والتهاب غدد متعدد ، وألم مفصلي متعدد ، والتهاب مصليات متعدد ، والتهاب أنف حاد . أما الأعراض الأقل وضوحاً والتي قد تحدث فتتضمن على شرى حاد أو منطقة حمراء جاسئة ومتورمة في أماكن الحقن والتي قد تصبح أيضاً نخرية نزفية . كما ويعتبر حدوث فرفرية في الراحتين ، وصفياً في مرض المصل . أما المصول الغريبة المتضمنة على بروتين ( معظمها مصل حصان ) والمستحضرات ذات التأثير المديد وخاصة البنسلين المديد أو الستربتوكيناز ، فهي مستضدات وصفية .

**التفاعل نمط .IV ( الرابع ) : التفاعلات الأرجية الخلوية من النمط الآجل** : تكون التفاعلات في هذا النمط متواسطة بالخلايا حيث تتفاعل لمفاويات / ت / المحسسة مع أضداد خارجية أو داخلية ، علماً بأنه ليس للأضداد الجوالة في الدم علاقة بهذا التفاعل . فبعد التحسيس بالمستضد لا يحدث تفاعل التهابي إلا بعد أن تنقضي فترة كافية تبلغ ما بين ١٢ – ٤٨ ساعة من تكرار التعرض ، ومن ثَمَّ جاء مصطلح فرط التحسس من النمط الآجل . هذا ويمكن تمييز نوعين من التفاعلات في هذا النمط .

*تفاعل نمط السلّين :* فبعد أن يُقَدَم المستضد من قبل البلاعم ، تتفاعل اللمفاويات المحسسة مع المستضد الذي يتوضع عادة في محيط الأوعية الجلدية . ومن خلال ربط نوعي للمستضد إلى سطوح اللمفاويات التي تحمل مستقبلات نوعية ، يحدث تفاعل تتحرر فيه اللمفوكينازات ، مثل العامل المثبط للبلاعم (MIF) ، العامل المثبط للكريات البيض (LIF) ، أو الذيفان اللمفي ، يؤدي ذلك إلى تفاعل خلوي التهابي مع توسع وعائي ، وإلى زيادة النفوذية ووذمة . أما الأعراض السريرية المختلفة التي قد تظهر فتتعلق بشدة تفاعل النسيج الذاتي .

اعتبرت الطفحيات الأرجية على أنها التظاهرات السريرية لهذا النمط من التفاعل . وعلى هذا تتجلى التظاهرات السريرية لهذا النمط ، وعلى سبيل المثال ، بالطفوح الدوائية الحصبوية الشكل ، والقرمزية الشكل ، والحمبرائية الشكل . ومن المحتمل أن تتظاهر بحمامى عديدة الأشكال ، وحمامى عقدة أيضاً ، إضافة إلى تفاعلات دوائية شبيهة باللمفوم الكاذب والطفوح الدوائية الثابتة .

تحت نمط الإكزيمة : على النقيض من الأرجية الخلوية لنمط ... فإن الأرجية الخلوية لنمط الإكزيمة ترتبط بالبشرة بشكل عام . وعلى الأرجح فإن المستضدات ( المستأرجات Allergens ) التي تنفذ من خلال الطبقة القرنية ترتبط بخلايا لانغرهانس داخل البشرة ، وتُقدم إلى اللمفاويات « ت » قبل ظهور اللمفاويات التائية النوعية ، والمراقَب من قِبَل كل من خلايا التائية المساعدة ، والخلايا التائية الكابتة . هذا ويؤدي إعادة التماس الخارجي أو الداخلي ، بعد حدوث التحسيس مع المستأرجات بالتماس إلى تفاعل ضد – مستضد على سطح خلايا اللمفاوية التائية ويترافق بتحرر اللمفوكينات وتفاعل التهابي من نمط الإكزيمة . أما التظاهرات السريرية الوصفية لمكافئة هذا التفاعل فتتجلى بالتهاب جلد تماسي أرجي حاد ، وإكزيمة أرجية تماسية مزمنة ، وعديد من الطفوح الجلدية ذات الإصابات البشروية الثانوية مثل التهاب جلد تماسي أرجي دموي المنشأ .

وليعلم أن هذا التصنيف التعليمي للتفاعلات الأرجية الأساسية الذي وضعه كل من كومبس وجل ، مفيد ولكنه محدود . وينبغي أن ندرك أيضاً بأن هذه التفاعلات ذات الأنماط المتعددة قد تكون مرتبطة ، وبآن واحد ، بتظاهرات الأعراض السريرية .

## التظاهرات السريرية والسببيات

## Clinical Features and Etiology :

تتضمن الطفوح الدوائية على الجلد عدداً كبيراً من الأشكال السريرية الشكليائية المختلفة . كما وأنه من المستحيل بناء استنتاج حول طبيعة الدواء المحدث من الأعراض السريرية الشكليائية في معظم الحالات . هذا وقد يُحدث دواءٌ واحد أنواعاً مختلفة من التفاعلات الدوائية حسب المكان الذي يتم فيه التفاعل الإمراضي .

وبشكل عام ، فإن الطفوح الدوائية تتوزع بشكل متعمم ومتناظر من جراء تحريضها الدموي . كما ولوحظ أن هذه الطفوح تفضل التوضع على السطوح الانبساطية للأطراف . ومن المحتمل أن تشمل الأغشية المخاطية بتوضعها ( طفح باطني Enanthem ) . ويسبب العديد من الطفوح الدوائية ، الحكة ، ويرافق الطفوح كثرة الحمضات غالباً . ويجب ألا يغرب عن الذهن دوماً بأن التأثيرات الجانبية للدواء قد تشمل بتوضعاتها الأعضاء الداخلية أيضاً فتحدث : الحمّى ، وفقر دم ، وقلة الكريات البيض والصفيحات ، وبيلة آحينية ، وزرام Anuria ، والتهاب كبد ، والتهاب عضل القلب ، والتهاب كلية . ويجب توقع حدوث حالات ربوية .

### الطفوح الدوائية قرمزية الشكل ، حصبوية الشكل وحميرائية الشكل :

تكون الطفحيات البقعية ، التي تذكر بأحد الأمراض الخمجية الموافق ، أكثر حدوثاً وتطوراً إلى الشكل المعمم من فرط الحساسية المتواسطة بالخلايا من نمط السلين ( النمط ٤ لكومبس وجيل ) والتي تحدث غالباً بعد ٢ – ٣ أيام من التعرض في المرضى المتحسسين . غير أنها غالباً ما تحدث حوالي اليوم التاسع وحتى ١٨ عند الأشخاص غير المحسسين سابقاً . وغالباً ما تترافق هذه الطفوح الدوائية باحمرار وذمي التهابي يشبه الفراشة يتوضع على الوجه ، كما تترافق بأعراض عامة أيضاً : حمّى ، فتور ، قلة الكريات البيضاء والصفيحات . هذا وتذكر تلك الطفوح والأعراض بالذأب الحمامي الحاد . أما في المضمار الأبعد لتطورها فقد يحدث نزوف وحويصلات وبثور وحتى نخور في المناطق الطفحية .

**الأدوية المحدثة Eliciting Drugs :**

*المسكنات ، خافضات الحرارة والعوامل المضادة للالتهاب :* فيناسيتين ، فينيل بوتازون ، أوكسي فينل بوتازون ، أسبرين ، أندوميتاسين .

*الصّادات :* بنسلين ، ستربتومايسين ، التراسيكلينات ، كلورامفينيكول ، إيريثرومايسين .

*الأدوية المضادة للصّرع :* مشتقات الهيدانتوئين ، الأدوية المحتوية على البلّادونا .

*عوامل المعالجات الكيميائية :* السولفوناميدات ، إيزونيازيد ، نتروفورانتيون .

*المنومات :* الباربيتوريات ، هدرات الكلورال .

*الأدوية الموجهة لمعالجة الذهان Psychotropic :* كلوربرومازين ، ميبروبامات ، نترودياززيبين ، فينوتيازين .

*المعادن الثقيلة :* أملاح الذهب .

## الطفوح الدوائية البقعية الشروية :

قد تتطور هذه الطفوح من طفح دوائي بقعي وذلك من خلال تزايد المظاهر الشروية أو من خلال تظاهر بدئي آخر بصورة شرى حاد ( راجع الشكل ١٠ – ٢ ) .

**الأدوية المحدثة :**

*المبنجات :* بروكائين ، و « كائينيات Caines » الأخرى .

*المسكنات ، الصادات* ( البنسلين ، الأمبيسيلين ) .

*المطهرات ، عوامل المعالجات الكيمياوية* ( السولفوناميدات ) .

*الهرمونات* ( الأنسولين ، خلاصات الغدد الهرمونية ) .

*الملّينات* ( المتضمنة على الفينول فتالئين ، الأفيونات ) .

*والأشعة السينية بأوساطها المتباينة* ، *المصول* ( دم ، مصول مناعية ) .

*منتجات الدم* ( كامل الدم ، مصل ، مصول مناعية ، لقاحات ) .

## الطفوح الدوائية الحمامية الحويصلية :

تحدث هذه الطفوح ثانوياً على طفحية بقعية منتثرة نتيجة لالتهابات نضحية متزايدة . وقد تكون هذه الطفوح معبرة أحياناً عن الأرج أو عن التهاب جلد تماسي دموي المنشأ ، حيث أن تلك الطفوح تحدث بدئياً تغيرات حويصلية حمامية ، أو حويصلية حطاطية . ومع ترقي الآفة ، قد تحدث حمامى وذمية حويصلية نازة ، لأن مناطق واسعة من الآفة تصبح متلاقية .

**الأدوية المحدثة :**

*الصادات* ( وخاصة البنسلين ) .

*الأدوية المضادة للبرداء* ، *العوامل المضادة للالتهاب والمسكنات* ( فينازون ، أوكسيفينبوتازون ، مشتقات البيرازولون ، الساليسيلات ) .

*عوامل المعالجات الكيميائية* ( السولفوناميدات ، الإيزونيازيد ) .

*الملينات* ( المحتوية على فينول فتالئين ) .

*والمعادن الثقيلة* ( أملاح الذهب ) .

## احمرار الجلد النضحي أو التقشري

**Weeping or Exfoliative Erythrodema :**

قد تأخذ هذه الحالات التي تحدث غالباً عقب معالجة طويلة الأمد وبسبب التأثيرات التراكمية ، سيراً خطيراً مع ظهور العديد من الاختلاطات ( التهاب قصبي رئوي ، التهاب كلية ) ، كما أنها قد لا تستجيب للمعالجة .

**الأدوية المحدثة :**

*أدوية الصرع* .

*الأدوية المضادة للبرداء* .

*مشتقات الهدانتوئين* .

*فينيل بوتازون* .

*المعادن الثقيلة* ( أملاح الذهب ، المركبات الزرنيخية العضوية ، البزموت أو أملاح الليتيوم ) .

## الحمامى عديدة الأشكال والطفوح الدوائية الحمامية الفقاعية :

يجب أن ينظر إلى هذه التفاعلات الجلدية الدوائية ، والتي تُذكر بالحمامى عديدة الأشكال بشكل جدي لأنها تؤدي إلى أعراض شديدة متعددة الأشكال . وقد تبدو هذه الطفوح أحياناً دون ترافقها بآفات هدفية ( قزحية الشكل ) ، كما هو الشكل الوصفي للحمامى عديدة الأشكال ، كما أن لهذه الطفوح ميلاً واضحاً للانتشار بشكل جابذ **Centripetal** . وقد تؤدي الإصابة الشديدة في الأغشية المخاطية والمنضمة إلى حالات تهدد الحياة .

هذا وربما يمكن اعتبار الدواء المحدث لمتلازمة لايل كشكل أكثر جدَّة وخطورة من أشكال هذه الطفوح . وغالباً ما تبدي القصة السريرية عمليات متشاركة يكون فيها لكل من التهاب اللوزات الحاد ، والذّباح بالعقديات والانفلونزا والدواء ، دورٌ باعتبارها عوامل مسببة . هذه المشاركة تفسر الملاحظات التي كثيراً ما يكون فيها تناول الدواء المشكوك فيه محتملاً ولا يحدث تفاعلاً . ومع ذلك فإنه يجب عدم التعرض .

**الأدوية المحدثة :**

*الصادات* ( بنسلين ، تتراسيكلين ) .

*الكاربامازيبين* .

*المدرّات* .

*مشتقات التيازيد* .

*الهدانتوئين ومشتقاته* .

*المنومات والباربيتوريات* .

*الإيزونيازيد* .

*الفينوتيازين* .

*الكينين* ***Quinin*** .

*والكينيدين* ***Quinidine*** .

*البيرازولون – السولفوناميدات* ( وخصوصاً ذات التأثير المديد ) . وعلى كلٍّ فقد عرف أيضاً العديد من الأدوية الأخرى ، مثل الأدوية الموجهة للذهان ، وأملاح المعادن الثقيلة ، والملينات المحتوية على الفينول فتالئين ، ومشتقات السولفونيل يوريا **(Sulfonylurea)** كمسببات للحمامى عديدة الأشكال .

**متلازمة لايل Lyell المحدثة بالدواء : [ Lyell : ١٩٥٦ ]**

*المرادفات* : انحلال البشرة النخري الانسمامي **(TEN)** ، انحلال البشرة النخري اشتعالي الشكل **Combustiformis** ، انحلال البشرة السمّي الحاد ، متلازمة الجلد السمطي .

**التعريف** : إن متلازمة لايل هي شكل منتشر وخطير من الطفح الدوائي الحمامي الفقاعي والتي تأخذ سيراً حادّاً ومميتاً في حوال ٣٠ – ٤٠٪ من الحالات .

**الإمراض** : كقاعدة ، تشير القصة إلى خمج حموي غامض مع تـنـاول أدويـة ، على الرغم من أن ٢٠٪ من المرضى ينكرون ذلك . هذا وقد يحدث المرض في أيّ عمر ، كما أن إمراض الآفة ما يزال غير مؤكد حتى الآن . غير أنه ورد ذكر كل من التحسـاس الذاتي الولادي وتفاعل شفارتزمان – ساناريللي . ولقـد أوحت كل من اختبـارات فوق الجلد الإيجابيـة ، واختبارات تحول اللمفاويات مع الدواء المحدث بتفاعل من النمط المتأخر . هذا ويعد من أكثر العوامل المسببة لهذه المتلازمة كل من : البـيرازولون ، ومشتـقـات الهـدانتـوئـين ، والسـولفوناميدات ، والباربيتوريات . كما اعتبر للعديد من الأدوية علاقات سببية ( انظر الجدول ١٠ – ٢ ) نذكر منها على سبيـل المثـال : فينيـل بوتازون ، أوكسي فينيوتازون ، بينوكسـابروفين ، الكينـين ، البنسيلينات ، نتروفورانتوئين ، أملاح الذهب ، الكـلورامفينكـول ، التـتراسـكـلينـات ، أنويبورينول وأسيتازولاميد Acetazolamide .

**الموجودات السريرية** : تظهر طفحية حمامية لطخية منتثرة على الوجه والسطوح الانبسـاطية للأطراف وذلك عقب خمج بلعومي أنفي بسيط ، أو أعراض غير واضحة من حمى خفيفة وقصة تناول أدوية . يتلاقى الطفح بسرعة فوق مناطق واسعة وتظهر نفاطات رخوة كبيرة ، كما يحصل انفصال بشروي سريع على مناطق واسعة كما في السمط الواسع ، ومن هنا جـاءت التسـمـيـة بمتـلازمة الجلد السـمطي . أما ظاهرة نيكولسكي فهي إيجابية ، حيث تنسلخ البشرة من قاعدتها عند تطبيق ضغط جانبي أو ملتوٍ . كما أن الإصابة المبكرة للأجفان العلوية والسفلية أهمية قيمة وتتجلى بحدوث تآكل سريع مع جلبـات نزفيـة ( راجع الشكلين ١٠ – ٣ و ١٠ – ٤ ) . وتبدي الملتحمة تغيرات التهابية جسيمة مع ميل لظهور التصاق ملتحمي ، كما قد يحدث التصاق ما بين الملتحمة والقرنية خلال ٢٤ ساعة بسبب المفرزات الغنية بالفيبرين . وتبدي الأغشية المخاطية لكل من الفم والأعضاء التناسلية تآكلات وتقرحات احمرارية ذات جلبات نزفية . وقد تحدث بسرعة التصاقات خاصة عند النساء ، علماً بأن هذه التظاهرات تسبب وجعاً شديداً وألماً حارقاً .

**الجدول ١٠ – ٢** : الأدوية التي تتداخل في إحداث متلازمة لايل

الأمينوتيازول
الإيتوفورم
Anesthesin
*مضادات الاختلاج :*
ميفينيتوئين
البريميدون

سلفامتوكسي ديازين
كاربوتاميد
سلفاتيازول
سلفاميتيل ديازين
سلفاميتيل ديازين
سلفاميتوكسي بيريدازين

Sultiam
*مضادات الرثية :*
الفينازون
فينيل بوتازون
أمينوفينازون
أوكسيفين بوتازون
بينوكسابروفين
*الباربيتوريات :*
أموباربيتال
بوتوباربيتون
فينوباربيتال
*الفينوتيازينات :*
كلوربرومازين
بروميتازين
مسحوق دوفر :
*الصادات والأدوية المثبطة للسل :*
Ancoloxin
الكلورامفينيكول
الإيزونيازيد
النيومايسين
حمض
أمينو ساليسيليك – ب
البنسلين ( بروكائين )
بنسلين ج بنزاتين
سبيرامايسين
ستربتومايسين
التتراسيكلينات
*السولفوناميدات :*
أسيتازولاميد

سلفا ميتويل
سلفادوكسين
مشتقات حمض الفتاليك
*الساليسيلات :*
الأسبرين
الفيناسيتين
فوسفات الكوده ئين
سلفات الإيزوبرينالين
الساليسيلاميد
بروفينازون
ميتانيزول
المصل المضاد للكزاز
*متنوعات :*
Silver protein
acetyltannate
تراكلورو إيتيلين
صبغة الفليفلة الحمراء
الفيتامين ب ٦
كليوكينول
أشباه قلويات البلادونا
ديمتيل بيريدين
فورمترول
ميكليزين
م – كلوروفينول
نتروكاربازول
زيت شينوبودي
بارالداهيد
الببتيدين

---

**الأعراض** :يكـون المريض عليـلاً جداً وينتـابه ترفع حروري شديد ، وأحياناً يصـاب بوسن وإنهاك من جراء تنخر مناطق واسعة من الجلد . كما يحدث اضطراب في الشوارد وفي توازن السـوائل نتيجة لضياع مقادير كبيرة من سوائل الجسم . أما الاختـلاطـات المألوفة ، والتي لا تظهر قبـل الأسبوع الثـاني والرابع ، فهي التهـاب قصبي رئوي ، والتهـاب كبب وكليـة والتهاب الكبد .

**الموجودات المخبرية** : يعتبر كل من ارتفاع سرعة التثفل ، وقلة اللمفـاويات ، وزيادة أجزاء الغـلوبولين ألفـا وبيتـا في المصـل موجودات نموذجية . وقد يوجد في البول علامات لإصـابة

كلوية ، ويجب تعيين مكداس الدم Hematocrit إذا ما حدث هناك تجفاف .

**التشريح المرضي النسجي** : يكون النخر الحمضي في البشرة وصفياً . ويحدث انفصال البشرة المتنخرة عن الأدمة مع تغيرات طفيفة في الأدمة العليا ، ووذمة التهابية مع توسع وعائي ملحوظ ( ويدعى بالأدمة الفارغة ) . ولا تشكل التفاعلات الالتهابية الخلوية جزءاً من الصورة الباكرة من متلازمة لايل المحدثة دوائياً .

**السير** : يأخذ المرض سيراً حاداً محدثاً للوفيات في حوالي ٣٠٪ من الحالات . أما الإنذار فيصاغ بحذر حيث أنه يستند على مدى انتشار الآفة ، وعلى الاختلاطات الداخلية المحتملة ، إضافة للحالات السمطية الشديدة والتي يمكن أن تصيب أكثر من ٣٠ - ٤٠٪ من الجلد . وكنتيجة للتفاعل السمّي الحاد والخطير تظهر ، ولكن بشكل قليل ، اضطرابات عابرة في نمو الأظفار أيضاً ( أخاديد Beau – Reil ) ، وقد تنطرح جميع أظفار الأصابع والأباخس . وقد تنتج تشكلات ندبية مؤدية لعدم حدوث نمو جديد للأظفار . وكثيراً ما تشاهد حاصّة انسامية منتشرة على الرأس . وتشفى الآفات الجلدية دون تندبات إذا ما كان المرض غير شديد ، كما أشير إلى ميل المتلازمة لتشكيل التصاقات في الملتحمة والأغشية المخاطية .

**العلامات المساعدة في التشخيص** : حمامى فقاعية معممة شديدة مع تغيرات جلدية شبيهة بالسمط Scald وانفصال البشرة في مناطق واسعة تالية لخمج أو معالجة دوائية . هذا ويظهر المقطع المجمّد أو المثبت نسجياً لسقف النفاطة وجود نخر إيوزيني – هياليني في كامل البشرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار متلازمة لايل بالعنقوديات ( التهاب الجلد التقشري عند الوليد ) . وتنجم هذه المتلازمة عن الذيفان الخارجي للعنقوديات Epidermolysin وتصيب الأطفال الصغار وحديثي الولادة . ويمكن أن يعتمد التفريق بين المتلازمتين ، وحتى في مراحلها المبكرة ، على الاستقصاءات النسجية ( مقطع مجمد ) لسقف النفاطة ، حيث نجد في متلازمة لايل المحدثة بالدواء انفصالاً في منطقة ما تحت البشرة ، ويتكون سقف النفاطة فيها من كامل البشرة المتنخرة . في حين يحدث انفصال البشرة في متلازمة لايل بالعنقوديات أسفل الطبقة القرنية وأعلى طبقة مالبيكي ، ولذا فإن سقف النفاطة أو الحويصل يتضمن هنا على طبقة قرنية وحبيبية فقط ، وقد يشتمل على بعض الخلايا الشائكة في بعض الحالات ، والتي تبدي بعض التنخرات القليلة . هذا وإن التميز بين المتلازمتين هامّ جداً لتوجيه المعالجة .

كما يجب تمييز الأشكال الوخيمة من الحمامى عديدة الأشكال ( متلازمة ستيفن – جونسون ) ، حيث أن الآفات الجلدية تبدي تفاعلاً التهابياً خلوياً باللمفاويات بشكل ملحوظ . أما الآفات التي وصفت سابقاً تحت اسم « الفقاع الحموي الحاد أو فقاع القصابين » فليس لها كيان مستقل في الواقع وتندرج حالياً ضمن متلازمة لايل .

**المعالجة** : يجب معالجة المرضى المصابين بهذه المتلازمة في وحدات عزل منفردة لدرء خطر الخمج الكبير ، حيث تكون التسهيلات من حرارة ورطوبة متوفرة في تلك الوحدات ضمن شروط مثالية . هذا وتكون المعالجة لهذه المتلازمة وفق معالجة الحروق ، وينبغي تقدير مدى انتشار متلازمة لايل اعتماداً على قوانين الحروق أيضاً . ويوصى بالعناية المشددة بشكل باكر قدر المستطاع إذا ما اختلط سير المرض ، وأكثر ما يحدث هذا الاختلاط عند المسنين .

*القواعد الأساسية للمعالجة تتبع ما يلي :*

- معالجة فقدان الحرارة بتزويد الجسم بالدفء المناسب .

- معالجة فقدان البروتين والسوائل ومراقبة القلب والوظيفة الدورانية ، وعلى الطبيب أن يلتزم بالقواعد المطبقة في معالجة الحروق .

- المعالجة للتخفيف من الالتهاب : وهذه لا تزال موضع نقاش . ففي حين كانت خبرتنا ( المؤلفين ) تقوم على زرق الستيروئيدات القشرية السكرية ( ٨٠ - ١٠٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يكافئه ) والتي وجدت مفيدة في المراحل المبكرة لمتلازمة لايل المحدثة بالدواء ، فإن آخرون يعتبرون أن معالجة مثل هذه الحالات بالستيروئيدات القشرية السكرية ليس لها أية فائدة .

ويجب عدم تطبيق العوامل المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية لخطرها في إحداث فرط التحسس . ومن المهم أن نكون متأكدين بأن الإصابة ليست بمتلازمة لايل العنقودية قبل الإقدام على تطبيق المعالجة الستيروئيدية ، إذ أن الستيروئيدات السكرية بذاتها هي مضاد استطباب في متلازمة لايل العنقودية . ويجب أن يعالج الخمج الثانوي بصادات واسعة الطيف . ويمكن أن يشخص الخمج الثانوي باكراً بالمراقبة المستمرة لنبيت Flora سطح الجلد ثم يعالج بعدئذٍ . وتعطى هنا المعالجة بالصادات واسعة الطيف مثل الايريترومايسين لأنه ذو قدرة كامنة قليلة للتحسس . هذا ولا يستعمل البنسلين أو مشتقاته أو الأمبيسيللين في المعالجة .

- أما الاختلاطات الداخلية والتي يمكن أن تحدث في الأسبوع الثاني أو الثالث ، فيجب أن تعالج من قبل الاختصاصيين الداخليين .

– إن المعالجة الموضعية المناسبة ضرورية ، وتتضمن المراقبة المستمرة ، والمعالجة الباكرة للعيون والأغشية المخاطية ، وتترك البشرة المتنخرة في مكانها طالما لم يطرأ عليها خمج ثانوي . ومن جهة أخرى فإن المعالجة يجب أن تكون كمعالجة الحرق المفتوح ، ويساعد تطبيق الرقاقة المعدنية Metalic Foil والغطاء غير اللاصق في معالجة بعض المناطق . أما التظهرن فيمكن التعجيل به فيما بعد بتطبيق ضمادات من الصادات والمراهم .

*الإنذار :* ويعتمد في حالة متلازمة لايل أساساً على المعالجة الحذرة للمريض والمعتنى بها .

## الطفوح الدوائية النزفية الحمامية والنزفية والفقاعية النزفية :

عندما تحدث هذه الطفوح في الأجزاء القاصية من الجسم ( الأليتين ، نهايات الأطراف العلوية والسفلية ) ، تحصل اختلاطات نزفية كنتيجة للأذيات الوعائية الشديدة مع تسرب عدد كبير من الكريات الحمر خارج الأوعية . ويكون اختبار رومبل – ليد Rumple – Leede وهيس Hess إيجابياً بشكل عادي ، بينما تبقى الصفيحات والتجلط طبيعيان .

**الأدوية المحدثة :**

*الصادات .*

*أملاح الذهب .*

*مشتقات الهدانتوئين .*

*المنومات* ( الباربيتوريات ) .

*الاندوميتاسين .*

الملينات المحتوية على فينول فتالئين .

*البيرازولونات* ( الفينيل بوتازون ) .

*السولفوناميدات .*

**فرفرية قلة الصفيحات Thrombocytopenic Purpura :**

ويحدث هذا المرض نتيجة تفاعل انسهامي أرجي ( النمط ٣ III. ) عند مريض متحسس . أما المنظر السريري ، فهو منظر فرفرية قلة الصفيحات مع كدمات وانصبابات دموية وقروت . ويمكن في مثل هذه الحالات ، تأكيد الإمراض المناعي لهذا التفاعل بواسطة اختبار تراص الصفيحات الدموية . ففي هذا الاختبار يضاف كل من الدواء ومصل المريض إلى الصفيحات ، فإذا ما كان هنالك وجود للأضداد فإنه يحدث تراص في الصفيحات ، ويتم الانحلال حالما تضاف المتممة .

– وكثيراً ما ترتبط فرفرية قلة الصفيحات بأذية الأوعية الشعرية ( إيجابية ظاهرة رومبل – ليد أو هيس ) والتي قد توحي بفعل مشترك . أما عند المرضى المصابين بفرفرية قلة الصفيحات فإن الاختبارات التي تجرى لتأكيد التشخيص يجب أن تتم بعناية فائقة وباستعمال جرعات صغيرة جداً من المستضد .

**الأدوية المحدثة :** إن أهم العوامل المحدثة لهذه الآفة هي : أملاح الذهب ، هدروكلوروتيازيد ، بنزوتياديازيد ، السولفوناميدات ، مشتقات البيرازولين ، الاندوميتاسين ، الفورسيميد ، كما يمكن اعتبار الأدوية التالية عوامل مسببة : الأسبرين ، حمض أمينو ساليسيليك – ب ، الفينوتيازين ، العوامل المثبطة للتكاثر الخلوي ، ديجيتوكسين ، الإيزونيازيد ، ميتيل دوبا ، الهدانتوئين والعديد من العوامل الأخرى .

## الفرفرية الصباغية المترقية Progressive Pigmented Purpura :

*المرادفات :* الفرفرية المزمنة المترقية ، الجلاد الصباغي المترقي ، داء شامبرغ Schamberg . وصف هذا الجلاد بالتفصيل في الفصل الثالث والعشرون من هذا الكتاب . ولم يفهم إمراض هذه الفرفرية حتى الآن بشكل كامل ، لكنه من المحتمل أن يكون متضمناً للنمط الآجل من التفاعل الأرجي المتواسط بالخلايا ( النمط ٤ ) مع تفاعل التهابي في الأوعية الدموية ، إضافة لفقدان الكريات الحمر من الأوعية الشعرية المتوسعة . وهكذا فإن الأساس الإمراضي للآفة يكون عبارة عن التهاب شعيريات مع تسرب الكريات الحمر . هذا وتنشأ هذه التظاهرات بعد فترة طويلة من أخذ الدواء ، وتتطور بشكل خاص على الأطراف السفلية صعوداً حتى تصل إلى المنطقة الخثلية ، ويمكن أن تظهر بشكل أقل على الأجزاء القاصية من الأطراف العلوية .

*أما الأدوية المحدثة الرئيسية* لهذا المرض فهي مركبات الكارباميد والتي تعمل كمنومات ضعيفة ، والأدوية الموجهة لمعالجة الذهان كالديازيبام الذي يمكن أن يؤدي لحدوث تفاعلات جلدية من هذا النوع . ويمكن أن يبنى التشخيص اعتماداً على الفحص النسجي ، أو بواسطة إيقاف الدواء ، أو بإجراء اختبارات . وفي بعض الحالات ، وخاصة تلك التي تتضمن تغيرات جلدية ناجمة عن الفرفرية ، يمكن إجراء اختبار بقعي يستعمل فيه المستضد الموافق بتطبيقه على ظهر المريض ، وأفضل من ذلك ، تطبيق المستضد على منطقة الجلد المصابة . حيث يبدي ذلك الاختبار استجابة إيجابية ، أو يبدي نسجياً تفاعلاً إكزيمياً .

## التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض كتفاعل دوائي :

ويحدث هذا نتيجة التهاب أوعية أرجي خلطي بمعقد مناعي ( التفاعل نمط ٣ ) ، يتوضع في الأوعية الدموية للجلد والأغشية المخاطية ، وقد وصف هذا المرض بتفصيل أكثر في مكان آخر ( الفصل : ٢٣ ) . ويلعب قسم من المستضدات

الجرثومية ، والورمية ، والأدوية العلاجية دوراً هاماً في حدوث هذا الالتهاب .

وكثيراً ما ينجم التهاب الأوعية الأرجية المحدث بالدواء ، أو التفاعلات الشبيهة بالتهاب المفاصل المتعددة ، عن تناول السولفوناميدات ، بنزوتيازين ، مشتقات البيرازولون ، الاندوميتاسين ، التيويوراسيل ، التيازيد ، ومشتقات الهدانتوئين . لكن مثل هذه التفاعلات قد تنجم أيضاً عن أدوية أخرى كالمستحضرات المحتوية على الإيودين ، وأملاح الذهب ، والعوامل الموجهة لمعالجة الذهان ، مثل Amitriptyline أو البروميدات . ومن المهم من الناحية الإمراضية أن نشير إلى الآراء التي تعتبر الصادات مسؤولة عن هذه الآفات . وليس بعيداً أيضاً وجود مشاركة في المسؤولية بين الخمج والدواء .

**التفاعلات الدوائية الشبيهة بالحمامى العقدة :**

تتجلى هذه الآفات بشكل عقيدات ملتهبة ، حمراء ، محدّدة وموضعة في الجلد وما تحت الجلد وعقد جلدية . أما الحدوث الأكثر شيوعاً لهذه الآفات فهو الشكل الواسع الانتشار على السطوح الانبساطية للأطراف . ويأخذ المرض سيراً حاداً أو تحت الحاد . وعندما تصيب هذه الآفة منطقة الظنبوب حصراً فعندئذٍ قد يصعب تفريقها عن الحمامى العقدة . أما التكّدم Bruising الوصفي للحمامى العقدة فيغيب في العديد من هذه الحالات .

وقد يكون الأساس الإمراضي لهذه التغيرات ، إمّا تفاعل من النمط الثالث الأرجي أو تفاعل من النمط الرابع السلّيني أو كليهما . هذا وقد يحدث تفاعل من نمط السلين حتى أثناء التفاعل الاختباري ضمن الجلد باستعمال المستضد المسبب . والملاحظة الهامة هنا هي كثرة حدوث الحمامى العقدة عند النساء اللواتي يتناولن الأدوية المانعة للحمل .

وبصورة عامة فإن نسبة حدوث الحمامى العقدة المحدثة بالدواء أقل شيوعاً ، وفي كل حالة يجب نفي الخمج بالعقديات، وخمج اليرسينية Yersinia، وسل الجلد والغرناوية. ووصفت كل من حبوب منع الحمل - السولفوناميدات ( السولفاتيازول ) ، الساليسيلات ، البروميدات ، اليوديدات - إضافة لأملاح الذهب والجستاجين Gestagens ، بأنها غالباً ما تكون كأدوية مسببة ، وربما تحدث تأثيرات مشتركة ( خمج ودواء ) على الأكثر هنا .

## نخرة الكومارين النزفية

## Hemorrhagic Coumarin Necrosis :

تنشأ هذه الحالات أحياناً من النخر ، وخاصة عند النساء المسنّات البدينات في الأسبوع الأول للمعالجة بمضادات التخثر الدوائية المحتوية على الكومارين ، وتتصف بحبر وكدمات واحتشاءات نزفية تكون سبباً في حدوث نخرة جلدية شديدة . وترافق هذه التغيرات جميع مركبات الكومارين ، بينما لا يعتبر الهيبارين عاملاً مسبباً . هذا وقد تصبح الآفة واسعة لدرجة البتر ( مثال : استئصال الثدي ) الذي يجب أن يكون في الحسبان . وقد يكون للآلية الإمراضية لهذا التفاعل علاقة بعوز البروتين C ، ذلك لأن عوزه ليس أرجياً ، ويظن أن لمضادات التخثر هذه تأثيراً انسامياً على ظهاروم الأوعية الدموية . وبالرغم بأنه ليس مؤكداً أن المعالجات السابقة بمضادات التخثر لها تأثير عكسي ، فإنه يوصى بتبديلها بالهيبارين عند ظهور مثل هذه الآفات .

أما التنخر الناجم عن الباربيتوريات أو أول أوكسيد الفحم فكثيراً ما يحدث على الأطراف ( القسم القاصي ) ويكون ناجماً عن الانسمام .

## الطفوح الدوائية الثابتة

## Fixed Drug Eruption :

يشير مصطلح الطفوح الدوائية الثابتة إلى أن الاستعمال المتكرر للدواء نفسه يحدث آفات جلدية موضعة و/أو آفات على الأغشية المخاطية ، متكررة الظهور على الأماكن نفسها من الجلد والأغشية المخاطية . ومن المفترض نشوء هذه الحالات نتيجة للتفاعل الآجل ( من النمط ٤ ) . علماً بأن الأضداد لم توجد مطلقاً في الجلد ، أما حقيقة الاختبارات البقعية للمستضد في بؤرة المرض ، والتي قد تؤدي إلى تفاعل التهابي موضع ، فتشير إلى أرجية من النمط الآجل المتواسط بالخلايا .

**الموجودات السريرية :** تتظاهر هذه الطفوح عادة بآفة مفردة ، قد يتراوح قطرها بين بضعة ميللمترات وحتى ٢ سم أو أكثر ، ويمكن تميز هذه الآفة من شكلها الدائري والحمامي : الأحمر - القرنفلي الغامق ،أو القرنفلي الساطع المتوذم . كما تميز بحدودها الواضحة التي قد تصبح فقاعية . ومن المحتمل مشاهدة شكلياء شروية ، عقيدية أو حتى حلئية . وغالباً ما يستمر حدوث الأنماط ذات اللون القرنفلي - الضارب للحمرة ، والقرنفلي البني أو البني المزرق لهذه الاندفاعات البقعية عدة شهور . وقد تنفصل في الآفة النفاطات الرخوة عن البشرة . هذا وتظهر اندفاعات جديدة نتيجة المعالجة الدوائية المتكررة على المكان الذي ظهرت عليه الاندفاعات السابقة . وتحدث مثل هذه الاندفاعات عادة في مكان واحد فقط ، وقد تحدث في أماكن أخرى إضافية . وتحدث الطفوح الدوائية الثابتة المتعددة البؤر بشكلياء وصفية ( راجع الشكل ١٠ - ٥ ) .

أما الأماكن المفضلة لتوضعاتها فهي : الأطراف ، الراحتين ، والأخمصين ، الأعضاء التناسلية ( وخاصة حشفة

التعصيب أو الصفن ) . وقد تظهر طفوح دوائية ثابتة على الأغشية المخاطية أيضاً . وتتصف الآفة بأنها غير حاكة لكنها قد تسبب إزعاجاً حارقاً ، كما تغيب الأعراض العامة . وعند الاستمرار المديد للآفة فإن الشفاء يعقبه حينئذٍ فرط تصبغ شديد .

وقد تحدث تآكلات عندما تتوضع الآفة على الغشاء المخاطي . وهذه التآكلات قد تشبه الحلأ البسيط ( حدود متعددة الدوائر للتآكلات ) ، أو الفقاع الشائع ، وذلك عندما تحدث في الفم أو على الملتحمة أو في الإحليل .

**الأدوية المسببة :**

المسكنات *ومضادات الالتهاب* ( باراسيتامول ، بيرازولون مثل أوكسي فينيل بوتازون ، الفينيل بوتازون والفينازون ) .

الصادات ( البنسلين ، التراسيكلينات ) .

*العوامل في المعالجات الكيميائية .*

هدانتوئين .

المنومات كالباربيتوريات .

الملينات ( الفينول فتالئين ) .

السولفوميدات .

وقد يسبب العديد من الأدوية الأخرى أيضاً طفوحاً دوائية ثابتة مثل مركبات الزرنيخ العضوية ، الهالوجينات ( يوديدات ، بروميدات ) ، العوامل المضادة للبرداء ( الكينين ، الكينيدين ) الايريترومايسين ، النستاتين ، الدابسون ، حمض بارا أمينوساليسيليك أو الأستامينوفين .

أما نقصة مرضية فوصفية . ويؤدي تجنب الدواء للحصول على نتيجة ناجحة . وقد يسمو نسيجياً تأثر بشروي ـ بالمفاويات . حزازي أو شبيه بالحمامي عديدة الأشكال ، ويترافق بكثرة خلايا الملانية الجندية ، وقد تتنخر الخلايا البشروية أحياناً .

### التفاعلات الدوائية الحزازانية

**Lichenoid Drug Reaction :**

تتظاهر الطفوح الدوائية الحزازانية على شكل حطاطات حزازانية ، وتظهر في العادة على السطوح الانبساطية والظهر ، لكنها لا تظهر على المناطق الانتقائية لاندفاعات الحزاز المسطح ( الرسغ ، الحشفة ، الأغشية المخاطية ) . وعموماً ، فإن الآفات تبدأ بعد عدة أسابيع وحتى بضعة أشهر من استعمال الدواء ، كما أنها غالباً ما تشفى تاركة فرط تصبغ واضح ، وقد يحدث ضمور جلدي وآفات شبيهة بتبكل الجلد Poikiloderma .

والإمراض في هذه الطفوح ما زال غير معروف حتى الآن . ويعتقد بأنه تفاعل حزازاني متواسط باللمفاويات التائية لدى الثوي تجاه الطعوم .

**الأدوية المسببة :**

*أسيكلوفير .*

*الصادات .*

*العوامل المضادة للبرداء .*

*بنزوتيادیازین .*

*الدابسون .*

*أملاح الذهب .*

*هدروكسي كلوروكين .*

*ميباكرين .*

*ميتيل دوبا .*

*البنسلين .*

*فينوتيازين .*

*براكتولول .*

*كينين* ***Quinin*** .

*كينيدين .*

*مركبات السلفونيل يوريا .*

*التراسيكلينات .*

*المدرات التيازيدية .*

أما مفتاح التشخيص فيكون تشابه هذه الآفات مع آفات الحزاز المسطح الذي قد يحدث أحياناً نتيجةً لتفاعل ضيائي انسامي في مناطق الجلد المعرضة للضياء .

### الطفوح الدوائية عدّية الشكل

**Acneiform Drug Eruption :**

ليست هذه الطفوح بالأصل أرجية ، لكنها تنجم عن فعل الأدوية على الظهارة الجريبية للجريبات الزهمية ( راجع الشكل ١٠ - ٦ ) .

تؤدي بعض الأدوية أحياناً إلى تفاعلات عدية الشكل ، ومن هذه الأدوية الفيتامينات ( آ ، ب ٢ ، ب ٦ ، ب ١٢ ) ، الإيزونيازيد ، الهالوجينات ( إيودين ، برومين ، هدرو كربون مكلور ) ، مضادات الصّرع ( مشتقات الهدانتوئين ) ، أدوية السل ( إيتامبوتول ، الايزونيازيد ، الريفامبيسين ) ، فينوباربيتال ، تريميتاديون ، والهرمونات .

وتكون الطفوح الدوائية عدية الشكل وصفية وذلك عندما تنجم عن الهرمونات وخاصة الأندروجينات ، الستيروئيدات الإبتنائية Anabolic ، والجستاجينات Gestagens . كما تلاحظ الحطاطات البثرية وحيدة الشكلياء في مناطق توضع العدّ . ولا يوجد زؤان وإنما قد توجد تشكلات زؤانية ثانوية .

وتلاحظ هذه التفاعلات الأخيرة عند استعمال الكلورامفينيكول ، الداكتينومايسين ، الفوروسمايد ، أملاح الليتيوم ، والبيبرازين .

**الحكة Pruritus ، المذل Paresthesia :**

قد تكون *الحكة* العرض الأول للتأثير الجانبي المحدث بالدواء . وإن الحكة هي العرض التحذيري المبكر ، تليها بعدئذٍ التظاهرات الجلدية عند متابعة أو استئناف تناول الدواء . وقد تشاهد الحكة كعرض وحيد لعدم التحمل بعد استعمال الأدوية المحررة للهستامين مثل قلوانيات الأفيون والمركبات المشابهة ، بعض العوامل الموجهة لمعالجة الذهان ( مضادات الهمود ) ، وحبوب منع الحمل ، الباربيتوريات ، مشتقات السولفونيل يوريا ، الملينات والسلفوناميدات .

أما *المذل* فقد يحدث كعرض وحيد ، أو يكون العرض الأول عند حدوث عدم تحمل للدواء ، ويأخذ شكل ألم حارق أو ناخس وكأنه يحدث بواسطة إبرة في الأصابع أو الأباخس أو حول الفم . ويجب أن نتذكر احتمال حدوث المذل أثناء المعالجة بمضادات السل وخاصة الإيزونيازيد أو حمض بارا أمينوساليسيليك ، علاوة عن إمكانية حدوثه أثناء المعالجة المضادة للفطور بالغريزوفولفين أو عند تناول الدابسون أو التاليدوميد .

## التفاعلات الدوائية نمط مرض المصل وطفوح مرض المصل :

ويشمل كلا الشكلين تفاعل متواسط بالأضداد الخلطية من النمط الثالث ويترافق بتشكل معقّدات مناعية . ويحدث تفاعل الأضداد هذا ما بين الأضداد المتشكلة أثناء فترة الحضانة والمستضدات التي لم تلفظها العضوية بعد .

**مرض المصل** : ويحدث ، كما يشير اسمه ، بعد إدخال مصل مناعي أجنبي المنشأ ، كمصل الحصان عادة ، والذي يعطى كمصل محتوٍ على اللقاح . أما فترة التحسيس فتتراوح ما بين ٤ ــ ١٤ يوماً وغالباً ما يبدأ هذا المرض بتوذم التهابي حاد ، خشبي ، أو بتفاعل شروي في موضع الحقن العضلي . كما تظهر سريعاً تظاهرات جلدية ، والتهاب عقد لمفية معمم ، وحمى .

**طفحية مرض المصل** : وتأخذ هذه الطفحية توزعاً متناظراً دوماً ، وهي عموماً حاكة بشدة ، وتماثل في شكلياتها السريرية المسيطرة ، الطفوح الشبيهة بالحصبة أو الشبيهة بالحمى القرمزية ، أو الشرى الحاد ، أو الوذمة الوعائية . أما الطفوح النزفية فأقلّ حدوثاً .

**التظاهرات الداخلية** : قد يحدث التهاب مفاصل ، والتهاب الزليليات المتعدد ، وآلام عضلية ، والتهاب أعصاب أيضاً .

ويشير كلٌ من شح البول ، والبيلة الآحينية إلى تغيرات كلوية ، بينما يوحي القُياء والإسهالات إلى وجود إصابة معدية . وترتفع سرعة التثفل بشكل زهيد ، كما يوجد عادة كثرة معتدلة في عدد الكريات البيض والحمضات . وعموماً فإن الأعراض المرضية تتلاشى خلال بضعة أيام ، ويتراجع ببطء كل من اعتلال المفاصل والتهاب الأعصاب .

هذا وعندما يُتبع مرض المصل بإعادة حقن المصل نفسه فإنه من المتوقع حدوث شكلين من التفاعل : فإذا ما مضى على الحقن الأول زمناً طويلاً ( سنة أو أكثر ) ، فعندها تظهر أعراض داء المصل بعد طور كامن يتراوح ما بين ٢ ــ ٧ أيام ، أي يكون أسرع من العارضة السابقة مع تفاعل شديد مكان موضع الحقن بشكل خاص . أما إذا كان الحقن الأول حديث العهد ، ونادراً ما يكون مع حقنة أقدم ، فإن التفاعل العاجل يتكشف عن صدمة تأقية ( تأق معقد مناعي ) . وقد تؤدي الأعراض الحادة والشديدة لحدوث وهط وعائي ، واختلاجات ، وربو قصبي ، وارتخاء المصرات العفوي ومن ثم إلى السبات فالموت .

**التفاعلات الدوائية من نمط مرض المصل** : تحدث هذه التفاعلات خاصة عند تناول المحضرات التي تُختزن في الجسم بغية الحصول على تأثير مديد ولفترة طويلة . وقد يحدث هنا تفاعل المعقّد المناعي من النمط الثالث بعد إتمام تشكل الأضداد .

وبشكل خاص ، فإن هذه التفاعلات تلاحظ بكثرة بعد زرقة عضلية من البنسلين أو بعد إدخال معالجات تتضمن على بروتين ، مثل الأنسولين ، ومعلق خلايا طازجة ، وخلاصات الأعضاء ، وبروتينات أجنبية أخرى . أما سريرياً فقد تظهر جميع أعراض مرض المصل . وعموماً ، وعلى كل حال ، فإن الطفحية الموصوفة غالباً ما تكون أكثر وضوحاً من الأعراض العامة .

## الجلادات المحرشة بالدواء Drug Provoked Dermatoses : [ راجع الشكل ١٠ ــ ٧ ]

من المحتمل ، استناداً إلى قاعدة الاستعداد الوراثي وأفعال الحرائك الدوائية النوعية للدواء الذي نحن بصدده ، أن يكون لمداواة معينة المقدرة على إحداث الطفوح التي تكون شديدة الشبه أو مماثلة للجُلادات المعروفة . وفي كل مرة يحدث طفح جلدي ، فإنه من المهم اعتبار إمكانية التخريش الدوائي . كما أنه من المهم جداً أخذ القصة المرضية بشكل لائق .

*الطفوح عدية الشكل* : الستيروئيدات القشرية السكرية ، الفيتامينات ( ب ١ ، ب ٦ ، ب ١٢ ) الباربيتوريات ، التتراسيكلينات ، مضادات الصرع ، الليثيوم ، النظائر الهالوجينية .

*العد الشائع* : الستيروئيدات السكرية القشرية ، الهرمونات ( الأندروجينات ، الجستاجين ) ، الأدوية الابتنائية .

*العد الشروي* :الجستاجينات .

*الفقاعاني الفقاعي* : فوروسيميد ، سالازوسلفابيريدين ، فيناسيتين ، بنسيلينامين ، نادولول .

*الكلف* : فينيتوئين ، الهرمونات ( الأستروجينات ، موانع الحمل الفموية ) .

*التهاب الجلد بالتماس وإكزيمة التماس* : الصادات ( البنسلين ، الستربتومايسين ، جنتامايسين ، كانامايسين ) ، السولفوناميدات ، كليوكينول ، العوامل الموجهة لمعالجة الذهان ( كلوربرومازين ، فينوتيازين ) ، ميبروبامات ، مضادات الهستامين ، بروميتازين ، المدرات ( كلورتيازيد ومماثلاته ) ، المدرات المحتوية على زئبق ، الأدوية المضادة للسكري ، البروكائين ، الكينين ، الكينيدين ، الدي سولفيرام ، كلورال هيدرات ، الهالوجينات .

*التهاب الجلد الحلئي الشكل* : الهالوجينات ، البروجسترون .

*خلل التعرق* ***Dyshidrosis*** : التريكوفيتين ، البنسلين ، الصادات ، النيكل .

*الحمامى متعددة الأشكال* : ( انظر الفصل : ١٤ ) .

*الحمامى العقدة* : ( انظر الفصل : ١٤ ) .

*الطفحيات الحزازانية* : ( انظر هذا الفصل في مكان آخر ) .

*الطفوح الدوائية الشبيهة بالحزاز المسطح* : الزرنيخ ، أملاح الذهب ، السولفوناميدات ، الباس ، الكينين ومشتقات الكينيدين ، ميثيل دوبا ، حاصرات مستقبلات بيتا ، مضادات البرداء .

*النخالية الوردية* : الباربيتوريات ، كابتوبريل ، ميبروبامات ، أملاح الذهب ، كيتوتيفين ، ميترونيدازول .

*الفقاع الشائع* : الزرنيخ ، السولفوناميدات ، بنسيلامين ، ريفامبيسين ، الأسبرين ، كلوروكين ، سلفاسالازين ، إيزونيازيد ، بليومايسين ، فورسيميد ، فينيل بوتازون ، اهيروئين ، براكتولول ، أملاح الذهب .

*الحكاك البسيط تحت الحاد* : البروجسترون ، الأندروجينات .

*الصداف الشائع* : الليثيوم ، الأملاح المعدنية ( الذهب ، الزرنيخ ) ، حاصرات بيتا ( وخاصة الباركيتولول ، بروبرانولول ، أوكسي برينولول ، بيندولول ) ، مضادات البرداء ( ميباكرين ، بريماكين ) ، الكينيدين ، اللقاحات ، مشتقات الفيتامين آ .

*الصداف البثري* : كاربامازيبين ، سيكلوسبورين ، ديلتيازيم ، السولفوناميدات ، البنسلين ، الساليسيلات ، الأفيونيات ، الستيروئيدات القشرية السكرية ، مضادات البرداء ( كلوروكين وأشباهه ) ، الزرنيخ ، الليثيوم .

*اللمفوم الكاذب* ( التهاب العقد اللمفية الجلدي السليم ) : مشتقات الهدانتوئين ، فينيل بوتازون ، الساليسيلات ، الفيناسيتين ، المنتول .

*الفرفرية بقلة الصفيحات* : التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض ( الفصل : ٢٣ ) .

*الذأب الحمامي* : هدرالازين ، إيزونيازيد ، بروكائيناميد ، هيدانتوئين ، ميثيل دوبا ، فينوتيازين ، فينيل بوتازون ، التتراسيكلينات ، البنسلين ، الغريزيوفولفين ، براكتولول ، السولفوناميدات ، بنسلامين ، الأستروجينات ، البروجسترون ، مانعات الحمل ، مركابتوبورين ـ ٦ ، الأملاح المعدنية ( البزموت ، الزرنيخ ، الذهب ) ، تريميتاديون ، بريميدون ، تيويوراسيل ، اللقاحات ، المعالجة بالبوفا PUVA .

*البرفيرية الجلدية الآجلة* : الباربيتوريات ، هيدانتوئين ، السولفوناميدات ، العوامل المضادة للسكري ، التتراسيكلينات ، الغريزيوفولفين ، الإيزونيازيد ،هكساكلوروبنزين ، نيتروفينول ، الأستروجينات ، دي إيثيل ستلبسترول ، موانع الحمل ، الأندروجينات .

*البرفيرية المتقلبة* ***Porphyria Variegata*** : الباربيتوريات ، السولفوناميدات ، الغريزيوفولفين ، الستيلبسترول ، موانع الحمل .

*الحاصة أو النفحة ( تساقط الأشعار* ***Effluvium*** *) المنتشرة* : نفحة في الطور الانتهائي للأشعار تتعلق بالمقدار العلاجي ( حاصة من النمط الآجل ) ، تحدث بعد ٢ ـ ٣ أشهر من البدء بالمعالجة ، أو يحدث تساقط الأشعار في طور النمو ( حاصة من النمط الحثلي ، حاصة النمط العاجل ) بعد ٢ ـ ٣ أسابيع من بدء المعالجة .

هذا ويجب اعتبار كل من الأدوية التالية كعوامل مسببة : العوامل الموقفة للتكاثر الخلوي ( من جميع الأنماط ) ، مضادات التخثر ( الهيبارين ، مشتقات الكومارين ) ، فينينديون ، الهرمونات ، موانع الحمل ، الأندروجينات ( عند النساء ) ، الأدوية الموقفة لنشاط الدرق ( الكاربيمازول ومماثلاته ومشتقات التيويوراسيل ) ، تاموكسيفين ، كلوميفين ، خلات السيبروتيرون .

## التشريح المرضي النسجي :

يمكن أن نميز الأشكال المختلفة من الطفوح الدوائية ، الواحدة عن الأخرى بشكل جيد اعتماداً على المعطيات النسجية . كما أن نوع ودرجة تطورها يؤكدان التشخيص التفريقي بينها . هذا وإن النماذج المختلفة للطفوح الدوائية ، تكون على كل حال ، غير وصفية بالنسبة لدواء ما . أما فيما يتعلق بالتفاعلات الوعائية الجلدية ، فإنه وبشكل طبيعي ، توجد آفات التهابية شائعة الحدوث ضمن الأدمة الحليمية والشبكية متضمنة الأوعية الصغيرة . كما يوجد تورم ظهاري مع تورم في جدر الأوعية ، ووذمة حول الأوعية مع ارتشاحات خلوية ( التهاب أوعية خلوي ) .

هذا ونجد في العديد من حالات الطفحية الحادة أكثر من ظاهرة نضحية . أما في الطفحيات تحت الحادة وحتى المزمنة فنجد في أكثرها ارتشاحات باللمفاويات حول الأوعية ، وهي أكثر وضوحاً على التوالي في الحالات الحادة وتحت الحادة ثم التهاب الشعيريات المزمن . وفي الطفحية النزفية الحادة غالباً ما يتواجد تسرب هام للكريات الحمر ، أو تواجد ركيزة نسجية ، تكون وصفية لالتهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض والتي تتجلى بترسبات ليفينية **Fibrinoid** على جدران الأوعية مع نزف وزيادة في نسبة العدلات والحمضات من الكريات البيضاء ( تخرب الخلايا مع انطلاق الجزيئات المتخربة للنوى المتغلظة ) . ويشير هذا النمط من التفاعل ، لتفاعل نسجي مناعي أرجي من النمط الثالث .

أم الطفوح الدوائية المزمنة من النمط النزفي الصباغي في الجلادات فتكون إما من النمط الثالث أو النمط الرابع للتفاعلات المناعية . هذا وتبدي النخرة البشروية لمتلازمة لايل المتعلقة بالدواء تبايناً واضحاً بالنسبة للتغيرات الخفيفة ( وذمة ، توسع الشعيريات ) في أعلى الأدمة .

## الدلائل المساعدة في التشخيص :

قد يكون تشخيص الطفوح الدوائية صعباً وذلك بسبب تنوع التفاعلات الشكليائية المحتملة وبسبب تشابه تلك الطفوح مع الأمراض التي تنجم عن عوامل أخرى . ولذا فمن المهم دوماً التفكير باحتمالية الطفوح المحدثة بالدواء . أما الإجراءات المشخصة التي نوصي بها فهي ما يلي :

**القصة السريرية للطفحية** : هذه القصة تكون هامة جداً في الحالات المشتبه بكونها تفاعلاً دوائياً . ويجب أن لا يُسأل المريض عن المعالجات المستخدمة في معالجة الأمراض الشديدة فحسب ، وإنما يجب أن يُسأل أيضاً حتى عن أي عقار يمكن أن يستخدم في الحالات الخفيفة كتلك الأدوية التي تؤخذ غالباً دون وصفة طبية ( الملينات ، حبوب منع الحمل ، الفيتامينات ، حبوب القوت ، القطرات العينية ) . كما يجب أن ننتبه إلى المستأرجات في المواد الغذائية .

**اختبار الحذف Elimination Test** : ويتضمن حذف العامل المشتبه بإحداثه للطفحية . هذا وإن لهذا الاختبار قيمة كبيرة ، وليس له خطورة ، إذ يتم شفاء التظاهرة المرضية بعد حذف العوامل المسببة . ويجب الانقطاع عن الدواء المعروف بإحداثه لفعل أرجي . ويمكن أن تجرب إعادة التعرض للتفاعل الأرجي بحذر شديد بعد اختفاء الطفوح ، إلا أن ذلك يجب أن يتم بالتعاون مع الطبيب المعالج ، وفي حالات خاصة .

**اختبار التعرض Exposure Test** : يفيد هذا الاختبار للتأكد من مسؤولية دواء ما عن إحداث الطفح . ويجب أن يستشار الطبيب المعالج قبل أن يتم إيقاف الدواء ، كما يجب أن يتم اختبار التعرض ضمن المشفى ، وبحذر ، إذا كان ذلك ممكناً ، لأن إجراءه يتطلب احتياطات كبيرة وعلى الأخص في التفاعل الأرجي من النمط الأول . ويجب أن يجرى الاختبار بوجود تجهيزات إسعافية كاملة ، كما ينبغي أن لا تجرى مطلقاً لمريض سبق أن حدث عنده صدمة تأقية ، أو أعراض صدمة شديدة ، أو متلازمة لايل .

**الاختبارات في الحيّ In Vivo Tests** : تستعمل كل من اختبارات الرقعة الموضعية والحقن الجلدي ضمن الأدمة للتأكد من ضرر الدواء . أما نتيجة الاختبار الإيجابية فتشير إلى تفاعل أرجي للدواء .

*الاختبارات داخل الأدمة :* يشار بإجراء هذا الاختبار عندما يكون هناك تفاعل وعائي جلدي . وإذا ما كان ثمة شبهة في كون التفاعل الأرجي من النمط الأول فيجب عندها اختبار المستضد ( دواء مخفف ) بإجراء اختبار الدلك أو اختبار الوخز **Prick** وذلك قبل إجراء اختبار التبزيغ أو اختبار حقن المستضد داخل الأدمة . هذا ويعطى في البدء أصغر مقدار ممكن من المستضد ، وذلك تجنباً لحدوث تفاعل تأقاني أو تأقي .

*الاختبارات الرقعية :* يمكن أن تدرس هذه الاختبارات عندما تكون الطفحية من نمط التفاعل الآجل ( النمط الرابع ، نمط السلين أو الإكزيمة ) . هذا وقد يعطي الاختبار نتيجة إيجابية في مكان تفاعل الدواء الثابت أو في الجلادات الصباغية النزفية المحدثة بالدواء .

**الاختبارات في الزجاج In Vitro Tests** : تسهم هذه الاختبارات في تأكيد وجود مستضدات معينة .

*اختبار الامتصاص الأرجي الشعاعي* *(Radioallergosorbent) R.A.S.T* : ويمكن التعرف بهذه الطريقة على الأضداد النوعية الموجهة ضد الدواء في مصل المريض بالتفاعل العاجل ( نمط ١ ) .

*اختبار تحول اللمفاويات* *Lymphocyte Transformation* : يبين هذا الاختبار تحول أرومة كل من اللمفاويات التائية أو اللمفاويات البائية عند المريض بتفاعل من النمط الرابع وذلك بعد التعرض للمستضد . وهو على الأغلب اختبار للبحث العلمي .

*الطرق المناعية الإمراضية* : تساعد هذه الطرق في التعرف على كل من الغلوبلينات المناعية المترسبة ، ومكونات المتممات أو المعقدات المناعية في الجلد ، وخاصة في الأوعية الدموية من الطبقة العليا من الأدمة . إن هذه التفاعلات ليست نوعية ، كما أن التعرف على المستضد الدوائي غير ممكن .

## المعالجة Treatment :

إن للتعرف على الدواء المؤذي ، ومن ثم حذفه أو تركه ، أهمية كبرى . إذ تستهل كل الطرق العلاجية بإيقاف الأدوية المشتبه بها في إحداث الطفوح الدوائية . أما الأدوية الحيوية فلا يمكن توقيفها إلا بعد موافقة الطبيب المعالج ، أو بعد استبدالها بأدوية أخرى ، لها زمرة كيميائية مغايرة .

*المعالجة الجهازية* : وتقوم على إعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية عن طريق الفم بجرعات متوسطة ( ٦٠ – ٨٠ ملغ من مكافئات البريدنيزولون يومياً ) ، وقد تعطى بجرعات أعلى ( ٨٠ – ٢٠٠ ملغ من مكافئات البريدنيزولون يومياً ) . ومن الممكن في حالات الضرورة أن تكون الجرعات أعلى من ذلك أيضاً . أما في المراحل الحادّة فقد يكون زرق الستيروئيدات القشرية السكرية ضرورياً أيضاً .

ويجب أن تعطى أيضاً مضادات الهستامين في حالات الحكة الشديدة مع الحذر الكافي ، وذلك لأن مضادات الهستامين نفسها قد تثير تفاعلاً أرجياً . ويجب أن ينحصر استعمالها في معالجة تلك الطفوح الدوائية التي يحدث فيها حكة شديدة ، والتي يمكن الافتراض بأنها تفاعل أرجي من النمط I الذي يشكل أساس الطفحية المحدثة بالدواء .

ويمكن أن تعطى أيضاً أملاح الكلسيوم وريدياً وخاصة في حالات الشرى والطفوح الشديدة الحاكة . وعلى كل حال ، فإنّ فعلها الدوائي لا يمكن تفسيره بشكل مؤكد تماماً .

كما ثبت أيضاً فائدة تيوسلفات الصوديوم أو ديمركابرول في معالجة الطفحية الناجمة عن المعالجة بالأملاح الثقيلة .

أما الأعراض العامة وحالات الوهط أو التظاهرات العضوية فيجب معاملتها على أساس الإجراءات المستعملة في الطب الداخلي .

*المعالجة الموضعية* : تعتمد المعالجة الموضعية على الموجودات السريرية الشكليائية . وتعالج بشكل حسن الطفحيات الحمامية الجافة بدهون الزنك أو محلول الزنك الغولي ( الكحولي ) . وقد يضاف رهيم ستيروئيدي قشري سكري إذا ما كان ذلك ضرورياً . أما في حالات الطفحية النفاطية والنازة فيوصى بالكمادات الرطبة حتى بدء ظهور التظهرن ثم تعقب بتطبيق معجونة طرية فيما بعد .

ويجب أن تؤخذ إمكانية حدوث الخمج الثانوي في الحسبان . ويوصى باستعمال الستيروئيدات القشرية السكرية خارجياً وذلك في الطفحية شديدة الارتشاح حيث يمكن تطبيق معالجة مضاعفة الطبقات بإضافة غطاء من معجونة الزنك الرخوة أو محلول الزنك (Zinc Lotion) . هذا ويمكن للمعالجة الموضعية الجيدة أن تختصر سير التفاعل الدوائي بشكل ملحوظ . وقد ذكرت معالجة متلازمة لايل المحدثة بالدواء في مكان سابق من هذا الفصل .

## الحقن داخل الشريان Intraarterial Injection : [ Lesser : ١٨٩٩ و Nicolau : ١٩٢٥ ] :

*المرادفات* : صِمّات الجلد الدوائية ، النخر الجلدي الحادث بعد الحقن داخل العضلات ، نخر الجلد النطاقي الشكل ، التهاب الجلد الشبيه بالتزرق ، نخر الجلد الشبيه بالاحتشاء ، متلازمة نيكولا .

**التعريف** : هو التهاب الجلد النزفي الشبيه بالتزرق والذي يظهر عقب حقنة عضلية ، وقد يتحول إلى نخر جلدي ، مع ميل للشفاء بشكل بطيء جداً .

**الحدوث** : نادر .

**الإمراض** : تظهر الآفة دوماً عقب حقنة دوائية بالعضل ، وعادة ما تكون في الأليتين . وإن الإمراض الذي يجب أن يفسر العديد من الأوصاف التشخيصية المختلفة لم يدرك بشكل كاف حتى الآن . وإنّ حقن الدواء ضمن الشريان مع انسداد صمّي Embolic في الدوران ، ووجود الإقفار مع التزراق ، ونخر الجلد ، توحي جميعها لأن تكون تعبيراً عن حالات احتشائية . هذا وقد عرفت تلك الموجودات في تفاعل حقن البزموت ، حيث لوحظ البزموت المبلّر في الشرايين الصغيرة ( صمّة البزموت ) . وعلى كل حال ، فإن الزرق حول الشريان أو

داخل العضل قد يؤدي إلى تشنج شرياني وانسداد ، كما أنها قد تعطي حافزاً للعلامات نفسها . ويسبب الحقن حول العصب أو داخله ألماً مباشراً في الأليتين ، وفي الأطراف ، وخاصة عندما يترسب الدواء بين عضلات الألية ويؤدي إلى تخريش الفرع الصغير للعصب الوركي . وهذا قد يكون أيضاً ناجماً عن التقبض الوعائي والإقفار . وفي النهاية فإن النخر الموضعي يحدث أيضاً عندما يكون حقن الدواء داخل الألية قريباً من السطح أو عندما يكون الحقن ضمن النسيج الشحمي .

**الجدول ١٠ ـ ٣** : الأدوية التي بدت أنها تسبب نخراً جلدياً موضعاً بعد الحقن العضلي

| الزمرة | العنصر الفعال |
|---|---|
| العوامل الزهرية | البزموت، الزئبق } كانت تستعمل في الماضي |
| السولفوناميدات | سلفابيريدين ، سلفاتيازين ، سولفيسوميدين |
| البنسيلينات المديدة | بنسلين بروكائين ، بنزاثين بنسلين |
| الستربتومايسين | ستربتومايسين |
| التراسيكلينات | كلورتتراسيكلين |
| المقشعات | كينين ، كافور ، أوكاليبتول ، مانتول |
| المضادات الرثوية | مضادات الهستامين ، بيرازولون ، فينيل بوتازون ، فيتامين ب ١٢ ، المخدرات الموضعية ، دكساميتازون ، تريامسينولون |

**الموجودات السريرية** : تظهر خلال دقائق أو ساعات بعد الحقن العضلي آفة حمامية مزرقة ومتخشبة في منطقة الحقن . وتشبه هذه التظاهرات أحياناً التزراق العنقودي Livido Racemosa ( التهاب الجلد التزراقي ) مسببة ألماً موضعاً أو مُشعّاً . ويخلف الشفاء فرط تصبغ ( راجع الشكل ١٠ ـ ٨ ) .

وفي الحالات الشديدة ، يحدث التميز أو التحدد المركزي الأول بعد حوالي ٢٤ ـ ٧٢ ساعة ، ويعقب ذلك تشكلات نخرية ونزفية عميقة ، مسطحة أو مخروطية الشكل . وقد يحدث أيضاً نفاطات ، كما قد يلاحظ شلل مؤقت في الأطراف على التوالي . ومن المحتمل أيضاً حدوث خمج جرثومي ثانوي . هذا ويتطور تحدد الألم على مدار أسبوع وحتى شهر كامل ، إضافة إلى تشكل قرحات عميقة . ويتلو الشفاء الثانوي للجرح ، ندباً ضمورية مسطحة أو ذات أشكال عجيبة .

**الحدوث** : يتعلق سير المرض بوجود ميل للنخر ، وقد يمتد السير أسابيعاً أو أشهراً وقد يؤدي الألم وتحدد الحركة إلى عجز شديد .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : محاولة الإقلال من الميل للنخر عند بدء ظهور الآفة وذلك بإعطاء موسعات الأوعية كالبنتوكسي فيللين Pentoxifylline ، أو الحمض النيكوتيني ، أو البابافيرين .

*المعالجة الموضعية* : وتكون بمحاولة تطبيق الرهيمات الستيروئيدية القشرية السكرية أو معجونة الزنك ، وبعد تحدد الآفة نلجأ إلى الوسائل التي تحرض على الإنضار والتحبب والتظهرن .

## الانسمام الحاد بأول أوكسيد الكربون
## Acute Carbon Monoxide Poisoning :

تتضمن التظاهرات الجلدية على وذمة جلدية كبيرة في الوجه والأطراف ، إضافة إلى حدوث تفاعل فقاعي موضع ومترافق بانسمام حاد بأول أوكسيد الكربون .

**التشريح المرضي النسجي** : تنفط تحت البشرة مع نخر بشروي وآخر هياليني في الغدد العرقية الناتحة .

**الأعراض** : يحدث انحلال في العضلات المخططة مع بيلة ميوغلوبولينية ، والتي قد تنجم عن القصور الكلوي من جراء النخر الحاد في الأنابيب الكلوية . كما لوحظ فقر دم انحلالي ، وحدوث اعتلال أعصاب محيطي .

**التشخيص التفريقي** : إن الأعراض الموصوفة تجعل الإنسان يفكر ليس فقط بالتسمم بأول أوكسيد الكربون ، بل بالتسمم بالباربيتوريات أيضاً .

**المعالجة** : عرضية .

# الفصل الحادي عشر

# الشرى

# Urticaria

د . صالح داود ، د . مازن داود

مرادفات : الانتبارات (Hives) .

**التعريف** : يدل مصطلح الشرى على طفح ظاهر وحيد الشكل يتصف بالانتبارات Wheals . والتسمية الألمانية لهذا المرض هي Nesselsucht ويعني الطفح القراصي ، وتشير هذه التسمية إلى تفاعل الجلد الذي يتلو التماس مع نبات القراص اللاسع .

تتصف آفات الشرى بزوالها السريع عادة . أما الآلية التي تحدث الشرى فهي ذات أسباب عديدة سنأتي على مناقشتها .

**حدوث الشرى** : يعتبر الشرى واحداً من بين الأمراض الجلدية العشرين الأكثر شيوعاً . يترافق الشرى بنسبة ٢٠ – ٣٠٪ مع الوذمة الوعائية ( وذمة كوينكة ) . وبينما يعتبر الشرى المزمن نادراً في الأطفال ، يعتبر الشرى الحاد من أشيع الأمراض الجلدية عندهم . هذا ويمكن أن تصيب الوذمة العرقية الوراثية الأطفال أيضاً . والعوامل الوراثية المسببة للشرى ليست مسؤولة عن غالبية حالات الشرى . ويميل المرضى المتأتبين لإطلاق الهستامين والإصابة بالشرى .

**الآلية المرضية في تشكل الانتبارات Pathomechanism of Wheal Formation** : الانتبار هو وذمة في الأدمة الحليمية وفي الأدمة الشبكية العليا ، تنجم عن توسع الأوعية الدموية وزيادة نفوذيتها ورشح مكونات المصورة في النسج المجاورة . وتتوسع الأوعية اللمفية الجلدية الصغيرة أيضاً . يؤدي انطلاق الهستامين من الخلايا البدينة Mast Cells إلى تشكل انتبارات وصفية . تتواجد الخلايا البدينة حول الأوعية الدموية وحول الملحقات ، وهي لا تحتوي الهستامين والهيبارين فقط وإنما تحتوي أيضاً البرديكنين واللوكترين Leukotrienes C4, D4, E4 والإنظيمات الحالة للبروتين . ينطلق الهستامين من الخلايا البدينة والأسسة نتيجة تفاعلات فيزيائية أو كيميائية أو أرجية . ويرتبط انطلاق الهستامين بزوال التحبب من الخلايا البدينة ، حيث يمكننا كشفها نسجياً أو بواسطة المجهر الألكتروني وتطلق الخلايا البدينة حبيباتها المتبدلة التلون إلى ما يحيط بها .

تصبح الخلايا البدينة حَرِنة ( عاصية ) Refractory على المنبهات حتى تعيد تشكيل حبيباتها والهستامين فيها من جديد ، وتخزنها وتصبح جاهزة للتنبه ثانية . وهذا يفسر الحاجة إلى مضي وقت معين بعد غياب الانتبارات لكي تتشكل هذه الانتبارات من جديد في ذات التوضع ، أي حتى تستعيد الخلايا البدينة قدرتها للتنبه ثانية .

ويؤدي لإطلاق الهستامين من هذه الخلايا مسببات عديدة يمكن تحريها وكشفها . ومن هذه المسببات بعض الأدوية كالكودائين والمورفين و ا س ت ش ACTH التركيبي ، وتؤدي هذه الأدوية لإطلاق الهستامين بطريقة مباشرة ، ويمكن أن يؤدي إلى إطلاق الهستامين أيضاً كل من الأملاح الصفراوية ، والمنظفات والأمينات القوية . من جهة أخرى ينطلق الهستامين في الجلد والأغشية المخاطية بالتفاعل العاجل من النمط I وذلك بتفاعل المستضد مع الخلايا البدينة المحسسة بالأضداد النوعية IgE . ويمكن لمادة P من أعصاب الجلد أن تطلق الهستامين أيضاً . وهكذا تؤدي الاستجابات الدوائية المناعية وغير المناعية في الخلايا البدينة إلى إطلاق الوسائط Mediators والهستامين واحد منها . وتوجد اختلافات شخصية في التفعيل نحو التأثيرات المطلقة للهستامين .

وغالباً ما توجد وسائط إضافية مسؤولة عن إحداث الانتبارات المقاومة لمضادات الهستامين في العديد من الحالات الشروية ، كما في شرى البرد العائلي ، شرى الضغط والشرى المناعي ، ومن هذه الوسائط السيروتونين ، البراديكنين ، اللوكترين C4, D4, E4 ( مادة التأق بطيئة التفعيل SRSA – A ) ، البروستاغلاندين والإنظيمات الحالة للبروتين .

ترتبط الحكة في الشرى بازدياد كثافة الهستامين في الانتبارات وفي الدم بوجه عام ، ويؤدي حقن الهستامين في الجلد إلى حدوث حكة مكان الحقن ، وتُحدث الحكة أيضاً وسائط أخرى مثال الببتيدات العصبية Neuropeptides .

**الموجودات السريرية** : تتألف الآفات البدئية في الشرى من الانتبارات وهي عبارة عن وذمة موضعة ومرتفعة عن سطح الجلد ، بيضاء اللون ، قرنفلية ، حدودها واضحة ، وتترافق بحكة . ويمكن بالمعاينة الشفوفية Diascopy رؤية السائل الأصفر للمصل الراشح في الانتبار . ويأخذ الانتبار ما يشبه قشرة البرتقال نتيجة الضغط الوذمي وخاصة حول الجريبات ، ويحيط بالانتبارات عادة بقعة حمامية حمراء بأقطار مختلفة . ويشاهد هذا أيضاً أثناء حقن الهستامين داخل الجلد .

تتشكل الانتبارات بسرعة خلال بضع دقائق ( فعل عاجل نتيجة انطلاق الوسائط ) ، وتختلف أقطار ولون الانتبارات من حالة إلى أخرى . وكما ذكرنا ، يكون لون الانتبارات وردياً أو

أحمر خفيفاً . ويعزى لون الشرى الأحمر إلى التوسع الوعائي الأدمي . ويمكن أن تأخذ الانتبارات لوناً أبيض فقرمياً Anemic كما في الشرى البروسيليني Urtica Porcellanea نتيجة ضغط الوذمة الشديد على الأوعية الدموية . ويدل لون الانتبار الأبيض غالباً على تسببه بالهستامين .

يختلف قد الآفات من رأس الدبوس ( في الانتبارات الجريبية ) وحتى عدة مللمترات قطراً ، وحتى أكبر من راحة اليد حيث يسمى الشرى العملاق . ويختلف شكل الاندفاع أيضاً . ويؤدي اتصال الانتبارات مع بعضها بعضاً إلى تكوين شكل عديد الدوائر وقد يأخذ شكلاً جغرافياً ، كالشكل المتحلق . ويعطي تراجع مركز الانتبار شكلاً حلقياً ( الشرى الحلقي ) ، وإذا تشكلت الوذمة في الطبقة تحت الأدمة فالانتبار لا يظهر على الجلد . ويتصف الشرى العميق Urticaria Profunda أو ما يسمى أيضاً بوذمة كوينكة – وهو شرى موضع ينتج عن الوذمة في الطبقة تحت الأدمة – ويتصف بانتفاخ في الجلد لونه أحمر أو وردي ، وقد يكون الجلد المتورم بلون طبيعي .

قد يؤدي زيادة رشح المصورة والاحتكاك إلى تشكل نفاطات ، ويسمى هذا الشكل الشرى الفقاعي . ويشاهد هذا التفاعل عادة على الطرف السفلي والمصاب بزراق النهايات ، ويتلو لدغ البعوض عادة . تتواجد الكريات الدموية في الانتبارات ، وإن زيادة تواجد هذه الكريات يؤدي إلى الانتبارات النزفية ، أو ما يسمى بالشرى النزفي ، ويشبه بذلك الآفات الفرفرية الأخرى . وأخيراً يحدث الشرى المصطبغ Pigmented Urticaria بسبب زيادة فعالية الخلايا القتامينية ، وبالتالي حدوث فرط تصبغ في أماكن وجود الانتبارات .

**دينمية الانتبارات Dynamic of Wheal** : تتشكل الانتبارات خلال بضع دقائق بسبب انطلاق الهستامين في الأدمة العليا وبالتالي حدوث رشح المصورة ومكوناتها إلى خارج الأوعية . وتبقى الانتبارات فترة محدودة ، حيث يمكن أن تغيب خلال ٢٠ دقيقة ولكنها تبقى ٣ – ٨ ساعات بوجه عام . وإذا ما بقيت أكثر من ذلك أي بقيت مدة يوم إلى يومين ،فقد لا تكون انتبارات شروية ، بل شكلاً من الشرى غير ناجم من انطلاق الهستامين ، وإنما يحدث بآلية أخرى كما في النموذج الثالث III ، أي أنه عبارة عن التهاب أوعية شروي ، ينتج عن تفاعل معقد مناعي من النمط III من التفاعلات المناعية .

**الحكة في الشرى** : الحكة في الشرى شديدة خلال تشكل الانتبارات ، ولكنها تصبح أخف بعد ذلك . والحكة الشروية ليست مخدشة عادة وإنما هي حكة فاركة ، وتزداد ليلاً في العادة .

**إصابة أعضاء أخرى غير الجلد بالشرى** : تندر إصابة أعضاء أخرى غير الجلد . وأكثر هذه الإصابات حدوثاً في الشرى الأرجي الحاد المترافق مع أعراض صدمة تأقية . أما إصابة الأغشية المخاطية ، فيظهر على شكل وذمة المزمار الحادة أو وذمة الحنجرة ، وقد تهدد هذه الإصابات الحياة . تُعَدّ بحة الصوت مشعراً للإصابة المخاطية المذكورة ، وقد تحدث آلاماً بطنية ناجمة عن إصابة الأغشية المخاطية المصلية Serous Mucosa . وإسهال ناجم عن إصابة الأمعاء ، وربو ناجم عن التشنج القصبي الأرجي ، غير أن هذه الأعراض نادرة المشاهدة . يمكن أن تتورم المفاصل بسبب الوذمة الزليلة Synovial Edema ، والمصطلح الألماني حمى القريص Nettle Fever ، يشير إلى احتمال ارتفاع الحرارة في الشرى الحاد . ويوحي الغثيان والدعث Malaise وأعراض أخرى إلى الشرى الأرجي الحاد من النمط التأقاني .

**التشريح المرضي** : توجد وذمة في الأدمة الحليمية والشبكية ويحدث توسع الأوعية اللمفية في الآفات الحادة . وتبدو الضفائر الوعائية تحت البشروية متضيقة ، وتتوسع الأوعية الجلدية الأعمق وخاصة الوريدات ، ويتوذم النسيج الضام . تتصف الآفات الشروية الباكرة في الشرى الفيزيائي الكولينرجي ، وشرى البرد ، وشرى الضغط بوجود العدلات و/أو الحمضات في الأوعية الدموية وما حولها . أما في الآفات المتأخرة فتتصف الآفات بوجود رشاحة لمفاوية فقط . يبدي الشرى المزمن خلايا لمفاوية تائية حول الأوعية في الأدمة . ويشير تكسر الكريات البيض وتوضع الغلوبولينات المناعية IgG والمتممة C3 والفبرين ( الليفين ) في جدران الأوعية إلى التهاب الأوعية الشروي Urticarial Vasculitis .

**سير الشرى** : يختلف سير الشرى بحسب الحالة والسبب . ويحدث الشرى المحرش بالمواد المختلفة بسرعة كبيرة ، وبعد عدة ساعات تتراجع الانتبارات وتغيب .

يقال عن الشرى بأنه حاد ( راجع الشكل ١١ – ١ ) إذا كانت تظاهرات المرض حادة و لم تتجاوز فترة تتالي النوب الشروية أكثر من ٤ أسابيع ، ويوضع تشخيص الشرى المزمن المتقطع إذا استمرت الطفوح الشروية الحادة أكثر من أربعة أسابيع ، ثم ظهرت ثانية بعد فترات من غياب الأعراض . ويعتبر الشرى مزمناً إذا استمرت أعراضه وعلاماته أكثر من ٤ أسابيع . ويمكن أن يستمر الشرى المزمن المتقطع أو الشرى المزمن الناكس سنوات عديدة ، وحتى العقود أحياناً .

*تصنيف الشرى* : لا يوجد تصنيف كامل ومرضٍ لكل أنواع الشرى وذلك لاستحالة معرفة إمراض جميع حالاته ، ولهذا يفضل أن يصنف الشرى تبعاً للأسباب و/أو « الاستجابات » :

- شرى بالتماس **Contact Urticaria** .
- شرى فيزيائي **Physical Urticaria** .
- شرى كوليـنرجي ( كوليني الفعل ) **Cholinergic Urticaria** .
- شرى غير مناعي محدث بالأدوية ( أرج كاذب ) **Drug Induced Nonimmunological Urticaria** .
- شرى أرجي **Allergic Urticaria** .
- شرى مترافق بالتهاب أوعية **Urticaria Associated with Vasculitis** .

## الشرى بالتماس :

ينتج الشرى بالتماس نتيجة تماس الجلد مع مادة خارجية محرشة للشرى ، وتبقى الانتبارات محصورة في مكان التماس ، ولهذا يكون توزع الاندفاعات الشروية غير متناظر بشكل رئيسي . ويكون الشرى بالتماس مناعياً أو غير مناعي .

**الإمراض** : يجب وضع الاعتبارات التالية في آلية حدوث الشرى بالتماس :

*تأثيرات سمية* : يحدث شرى التماس نتيجة التماس مع القريص ، وإن دخول أوبار النباتات في الجلد وبالتالي دخول المادة المشرية يؤدي إلى انطلاق الهستامين وبالتالي حدوث الانتبارات .

*الشـرى المحـدث بـاليسـروع* ***Urticaria Caused by Caterpillars*** : يلاحظ هذا النوع من الشرى بالتماس على العنق ، والأذرع نتيجة التأثير السمي لأشعار اليسروع التي تسقط من الشجر والشجيرات على عمال الزراعة أو عابري السبيل .

*الشرى المحدث بالتماس مع الحيوانات البحرية ( قنديل البحر )* : يُحدث التماس مع قنديل البحر أثناء السباحة شرى بالتماس ، وهو يتواجد في بحر الشمال . ويُحدث هذا الشرى أيضاً الحيوان البحري المسمى شقائق النعمان ، ويؤدي التماس معه لانطلاق الهستامين وحدوث الشرى بآلية سمية .

*لسع الحشرات أو عضها* : يحدث لسع النحل ، والزنابير ، وعض بق الفراش ، والبراغيث ، والذباب ، والبعوض ، والنمل ، تفاعلاً بالتماس شروياً سُمياً ، ويظهر هذا التفاعل الشروي بسرعة . يؤدي لسع الحشرات إلى حكة وإلى ظهور اندفاعات حطاطية مرتشحة وحتى عقيدات في بعض الأحيان ، وتتراجع ببطء عادة ( تفاعل أرجي ثانوي نمط آجل ) . يمكن للسوس **Mites** أن يسبب أيضاً تفاعلاً شروياً سمياً مكان تماسه مع الجلد . ويجب أن نضع في اعتباراتنا أن لسع النحل والزنابير قد يحدث أعراض الصدمة .

*انطلاق الهستامين* : يحدث الشرى بالتماس نتيجة امتصاص مواد مطلقة للهستامين خارجية المنشأ ، حيث يتحرر الهستامين من الخلايا البدينة وتحدث الشرى بآلية أرجية عند الأشخاص المستعدين ، ومثال هذه المواد الباسيتراسين ، والبوليمكسين ، والكوبالت وبلسم بيرو .

*الأرج بـالتمـاس من النمط العـاجـل* ***Immediate – Type Contact Allergy*** : يكون المريض قد تعرض للمادة المحسسة سابقاً . ويحدث التفاعل الأرجي العاجل ( التفاعل المتواسط بالغلوبلين **IgE** نمط ١ ) خلال بضع دقائق وذلك بتأثير وسائط الهستامين التي تتسبب بزوال التحبب في الخلايا البدينة . والشرى الأرجي بالتماس حاك في المناطق المصابة . ويجب أن نلحظ في الشرى بالتماس المواد التالية :

- *المؤرجات الحيوانية* : سم النحل ، سم الزنابير ، أشعار الحيوانات ، أوبار اليسروع وقنديل البحر .
- *المؤرجات النباتية* : غبار الطلع ، بلسم بيرو ، الدهيد القرفة .
- *المؤرجات الغذائية* : قشر ثمار الحمضيات ، البطاطا ، البصل ، السمك ، الهليون .
- *المؤرجات الدوائية* : المواد المزوقة ، والمواد المرتبطة بعمل الإنسان : منها الفورمالدهيد ، ريزورسين ، حمرة الشفاه ، اليود ، السيفالوسبورينات ، كلوريد الكوبالت ، العصارات النباتية ، بيرسلفات الأمونيوم ( تستعمل في تبييض الشعر وتزيينه ) .

وهكذا عندما تدخل المؤرجات الجلد ( لسع النحل ، لسع الزنابير ) تؤدي إلى الشرى الحاد ، ويمكن أن تؤدي إلى وذمة لسان المزمار وكذلك إلى أعراض الوهط **Collapse** والصدمة .

**سير الشرى بالتماس** : يعتمد سيره على درجة تحسس المريض وعلى نوع المستضد ، حيث يمكن أن تبقى الإصابة محصورة في مكان التماس أو يمكن أن يحدث شرى حاد أو وذمة وعائية ، أو ربو قصبي تشنجي حاد ونادراً ما تحدث تفاعلات تأقانية .

**التشخيص** : تساعد القصة المرضية وتوضع الآفات في وضع التشخيص . ويمكن الاستفادة من اختبارات الرقعة المعدلة ، وهي عبارة عن اختبار مغلق يتعرض المريض فيه للمؤرجات لمدة ٢٠ دقيقة وتقرأ القراءة الأولى بعد ٣٠ دقيقة وذلك لكشف المؤرج في الشرى بالتماس الأرجي .

**المعالجة :** تعتمد المعالجة في الشرى بالتماس على تجنب المادة المؤرجة .

*جهازياً :* تعطى مضادات الهستامين وقد تعطى الستيروئيدات القشرية .

*موضعياً :* تطبق مضادات الهستامين على شكل هلامة أو دهونات ، أو الستيروئيدات ( دهونات أو رهيات ) ، أو دهونات ملطفة .

## الشرى الفيزيائي :

تشير الدلائل إلى أن ١٠ ـ ٢٠٪ من حالات الشرى ينجم عن منبهات فيزيائية وغالباً ما يكون على شكل الكتوبية الجلدية الشروية Dermographism ، والكتوبية الجلدية الحمامية . وتبقى الأعراض الشروية في النمط التماسي مكان تماس المنبهات . أما في النمط الانعكاسي Reflex Type ، فيمكن أن يبتعد التفاعل عن مكان التماس ويؤدي إلى أعراض عامة كانخفاض الضغط وتسرع القلب ودغدغة أو حكة في الأنف أو في الأنامل . وتكون الاندفاعات الجلدية على شكل حمامى شروية ، أو انتبارات نموذجية ونادراً ما تشاهد الانتبارات الشكليائية . ولا تشاهد عادة أثناء الليل ، وليس في سوابق المرض تأتب أو أرج في غالبية الحوادث .

**الكتوبية الجلدية Dermographism :**

تحدث الكتوبية الجلدية بفرك أو ضغط الجلد أو بالكتابة عليه بآلة كليلة كالملوق Spatula .

**الكتوبية الحمراء :** تحدث الكتوبية الجلدية الحمراء بعد ضرب الجلد أو الضغط عليه بآلة كليلة بعد ١٥ ـ ٢٠ ثانية . يأخذ الجلد لوناً أحمر ناصعاً وذلك نتيجة التوسع الوعائي الجلدي الموضع ويتراجع هذا التفاعل أو يحدث تفاعل ثانٍ . وتحدث *الحمامى المنعكسة* Reflex Erythema حول الحمامى الناتجة عن رض الجلد وتكون خفيفة أو شديدة غير منتظمة ، وهيجة حمراء اللون ، وتنتج عن التوسع الوعائي المحدث بتنبيه الأعصاب الحسية .

**الكتوبية الجلدية الشروية :** ( راجع الشكل ١١ ـ ٢ ) وهو التفاعل الثالث الذي يحدث عند بعض المرضى بعد ٣ ـ ٥ دقائق من تنبيه الجلد بالضغط . ويحدث الانتبار مكان رضح الجلد ، وينتج عن عامل آلي يؤدي إلى انطلاق الهستامين ، ويمكن كتابة اسم المريض أو أية كلمة أخرى على ظهره ، وهذا ما دعى لتسمية هذه الظاهرة بكتوبية الجلد . يستمر الاندفاع لمدة ١٥ دقيقة وحتى الساعة ويترافق بحكة . وتعتبر الكتوبية الشروية من النوع الآجل نادرة جداً ، وهي تحدث بعد ٣ ـ ٦ ساعات وتستمر حتى ٢٤ ساعة .

تلاحظ الكتوبية الجلدية والحمامية المنعكسة الشديدتين عند الأشخاص العصبيين وعند المصابين بالكرب Stress . ولقد افترض أن الهستامين ينطلق بسهولة عند هؤلاء أو أنهم يتفاعلون بشدة تجاهه . ولقد تبين أن نقل المصل المنفعل أو الغلوبولينات من نوع IgE ، IgM ، IgG أو IgA ، وذلك من المرضى الكتوبيين إلى جلد الأشخاص الطبيعيين قد أدى إلى حدوث الكتوبية الشروية .

**الكتوبية الجلدية البيضاء :** وتتصف الكتوبية الجلدية البيضاء بعدم ظهور التفاعل التبيغي بعد رض الجلد ، وإنما يظهر بدلاً من ذلك تفاعل أبيض اللون ( فقرمي ) . وينتج عن تضيق الأوعية الدموية الجلدية القريبة من سطح الجلد ، أو نتيجة انضغاط الأوعية الدموية بالوذمة . وتحدث الكتوبية الجلدية البيضاء عند المتأتبين ، وخاصة المصابين بالإكزيمة التأتبية ( التهاب الجلد التأتبي ) . تحدث الكتوبية الجلدية البيضاء غير النوعية بسبب التهاب الجلد بأسباب مختلفة كما في الصداف الشائع ، والإكزيمة المثية والتهاب الجلد التقشري .

**الشرى المفتعل Factitious Urticaria :**

*المرادفات :* الشرى الاستكتابي .

يطلق هذا المصطلح على شكل من الشرى المزمن الذي يتجلى بتفاعلات جلدية شروية على شكل خطوط أو أشرطة مكان ضغط أو احتكاك الألبسة بالجلد . ويحدث أيضاً مكان فرك أو حك الجلد . تؤدي الحكة إلى ازعاج المصابين بعد الاستيقاظ في الصباح أو عند ذهابهم للنوم ، ولهذا نجد هم يفركون جلودهم أو حتى يخدشونها ، وتحدث لديهم الانتبارات التي تؤدي بدورها إلى الحكة . وينشأ عن ذلك حلقة مفرغة لأن الحكة تتطلب مزيداً من الحكة . يصاب بالشرى المفتعل الأشخاص ذوي الجلود التي تتصف بفعالية وعائية مضطربة غير عادية . وغالباً ما تبين قصتهم المرضية وجود اضطرابات نفسية أو حالات كرب ( اضطرابات نفسية جسمية ) .

**تشخيص الشرى المفتعل :** تقود القصة المرضية وفحص الآفات وإمكانية إحداثها إلى التشخيص عادة . ويمكن أن نلاحظ وجود حمامى انعكاسية . ويندر مشاهدة الشرى المفتعل خلال المعالجة بالبنسلين .

**المعالجة :** تستطب الاستشارة النفسية في بعض الحالات الفردية .

*المعالجة الجهازية :* تعطى الأدوية المضادة للهستامين والمهدئات

ـــفـــيـــــة ( الهيـدروكســـيزين Chloridiazepoxide, Opipramol, Hydroxyzine ) .

المعالجة الموضعية : ويمكن تجربة المضادات الهستامين موضعياً على شكل هلامة أو دهون .

**شرى الضغط Pressure Urticaria :**

*المرادفات :* الشرى الآلي ( الميكانيكي ) .

**الموجودات السريرية** : يحدث شرى الضغط بعد لطمة أو دفعة أو ضغط على الجلد تحدث تنبيهاً ينجم عنه شرى الضغط . والتفاعل الحاصل ليس انتباراً وصفياً ولكنه احمرار عميق في الجلد ، أو انتفاخ موضع مؤلم على شكل الوذمة العرقية في المكان الذي صدم أو رُض فيه الجلد . ويمكن أن يترافق شرى الضغط بالكتوبية الجلدية والشرى المزمن الناكس .

**الإمراض** : يمكن أن ينتج شرى الضغط عن انطلاق الهستامين من الخلايا البدينة بعد الضغط الفيزيائي على الجلد . وتختلف درجة وشدة الضغط باختلاف الأشخاص المهيئين . ولقد وجدت في اندفاعاته الخلايا وحيدة النواة والعدلات والحمضات في الآفات الباكرة من النموذج الآجل ، ( يحدث التفاعل في هذا النموذج بعد ١ ـ ٤ ساعات من ضغط الجلد ) . ووجدت اللمفاويات وعدد كبير من الحمضات في الآفات المتأخرة ( من ٦ ـ ٢٤ ساعة ) . ولهذا يمكن أن يكون هذا النوع تفاعلاً مناعياً .

**التشخيص** : ينصح بإجراء اختبار الضغط لإثبات التشخيص :

*اختبار الحزام :* يوضع حزام عرضه ١٠ سم على كتف المريض ومعلق بكلتا طرفيه أوزان مقدارها ١٠ كغ ولمدة ١٠ ـ ٢٠ دقيقة .

*اختبار الاسطوانة :* توضع اسطوانة على السطح الباسط للفخذ قطرها ٤ سم وثقلها ٨ ـ ١٠ كغ ولمدة ١٠ ـ ٢٠ دقيقة . وتقرأ النتيجة بعد ١٠ ـ ٣٠ دقيقة ( شرى ضغط من النمط العاجل ) ، وبعد ٢ ـ ٦ ساعات ( شرى ضغط من النمط الآجل ) ، وتكون النتيجة الإيجابية بوجود آفات شروية جلدية منتشرة بلون قشر البرتقال في المكان المعرض للضغط .

**المعالجة** : معالجة شرى الضغط ليست سهلة عادة .

*المعالجة الجهازية :* تعطى مضادات الهستامين بمقادير عالية ولفترة طويلة ( حاصرات H1 ) ، وقد تكون مفيدة أحياناً ، وإلا يعالج بنفس معالجة الشرى المفتعل .

*المعالجة الموضعية :* يمكن تطبيق مضادات الهستامين موضعياً على شكل هلامة أو دهون .

**شرى البرد Cold Urticaria :**

*المرادفات :* شرى البرودة .

يعتبر شرى البرد أشيع أنواع الشرى الفيزيائي ، وله شكل يسمى شرى البرد العائلي حيث يورث بصبغي جسدي سائد . حالاته نادرة وهو من نوع التفاعل العاجل أو الآجل . وعلاقة شرى البرد الفصلي بالبرد واضحة ويظهر على الجلد بعد تعرضه للبرد مباشرة ( النمط التماسي ) ، أو بعد مدة من التعرض للبرد ( النمط الانعكاسي ) .

**الإمراض** : تعتبر بعض حالات شرى البرد التماسي الكسبي الغامض ( الذاتي ) من نمط التفاعل I ، حيث يكون تفاعل Prausnitz – Kustner إيجابياً . وليس لهذا الاختبار من قيمة في الوقت الحاضر سوى القيمة التاريخية ، لإمكانية انتقال الأخماج به كخمج التهاب الكبد والمعمم ( الأيدز ) . ويعتبر ذو أهمية في أمراض شرى البرد : زيادة انطلاق الببتيدات العصبية ، أو قابلية الخلايا البدينة لإطلاق الهستامين أو القينينات Kinins ، وذلك استجابة لمنبه البرودة . ويقود تفاعل البرودة إلى إطلاق الهستامين والوسائط الأخرى ، وبالتالي حدوث التفاعل الشروي .

**الموجودات السريرية** : يفيدنا في تشخيص شرى البرد القصة السريرية والموجودات المخبرية حيث تعتبر وصفية للمرض . يتظاهر شرى البرد الكسبي باندفاعات حمامية وانتبارات حاكة ( نمط تماسي ) ، وخاصة في فصل البرد ، عندما تتعرض بعض أجزاء العضوية غير المغطاة للبرد ، كما في الوجه ، والعنق ، واليدين ( راجع الشكل ١١ ـ ٣ ) . ويؤدي الهواء البارد إلى ظهور اندفاعات شروية أيضاً ، ويدعى في هذه الحالة شرى الهواء البارد .

ومن المهم أن نشير إلى أن انخفاض الحرارة المفاجيء أهم من درجة البرودة المطلقة في إحداث المرض . ويُحدث الاغتسال بالماء البارد أيضاً شرى البرد ( شرى الماء البارد ) . وقد يصاب المريض بهجمة شرى البرد بعد تناوله طعاماً أو شراباً باردين ( نمط انعكاسي ) .

**أعراض شرى البرد** : تندر الإصابة بالأعراض العامة في شرى البرد . ولكن في الحالات الشديدة قد يصاب بأعراض شبيهة بأعراض الصدمة . ويحدث الموت المفاجيء في بعض الحالات عند السباحين في المسابح المفتوحة بعد الغطس بالماء البارد نتيجة انطلاق كميات كبيرة من الهستامين . يمكن أن يلاحظ شرى البرد عند المصابين بداء الصَفَر ( حيات البطن ) Ascariasis ، والبؤر الخمجية ، أو المصابين بأرج غذائي . ويمكن أن يحدث

عند الأشخاص المصابين ببيلة هيموغلوبولينية أو بالغلوبلينات القرية .

**التشريح المرضي** : تبدي الآفات الحديثة وجود التهاب وعائي بالعدلات ، وباللمفاويات في الآفات الأقدم ، ونادراً ما يتغير تواجد الخلايا البدينة وعددها .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على القصة المرضية واختبار البرد .

*شرى البرد بالتماس :* يجري الاختبار بتطبيق الماء البارد على الجلد درجة برودته الصفر ، أو بتطبيق أنابيب تحتوي الثلج ، وذلك لمدة تختلف بحسب تفاعل الجلد من ٥ ــ ١٠ دقائق ، أو يمكن أن تغطس الذراع في ماء بارد ( درجته ٥ ــ ٦ درجات مئوية ) لمدة ١٠ ــ ٢٠ دقيقة . ويعتبر تطبيق اسطوانة نحاسية أو أنبوب اختبار مليء بالثلج على الجلد ، الطريقة الأفضل والأكثر دقة .

*شرى البرد المنعكس :* تغطس كلتا ذراعي المريض في ماء بارد ودرجته ١٠ درجات مئوية فوق الصفر لمدة ١٠ ــ ٢٠ دقيقة ، أو يعرض المريض جزئياً للماء البارد في المغطس ( درجة برودة الماء ١٠ ــ ١٦ درجة مئوية ) . وتلاحظ النتائج الإيجابية بظهور انتبارات في المناطق المعرضة وحتى غير المعرضة من الجلد . يؤدي منبه البرودة إلى زيادة تركيز الهستامين ، وزيادة كل من عامل الانجذاب الكيميائي للعدلات وعامل تفعيل الصفيحات في الدم .

**المعالجة** : تفيد مضادات الهستامين عموماً في معالجة شرى البرد الكسبي ويجب على المريض تناولها بانتظام قبل تعرضه للبرد . أما فائدتها في معالجة شرى البرد العائلي فأقل . ومن الحقائق التي تثير الانتباه فائدة المعالجة بالبنسلين في معالجة شرى البرد وذلك بنسبة ٢٠ ــ ٤٠٪ من الحالات . ويحتمل حدوث تفاعل بين البنسلين والأضداد من نوع **IgE** .

يعطى البنسلين *جهازياً* بمقدار ٦١٠ وحدة من بنزيل البنسلين ( بنسلين جـ ) في الوريد يومياً لمدة ٢ ــ ٣ أسابيع . وليس للبنسلين أو البنسلامين من فائدة عن طريق الفم . ومن المعالجات الجهازية الأخرى إعطاء مضادات البرداء كالهيدروكسي كلوركين وبمقدار ٢٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة أسبوعين ، ثم ٢٠٠ ملغ يومياً ، مع الحذر من التأثيرات الجانبية لهذه الأنواع من العقاقير .

**شرى الحرارة Heat Urticaria :**

*مرادفاته :* شرى الكالوري ، شرى الحرارة بالتماس .

**التعريف** : يعتبر شرى الحرارة نادر جداً . ويحدث بتأثير الحرارة أو الدفء المباشر على الجلد . وبعد بضعة دقائق من التعرض للحرارة تظهر الحمامى والانتبارات الموضعة في مكان تماس الجلد مع الحرارة ، ونموذج التفاعل هو من النمط العاجل .

**الإمراض** : يرجع أن منشأ شرى الحرارة هو زيادة تحسس الخلايا البدينة نحو الحرارة ، ويفترض أيضاً زيادة تحسسها نحو الأستيل كولين . ويميز حالات شرى الحرارة بالتماس الوراثي ( نمط آجل ) بالقصة المرضية ، وحالاته نادرة جداً .

**التشخيص** : يوضع التشخيص استناداً للقصة المرضية ، واختبار الحرارة ويجري هذا الاختبار ، بتطبيق اسطوانة أو أنبوب اختبار مليء بالماء الساخن درجته من ٣٨ ــ ٤٤ درجة مئوية فوق الصفر ، على منطقة الساعد ، تظهر الانتبارات بعد مدة ٥ ــ ١٠ دقائق من تطبيق الأنبوب . وتحدث الانتبارات بعد ساعات من التطبيق في شرى الحرارة العائلي الآجل .

**المعالجة** : عرضية فقط .

*المعالجة الجهازية :* يمكن إعطاء مضادات الهستامين والمهدئات **(Chlordiazepoxide, Diazepam, Opipramol, Hydroxyzine)** .

*المعالجة الموضعية :* يمكن تطبيق مضادات الهستامين موضعياً على شكل هلامات أو دهون .

## أشكال خاصة للشرى :

**شرى إعادة التدفئة Rewarming Urticaria** : يحدث هذا النوع من الشرى عند المرضى الذين يدخلون إلى قاعات دافئة بعد بقائهم فترة طويلة في البرد ، حيث يحدث لديهم حكة شديدة ، وانتبارات بعد بضع دقائق وخاصة في المناطق المعراة من الجسم كالوجه ، والعنق والأيدي . ويمكن أن يعاني المتأتبين من هذا النوع من الشرى .

**شرى الشمس Solar Urticaria** : يحدث هذا النوع من الشرى عند المرضى بتأثير الأشعة فوق البنفسجية و/أو الضوء المرئي وذلك في المناطق المكشوفة من الجلد ( راجع بحث شرى الشمس في الفصل ١٣ ) .

**شرى الأشعة السينية** : يعتبر هذا النوع من الشرى نادراً جداً ، وينتج عن التعرض للأشعة السينية ، ويحدث في المناطق التي تتعرض لهذه الأشعة بقصد المعالجة .

## الشرى الكولينرجي Cholinergic Urticaria :

*المترادفات :* شرى العرق .Sweat U ، شرى الجهد .Exertion U .

**التعريف** : يحدث الشرى الكولينرجي نتيجة ارتفاع درجة

حرارة الجسم ، حيث تؤدي إلى ظهور انتبارات حاكة ، تحيط بها بضع مللمترات وعلى قاعدة حمامية .

**الحدوث** : يحدث هذا النوع من الشرى نتيجة لحالات نفسية جسمية أو فيزيائية ، وبعد مشاكل عاطفية كالكرب Stress ، أو التحضير للامتحانات ، أو موت أحد الأقرباء ، وبعد الجهد والركض .

**الإمراض** : يبدو أن هناك زيادة في استجابة العضوية نحو الأستيل كولين في هذا المرض ، حيث يؤدي حقن الجلد بمحلول كلوريد الأستيل كولين ، أو كلوريد الميتاكولين ، أو البيلوكاربين وذلك بنسبة ١ : ١٠٠٠ أو أكثر إلى ظهور انتبارات شروية وسواتل وصفية للداء . ويؤدي حقن الجلد بمحلول كارباكول Carbachol بنسبة ٠,١ ـ ٠,٥ ملغ إلى اندفاعات مماثلة . هذا ويمكن كشف زيادة نسبة الهستامين في المصورة في الشرى الكولنرجي الشديد ، غير أنه يصعب تحقيق النقل المنفعل . وهذا يفترض أن هذا النوع من الشرى يحدث بآلية مناعية من النمط I معتمد على الغلوبلين IgE ، ويمكن أن نجد عند هؤلاء المرضى كتوبية شروية أو شرى البرد .

**الموجودات السريرية** : يحدث الشرى الكوليـنرجي المتناثر بالجهد ، حيث ترتفع حرارة الجسم ويحدث التعرق . وتحدث الآفات أيضاً بالحمام الساخن أو بارتفاع حرارة الجسم . وأكثر ما تلاحظ الانتبارات في القسم العلوي من الجسم . وأشكال الاندفاعات وصفية للداء ، حيث تتجلى بانتبارات دائرية ، أقطارها ١ ـ ٣ ملم ويحيط بها حمامى انعكاسية كبيرة . وكثيراً ما تلتقي الانتبارات مع بعضها ( راجع الشكل ١١ ـ ٤ ) .

**الأعراض** : المرض حاك بشدة ، وقد يترافق أحياناً بأعراض عامة كالغثيان ، وفرط الإلعاب ، والصداع ، واضطرابات معوية ( فعل الأستيل كولين ؟ ) .

**الإنذار** : الإنذار فيه غير واضح ، ويجب أخذ الحذر في وضع الإنذار إذ يمكن أن يستمر الداء أشهراً عديدة .

**التشخيص** : تعتبر القصة المرضية ، والصورة السريرية عوامل مهمة في وضع التشخيص :

*اختبار الشرى الكوليـنرجي* : يتم اختبار شرى الكولينرجي بإجراء حمام ساخن لمنتصف الجسم ، ودرجة الماء ٤٠ ـ ٤١ درجة مئوية ولمدة ١٠ ـ ٢٠ دقيقة ، أو يجرى بغطس الذراعين بماء ساخن درجته ٤٠ ـ ٤٥ درجة مئوية ولمدة ٢٠ ـ ٢٥ دقيقة ، أو يطلب إلى المريض صعود الدرج ، أو إجراء جهد حتى حدوث التعرق . تؤدي هذه الاختبارات إلى حدوث الانتبارات ، وتظهر بعيداً عن الأماكن المسخنة . يمكن إجراء الاختبار أيضاً بحقن الأستيل كولين ، ميتاكولين ، أو البيلوكاربين .

**المعالجة** : يجب تقييم أية حالة نفسية جسمية عند المصاب ومعالجتها بالمعالجة المناسبة . وقد نحتاج إلى إشراك الطبيب النفسي في المعالجة . وإلا يمكن أن نعطي حال اللاودي Parasympatholytic مثل قلوانيات الأرغوت ergot ، أو يمكن استعمال بنزوديازبين . وينصح في البداية استعمال الهيدروكسيزين Hydroxyzine وبمقدار ١٠ ملغ أو أكثر ٣ مرات يومياً في البداية ، ثم ١٠ ملغ/ يومياً كحد أدنى . ومن الضروري إبقاء المعالجة لفترة طويلة .

**حالات خاصة : شرى العرق**

يعتقد أن شرى العرق تحدثه مكونات مفرز الغدد العرقية الناتحة ، ويصنف على أنه شرى كولينرجي . ويُجرى الاختبار المفيد في تشخيصه بحقن العرق الممدد في الجلد بنسبة ١ : ١٠٠ حيث يؤدي إلى تفاعل شروي ، ولكن الاختبار غير نوعي . ويحتوي العرق على الغلوبين IgE ، البروستاغلاندين ، والكاليكرين ، عدا مكوناته الأخرى .

**شرى الماء Aquagenic Urticaria :**
**[Shelley and Rawnsley 1964]**

شرى الماء شكل نادر جداً من الشرى الفيزيائي ، ويمكن أن يكون عائلياً بالإضافة إلى أنه كسبي . وحكة الماء Aquagenic Pruritus أو الانتبارات الحاكة ، شبيهة بالشرى الكولينرجي ، وتحدث في المناطق التي تمس الماء من الجلد وذلك بعد ٢ ـ ٣٠ دقيقة . والآلية التي يتم بها هذا النوع من الشرى غير واضحة . ويفترض أن هؤلاء المرضى يتفاعلون نحو مستضد ما محلول في الماء ، يدخل الطبقة المتقرنة من البشرة وينتقل إلى الأدمة ، وبالتالي يؤدي إلى انطلاق الهستامين من الخلايا البدينة المحسسة .

**معالجة شرى الماء** : تخف الأعراض بإعطاء مضادات الهستامين . ومن جهة أخرى يمكن تطبيق زيت خامل Inert Oil قبل الحمام ، أو تجفيف الجلد بسرعة بعد التماس مع الماء . ويعتبر هذا الإجراء مفيد في الوقاية من الأعراض .

## الشرى اللامناعي المحدث بالأدوية Drug – Induced Nonimmunological Urticaria :

تحدث بعض الأدوية والمواد المستخدمة في التشخيص تفاعلات تأقانية ، وتظاهرات سريرية لتفاعل من النمط الأرجي

العاجل وتتضمن الشرى الحاد ، ولكن هذه التفاعلات لا تتصف بوجود أضداد مصلية نوعية . ويدعى هذا التفاعل بالأرج الكاذب **Pseudo Allergy** .

**الإمراض** : إن إمراض التفاعلات التأقانية بعدم التحمل التي تسببها الأدوية ، أو بعض الأغذية ، أو المواد التي تستخدم في التشخيص ، غير معروف حتى الآن . ويؤدي تناول هذه المواد إلى انطلاق الهستامين وبعض الوسائط الأخرى ، وذلك من الأسسات **Basophils** ومن الخلايا البدينة ، ويؤدي ذلك إلى الظاهرة التأقانية أو ما يسمى بالأرج الكاذب .

*الأدوية والمبنجات والمضادات الكوليترجية* : تُحدث هذه المواد أحياناً تفاعلات تأقانية أو اندفاعات شروية . ومن هذه المواد الأفيونيات **Opiate** ، البيتيدين ، الأتروبين ، البابافيرين . وتؤدي إلى هذه التفاعلات أيضاً بعض المبنجات ، كمادة **Propanidid** و **Thiopental** و **D – Tubocurarine** ومادة سوكسنيل كولين . ويؤدي تناول هذه المواد إلى إطلاق الهستامين مباشرة من الأسسات ومن الخلايا البدينة ( يطلق على هذه المواد محررات الهستامين ) . وتكون اختبارات الأرج سلبية .

*أبدال المصورة الغروانية* ***Colloidal Plasma Volume Substitutes*** : يصعب تقدير حدوث التفاعل التأقاني الناجم عن المصورة الصنعية ، ويقدر البعض حدوثها بحوالي ۰,۱٪ ، أما التأثيرات الجانبية للألبومين الإنساني ، فتقدر بنسبة ۰,۰۱٪ . ويبدو أن انطلاق الهستامين هو المسؤول عن حدوث الأعراض الحادة ، ولكن ما تزال آلية انطلاق الهستامين فيها غير معروفة . هل هي بتأثير مباشر على الخلايا البدينة ، أو بتأثير غير مباشر عقب تفاعل مركب مناعي ، أو أنه يحدث بآليات أخرى ؟ وينطبق هذا أيضاً على التفاعلات التي تحدثها الألبومينات الإنسانية . بينما يعتقد أن التفاعلات الشديدة المحدثة بالدكستران تحدث بتفاعل مناعي حقيقي ( مركب مناعي تأقي ، نمط **III** ) .

*المواد الظليلة التي تستخدم في التصوير الشعاعي* ***X – Ray Contrast Media*** : يتواتر حدوث التفاعلات التأقانية بحوالي ٥٪ من الحالات بعد إعطاء المواد الظليلة قصد التصوير الشعاعي ( مشتقات حامض تري إيودين بنزويك **Triiodin Benzoic Acid** ) . تطلق هذه المواد الهستامين من الخلايا البدينة والأسسات في الدم ، وتؤدي لحدوث زيادة مستوى الهستامين في الدم . ويلاحظ في هذه الحالات نقص في المتممة بعد تفعيلها بالطريق البديل ، حيث تطلق عوامل المتممة **C5a** ، **C3a** ، الهستامين ،وقد يؤدي إلى انطلاق السيروتونين وعامل تكدس الصفيحات .

*الأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية* : عرف عن الأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ،إحداثها للشرى ، والوذمة العرقية ، والربو والتفاعلات التأقانية منذ فترة طويلة . وقد سميت التحساس الذاتي بالمسكنات **Analgesic Idiosyncrasies** أو عدم التحمل . وتشير الأبحاث إلى أن ١٪ من الناس الذين يعالجون بهذه العقاقير يبدون مثل هذه التفاعلات الدوائية . ووجدت بعض الحالات العائلية . ويقدر حدوث التحساس الذاتي من الأسبرين عند مرضى الربو بنسبة ٢ – ١٠٪ وعند مرضى الشرى المزمن ٢٢ – ٥٠٪ . ويجب أن نتذكر أن مصادر الساليسيلات هي بعض الأطعمة ، والأدوية والسجاير . ويمكن أن يكون عند المرضى مفرطي الحساسية تجاه الأسبرين عدم تحمل في نفس الوقت للاندوميتاسين ، أو نحو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الأخرى . ومثل هؤلاء المرضى يوجد لديهم أيضاً عدم تحمل نحو أصبغة الآزو **Azo – Dyes** في الأطعمة ، أو نحو المواد التي تضاف للأطعمة كمركبات حامض البنزويك . ويجب أن نأخذ في الحسبان متلازمة عدم التحمل هذه ، وخاصة إذا لم نجد أسباباً أخرى يمكن أن نتهمها في الشرى المزمن الناكس ، أو إذا كان الشرى المزمن مترافقاً ببيغ متعمم أو حكة في فروة الرأس ، أو تحسس في الملتحمة ، أو التهاب الأنف الأرجي ، أو ربو قصبي .

*مواد دوائية أخرى* : وتشمل بعض أنواع الصادات ( كلوروتتراسكلين ، البوليمكسين ، الأدوية المحاكية للودي ( مقلدة ) كالأمفيتامين ، فينيل إيتيلامين ، أوكسيدرين ، أو مخفضات الضغط ( هيدرلازين ) . ويمكن أن يحدث الفيتامين ب، أو أملاح الحديد تفاعلات عدم التحمل التأقانية .

**الموجودات السريرية** : يؤدي تفاعل الأرج الكاذب الحاد ، سريرياً ، في أشده إلى الأعراض التأقانية ، حيث يبدأ باندفاع متعمم ( بيغ ) ، أو باندفاع شروي حاد . ويترافق ، إضافة لذلك ، بتخريش الملتحمة أو سيلان أنفي ، وتشنج قصبات . وقد يؤدي تسرع القلب وانخفاض الضغط إلى الصدمة . وتؤدي تفاعلات عدم التحمل الحادة في الجلد إلى احمرار موضع ، أو تفاعلات شروية مع حكة شديدة ، وأكثر ما تلاحظ في القسم العلوي من الجسم كالوجه أو الرأس وخاصة الفروة .

تؤدي الأدوية أو المواد المستعملة في التشخيص عند المتأتبين المصابين بالتهاب أنف أرجي ، أو التهاب ملتحمة أرجي أو ربو

قصبي أرجي ، إلى سورة حادة في الآفات المرتبطة بالعضو الذي استعملت من أجله هذه الأدوية .

ويعزى نكس الآفات في المرضى المصابين بشرى مزمن إلى انطلاق الهستامين الناتج عن التحسس نحو الأدوية أو مضافات الأطعمة ، أو باعتبار هذه المحسسات عامل متمم ومسؤول عن استمرار هذه الآفات الشروية .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن نضع في بالنا التفاعلات التأقانية المرتبطة بالغلوبلين **IgE** ، والتفريق ما بين الحالتين صعب أحياناً . والقصة المرضية المأخوذة بدقة ( حالات تأتبية ) ، نتبعها باختبارات جلدية ومعايرة **IgE** في المصل ، كل ذلك يمكن أن يساعد في التشخيص بين الأرج الكاذب والتفاعلات التأقانية المعتمدة على الغلوبلين **IgE** .

**المعالجة** : نفس معالجة الشرى الحاد مع أعراض الصدمة أو الصدمة التأقية كما سيأتي لاحقاً في هذا الفصل .

**الجدول ١١ ـ ١** : تقدير درجة التفاعلات التأقانية تبعاً لشدة الأعراض السريرية

| الدرجة | الأعراض: الجلد | البطن | جهاز التنفس | جهاز الدوران والقلب |
|---|---|---|---|---|
| I | حكة<br>بيغ<br>شرى<br>وذمة عرقية | | | |
| II | حكة<br>بيغ<br>شرى<br>وذمة عرقية<br>( غير إجبارية ) | غثيان<br>معص cramp | سيلان أنف | تسرع قلب أكثر من ٢٠ دقة بالدقيقة ، تغيرات في موجة RR > ٢٠ ملم زئبقي انقباضي لا نظمية |
| III | حكة<br>بيغ<br>شرى<br>وذمة عرقية<br>( غير إجبارية ) | إقياء<br>تغوط إسهال | وذمة حنجرة<br>تشنج قصبي<br>ازرقاق | صدمة |
| IV | حكة<br>بيغ<br>شرى<br>وذمة عرقية<br>( غير إجبارية ) | إقياء<br>تغوط إسهال | توقف التنفس | توقف قلب |

مأخوذ عن Ring and MeBmer (1977)

**متلازمة Hoigne** : [Hoigne and Schoch 1959]

**التعريف** : متلازمة سمية عكوسة تحدث فجأة بسبب انصمام Embolism في الجهاز العصبي المركزي ، وذلك بعد حقن مادة دوائية ،وبخاصة الحقن الشرياني لمعلق بلوري ( بنسلين مدخر Depot.P. ، الستيروئيدات القشرية ) .

**حدوث الداء** : نادر المشاهدة .

**الإمراض** : يتضمن حالة حادة تالية لحقن المواد الدوائية المعلقة في الأوعية الدموية ، وما يتبع ذلك من حالة سمية في الجهاز العصبي المركزي .

**الموجودات السريرية** : يتصف بازرقاق حاد ، وسعال ، وحس دغدغة باليدين والقدمين ، واضطراب في الذوق . ويحدث ذلك أثناء الحقن العضلي الخاطيء للبنسلين المدخر

( البطيء الإطراح ) أو يليه مباشرة . وقد يحدث في هذه المتلازمة أيضاً نفخة في الأذن أو خفة سمع ، أو اضطرابات في الرؤية ، كل ذلك يثير الخوف عند المريض من الموت . ويمكن أن يشاهد أيضاً اضطراب في وعي المريض أو شعور بالدوار ، أو تسرع قلب أو رجفان اليدين .

**العلامات المخبرية** : كثرة الحمضات المؤقت .

**السير** : تزول تظاهرات المرض خلال بضع دقائق دون أن تترك أثراً ، ويرجح حدوث ذلك بعد ذوبان بلورات البنسلين .

**المعالجة** : كما في معالجة الصدمة التأقية . كما سيأتي لاحقاً .

## الشرى الأرجي Allergic Urticaria :

يعتبر الشرى الأرجي أكثر أشكال الشرى شيوعاً ، وتسببه مستضدات لا تحصى ولا تعد .

**الحدوث** : الشرى الأرجي مرض شائع ، وليس له ارتباط أثني Ethnic ، ويصيب جميع الشعوب ، وتغلب مشاهدته بين ٢٠ – ٤٠ سنة وأكثر ما يصيب النساء .

لقد افترض وجود استعداد وراثي للإصابة بالشرى الأرجي ، ويزداد حدوثه عند المتأتبين ، وكذلك يزداد حدوث الوذمة العرقية العصبية والتأق . غير أنه تبين عدم حدوث زيادة في هذه التفاعلات ، على الأقل تجاه البنسلين ، عند التأتبيين .

**الإمراض والسببيات** : يعتبر الشرى الأرجي عديد الإمراض وتلعب دوراً في أمراضه ، الأدوية والمعالجات والأطعمة ومضافاتها ، والمنبهات والنشوقات inhalants ، والمستضدات الجرثومية ، والمستضدات الهرمونية ، والاضطرابات الاستقلابية ، والمستضدات الذاتية ( مثل الأورام ، الأمراض المنيعة الذاتية ) ، وحتى العوامل الانفعالية . وغالباً ما يصعب معرفة المستضد المسبب ، وخاصة في حالات الشرى المزمن الناكس . ويطلق على الشرى الذي يصعب تحديد المستضد فيه الشرى الغامض Idiopathic . ويعتبر التفاعل المناعي العملية الأساسية في إحداث الشرى الأرجي . ويكون بأشكال مختلفة .

*التفاعل الشروي النمط العاجل :* يحدث الشرى الأرجي خلال دقائق بعد دخول المستضد ، ويؤدي إلى حدوث تفاعل عاجل من النمط I معتمد على IgE عند إنسان متحسس وبتفاعل تأقاني . يمكن أن يترافق مع تشنج قصبي أو وذمة حنجرية أو في لسان المزمار ، ومن الممكن أن يؤدي إلى صدمة تأقية وبالتالي حدوث الموت .

*التفاعل الجلدي المتأخر :* هذا الشكل أيضاً منوط بالغلوبلين IgE ، ويتأخر حدوثه حتى ٨ – ٣٦ ساعة بعد دخول المستضد إلى عضوية الأشخاص المتحسسين . ولم يتم بعد معرفة الآلية بشكل كامل . ويعتقد أن التفاعل بين المستضد – الضد المنوط بالغلوبلين IgE يحدث على سطح الخلايا البدينة ، ويؤدي ذلك إلى إطلاق الوسائط منها ومن الأسسات .

*تفاعل داء المصل :* يحدث التفاعل الشروي فيه بعد ٧ – ١١ يوماً من دخول المستضد كجزء من أعراض داء المصل ( تفاعل نمط III ) .

**التشخيص** : يتم تشخيص الشرى الحاد اعتماداً على السريريات وعلى اختبار حذف المؤرجات ، واختبار التحريض ببعض المؤرجات التي يشك بإحداثها للشرى ، وكذلك اختبارات حقن المؤرجات داخل الجلد ، واختبار الامتصاص الشعاعي الأرجي(RAST) . وسنتكلم عن هذه الاختبارات فيما بعد .

**السير** : إنه لمن المفيد التفريق بين أشكال الشرى الأرجي المختلفة وبحسب سير كل منها وهي :

- الشرى الحاد .
- الشرى المزمن المتقطع .
- الشرى المزمن الناكس .

### الشرى الحاد Acute Urticaria :

يعرف الشرى الحاد بأنه الشرى الذي لا تستمر أعراضه أكثر من ٤ أسابيع وسطياً ، ويظهر هذا الشكل فجأة بتفاعل تأقاني نمط عاجل ( تفاعل نمط I ) عند أشخاص متحسسين وبشكل سريع ، وذلك بعد انتهاء مدة كافية ضرورية لامتصاص المستضد الذي يدخل العضوية عن طريق الفم أو الحقن العضلي أو الوريدي . ويتجلى التفاعل بظهور الانتبارات وقد يتجلى أحياناً بوذمة عرقية ، أو وذمة حنجرية ، أو وذمة لسان المزمار ، أو تشنج قصبي ، أو ترفع حروري ، أو غثيان وإقياء ، أو اضطرابات دورانية تؤدي إلى ما يشبه الصدمة .

ويظهر التفاعل الجلدي في الحالات المتأخرة بعد ٨ – ٣٦ ساعة ويمكن أن يترافق بوذمة حنجرية أو لسانية مزمارية . ويبدأ التفاعل على شكل داء المصل بعد ٧ – ١١ يوماً من دخول المستضد إلى العضوية ، حيث تظهر الاندفاعات الشروية ، ويحتمل ترافقها مع أعراض أخرى لداء المصل كالحمى ، وضخامة العقد اللمفية ، والآلام المفصلية ، وتغيرات غير طبيعية في الصورة الدموية . ويحدث داء المصل بعد تناول البنسلين ، أو بروتينات خلاصات الأعضاء ( الخلايا الطازجة ، الهرمونات ) أو المصول .

أما الشرى الحاد الذي ينتج عن عدم تحمل أو تحسس المسكنات فقد ذكرناه في مبحث الشرى غير المناعي المحدث بالأدوية .

**المسببات** : يحدث بسبب الأدوية ، والأطعمة ، والمنبهات Stimulants ، والنشوقات ، ولسع الحشرات ولدغها .

*الأدوية* : تعتبر الأدوية من أشيع الأسباب . ويمكن لكل دواء تقريباً أن يحدث شرىً حاداً . والدواء المأخوذ زرقاً أكثر إحداثاً بكثير من الدواء المأخوذ عن طريق الفم . وشرى البنسلين ( تفاعل عاجل نمط I أو III ) كثير المشاهدة والحدوث نسبياً .

*خلاصات الدوائية المؤرجة* : والتي تستعمل قصد التشخيص أو المعالجة . مثل المواد التي تستعمل في إنقاص التحسس .

*الصادات* : منها البنسلين ، والأدوية القريبة منه ، مشتقات السيفالوسبورين وصادات أخرى .

*الدم* : الدم الطازج ، البلازما المحفوظة مع عدم توافق الزمر الدموية ، أو عامل RH ، أو عوامل أخرى فيه .

*أدوية أخرى* : السولفاميدات ، حامض بارا أمينوساليسيليك ، الإيزونيازيد ، والغريزيوفولفين .

*هرمونات* : الأنسولين ، ACTH ، خلاصات بروتينية خصيوية أو مبيضية ( بروتينات غريبة ) .

*منومات* : المسكنات ، الباربيتوريات ، المهدئات ، الميرومات ، كاربامازيبين .

*الأطعمة* : تعتبر الأطعمة من المسببات الشائعة . وتحدث بوجه عام تفاعلاً أرجياً نموذجياً سريعاً ( نموذج I ) عند أشخاص متحسسين نحو بروتينات غريبة مؤرجة . وتتضمن الأطعمة :

- *البروتينات الحيوانية* : السمك ، السرطان ، الكركند Lobsters ، المحار ، بلح البحر ( نوع من الرخويات البحرية ) اللحم ( لحم الضأن ) بعض أنواع الجبن خاصة المتعفنة منها .
- *الفواكه* : الفريز ، عنب الثعلب ، الحمضيات ، الجوزيات .
- *الخضروات* : البندروة ، الكرفس ، القطانيات .
- *المنبهات* : الكاكاو ، الماء المقوي الذي يحتوي الكينين ، بعض أصناف النبيذ ، البهارات .
- *مضافات الأطعمة* : حامض البنزويك ، بنزوات الصوديوم ، الملونات ( خاصة التارتازين ) حامض السوربيك .
- *الفيتامينات* : فيتامين ب ١ ، ب ٢ .

*مستضدات الأخماج أو الاحتشار Infestation* ، حيث يمكن حدوث الشرى الحاد نتيجة الإصابة بالأمراض الطفيلية ( أخماج الديدان ) ، والأخماج الجرثومية .

*النشوقات* : يندر أن تسبب الشرى ، ومنها غبار الطلع ، والأبخرة التي تحتوي بروتينات ، والغبار ، والعطورات ويحتمل أحياناً أن تكون هذه المواد مسببه للشرى .

*مستضدات حشرية* : يحدث التفاعل الشروي نمط I عند الأشخاص المتحسسين من سم النحل أو الزنابير وغيرها من السموم نتيجة اللدغ ، وتأخذ عادة تفاعلاً منتشراً مع أعراض تأقانية .

*الأدوية التي تحتوي حمض الصفصاف وخافضات الحرارة* :

*اللقاحات والمصول* : المستحضرات التي تحتوي خلاصات خلايا طازجة ( بروتينات غريبة ، والمصول المضادة للسموم ، واللقاح المضاد للحمى الصفراء وغيرها ، واللقاحات الجرثومية .

**سير الشرى الحاد** : يعتمد سيره على الأعراض المرافقة له ، والمعالجة السريعة والعاجلة ضرورية في وذمة الحنجرة ولسان المزمار والحالات المترافقة باضطرابات دورانية .

**الإنذار** : الإنذار حسن إذا عرفنا المستضد المسبب ، وعلم المريض كيف يتحاشاه . ولابد من استشارة الطبيب والمشفى في حالات النكس .

**التشخيص** : لمعرفة المستضد المسبب يمكن إجراء اختبار حذف المؤرجات ، واختبار التحريض ، والاختبارات الجلدية ، واختبار RAST . ويجب أن لا تجرى الاختبارات الجلدية قبل ٣ ـ ٤ أسابيع من شفاء الشرى خوف حدوث ظاهرة العصي Refractory .

**المعالجة** : كما سيأتي ذكره في معالجة الشرى .

## الشرى المزمن المتقطع
## Chronic Intermittent Urticaria :

يتصف الشرى المزمن المتقطع بحدوث انتكاسات في نوبات الشرى وبعد فترة تتجاوز ٤ أسابيع من الإصابة ، وقد يستمر لبضع سنوات ، ويمر بفترات من التحسن تختلف من نوبة إلى أخرى . ويصعب عادة على المريض كشف مسبباته ، وتؤدي القصة المرضية المتقنة عادة لإيضاح السبب .

**الإمراض** : يحدث الشرى المتقطع المزمن بتفاعل مناعي عاجل نمط I أو بتفاعل أرجي كاذب .

**السببيات** : بينت الخبرة السريرية أن مسببات الشرى المزمن المتقطع هي نفسها المسببة للشرى الحاد .

*الأدوية :* يحدث الشرى المتقطع المزمن الكثير من الأدوية التي تستعمل في تسكين الصداع ، والأدوية التي تستعمل في الاضطرابات الطمثية أو في الأمراض الأخرى . ولا ننسى أن المريض الذي يتحسس نحو دواء ما ، يتحسس لكل المجموعة أو المجموعات الدوائية التي تشابهه في التركيب الكيميائي ، ومثال ذلك المواد الدوائية التي فيها جذر – بارا – على حلقة بنزين . وقد يحدث كاستجابة لأشكال مختلفة من الأدوية ، كالمنجات والسولفانامیدات ، والسولفونيل يوريا .

*الأطعمة :* يحدث بسبب تناول العديد من الأطعمة ، كما في تناول الكرفس في حال الأرج نحو الكرفس ، والكينين في الأشربة المقوية ، وملونات عصير الفواكه ، والسنامكي أو الفانيلا في خاتمات الطعام Dessert أو الحلويات ، كل تلك المواد يمكن أن تحدث الشرى المتقطع .

*النشوقات :* نادراً ما تحدث الشرى المتقطع المزمن .

**السير** : السير حسن غالباً ، بعد معرفة السبب وإمكانية تجنبه .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على القصة المرضية . ويمكن أن تجرى الاختبارات التي تجرى في الشرى الحاد لمعرفة العامل المسبب ، والحمية اليومية المدروسة قد تساعد في معرفة السبب أيضاً .

**المعالجة** : كما في معالجة الشرى الحاد .

**الشرى المزمن Chronic Urticaria :**

يعرف الشرى المزمن بأنه حالة شروية تستمر أكثر من أربعة أسابيع . وتظهر فيه نوب الشرى يومياً ويسمى أيضاً الشرى المزمن المستمر ، وإذا ما ظهرت الانتبارات بأوقات يفصل بينها فترات من التحسن ليوم أو لأيام سمي بالشرى المزمن الناكس . يصيب البالغين عادة ، وقد يستمر أشهراً وحتى سنوات . ويسبب استمرار الحكة ازعاجاً شديداً للمريض ، وكلما أزمن المرض قلت فرصة الشفاء العفوي فيه .

**الإمراض** : يحدث تفاعل عاجل بنسبة محدودة من الحالات ، أي بتفاعل أضداد منوطة بالغلوبلين IgE . ويرجح أن يكون السبب الكيميائي هو المحرض لحدوثه بنسبة ٢٠ – ٣٠٪ من حالاته ، ويحدث بآلية عدم تحمل غير مناعية ، أو كمتلازمة تحسس ذاتي . تحدث بعض حوادث الشرى المزمن بآلية مركب مناعي ( النمط III ) . هذا ولا يمكن معرفة السبب في الشرى المزمن بنسبة ٣٠ – ٥٠٪ ، ويسمى في هذه الحالة كما ذكرنا سابقاً بالشرى المزمن الغامض . ولقد تبين نسجياً وجود رشاحة من اللمفاويات التائية حول الأوعية في الشرى المزمن .

**السببيات** : يجب أولاً نفي الأسباب الفيزيائية والكولنرجية .

ومن المحتمل أن تكون العوامل التالية هي المسببات :

*الأدوية :* يندر أن تكون الأدوية العامل المسبب في الشرى المزمن لندرة تناولها بشكل مستمر ولفترة طويلة ، ولأن الأرج الدوائي عادة يحدث على شكل شرى حاد . ولكن يجب أن نشدد على أن الشرى المزمن يمكن أن يكون بسبب تحساس أو ناجم عن عدم التحمل كما سبق وأسلفنا . وأشيع الأسباب المحرضة من الأدوية هي الأسبرين أو عدم التحمل نحو الأسبرين .

*الأطعمة :* يندر أن تؤدي الأطعمة لوحدها إلى التفاعل نمط I . والكثير من الحالات تحدث بظاهرة أرجية كاذبة ، ويجب الانتباه إلى الأطعمة ومحتوياتها ، ومن هذه الأطعمة الحليب ومشتقاته ، البيض والأطعمة التي تحتويه ، والأطعمة المصنوعة من الحبوب ، والقهوة والشاي . وأما الأطعمة التي تفاقم الداء فهي النبيذ بما يحتويه من الهستامين ، والخميرة في الجعة ( البيرة ) ، والتيرامين في الجبن . ويمكن أن تسبب مادة السولفيت الحافظة للأطعمة الشرى وحتى الربو .

*المؤرجات المستنشقة :* وتتهم بإحداثها للشرى بنسبة ٥ – ١٠٪ من الحالات . يحدث غبار الطلع زكام العلف أو التهاب الملتحمة الأرجي ، أو الربو أو الشرى الحاد الشديد . وإذا ما حدث الشرى المزمن في فصل الإزهار يمكن أن يكون غبار الطلع مسبباً له . ومن المؤرجات المستنشقة التي يمكن أن تحدث الشرى أشعار الحيوانات ، وغبار القبك Kapak ( ألياف بعض الأشجار ، تحشى به الوسائد والفرش ) ، وغبار المنزل ، والريش ، والصوف ، والقطن . ويعتبر غبار طلع البتولا والتفاح مستضداً مشتركاً حيث يمكن أن يسبب شرى بتفاعل تصالبي .

*أسباب داخلية المنشأ للشرى المزمن :* تعتبر العوامل الداخلية من الأسباب الشائعة للشرى المزمن ، ويفترض في هذه الحالات حدوث مستضدات ذاتية ، أو أضداد غريبة ( بروتينات ) تحدث تفاعلاً أرجياً عاجلاً ( نمط I ) . ومن الآليات أيضاً حدوث تفاعلات بمركبات مناعية كما ذكرنا سابقاً ( نمط III ) ، أو بمشاركة عدة عوامل محرضة تؤدي لحدوث الشرى ويوضع تشخيص الشرى المزمن الغامض الداخلي المنشأ في ٥٠٪ من الحالات التي لا نستطيع إيجاد سبب لها .

وسنبحث في الأسباب الداخلية التالية :

*اضطرابات جهاز الهضم :* قد تحدث الاضطرابات الهضمية الشرى المزمن ويزيد هذا الاحتمال عندما يشكو المريض من وهن ، وصداع ، حس الامتلاء أو الإصابة بالإمساك . وقد تكشف التحريات السريرية والشعاعية علامات التهاب معدة

مزمن ، أو التهاب أمعاء ، أو التهاب كولون ، أو التهاب زائدة مزمن . ولقد تبين في الوقت الحاضر أن خلل المعدة ( اللاكلوريدرية ، نقص الكلورين ، انعدام عصارة المعدة ) ، الذي كان يعتبر في الماضي عاملاً مهماً في إحداث الشرى المزمن ، لم يعد ينظر إليه كذلك الآن إلا في ما ندر من الحالات . ويمكن أن نأخذ بعين الاعتبار وظيفة المعثكلة الإفرازية الخارجية ، واضطرابات السبيل المعدي المعوي التي مصدرها زيادة الإفراز المعدي العفجي ، والنبيت المعوي المرضي ( مثال استعمار العفج ، بالكولونيات والجيارديا لامبليا ) ، أو الاضطرابات الناتجة عن تخمر النشا ، والشحوم والألياف العضلية في الطعام ، إذ يمكن لهذه جميعاً أن تكون عوامل مسببة في إحداث الشرى المزمن . ويفترض أيضاً أن زيادة الامتصاص المعوي لبروتينات طعامية أو جرثومية ، وذلك في حالات التهابات الأمعاء ، يؤدي إلى الشرى . كما أن امتصاص البروتينات الطعامية التي لا تستقلب إلى حموض أمينية من جراء الاضطرابات الهضمية ، بل يعاد امتصاصها على شكل بروتينات عديدات الببتيد وببتيدات ، يمكن أن تصبح مستضدات فعالة بعد عبورها جدران الأمعاء . وأخيراً يمكن أن يكون الشرى المزمن بسبب استعمار الأمعاء بجراثيم ممرضة أو فطور . وفي بعض الحالات يمكن أن يشفى الشرى المزمن بعد معالجة المبيضات البيض في الأمعاء .

*البؤر الخمجية ودورها في إحداث الشرى :* يترافق ٢ — ٥٪ من حالات الشرى المزمن بالبؤر الخمجية ، ولكن ما يزال دور هذه البؤر غير واضح . وينصح في حالات الشرى المزمن التفتيش عن التهاب اللوزتين ، والتهاب الجيوب ، والتهاب جذور الأسنان ، والتهاب المرارة ، والتهاب الزائدة ، والتهاب الموثة ( البروستات ) أو بؤر خمجية أخرى . والمستقلبات الجرثومية السمية هي المسؤولة عن المستضدات وتشكيلها . وإن استمرار دخولها إلى الدم يؤدي إلى الشرى المزمن . وإن استئصال البؤر المسببة يؤدي إلى شفاء الشرى المزمن . ويؤدي استئصال المرارة أو معالجة الجيوب إلى شفاء بعض الحالات .

*الاحتشار :* تتهم الديدان المعوية في إحداث الشرى المزمن . وإن احتشار الأمعاء بالممسودات Nematodes ، والمثقوبات Trematodes ونادراً بالقليديات Cestodes ، يؤدي إلى انطلاق وتشكل بروتينات في النسج المجاورة وبالتالي دخولها الدم حيث تعمل كمستضدات . قد يكون سبب الشرى المزمن المتقطع أيضاً الديدان الصفر Ascaris وخصوصاً في أوروبا . وإن كثرة الحمضات في الدم ، وارتشاح الرئتين ( شعاعياً ) العابر بالحمضات ، يمكن أن يكون مشيراً إلى تشخيص هذه الديدان ، ويثبت التشخيص بوجود البيوض في البراز . ويفتش عن الديدان الشعرية بالطريقة الخاصة بها . ويمكن أن يحمل السياح داء كلابية الذنب **Onchoceriasis** ، أو داء الخيطيات ( الفيلاريا ) . وإن معالجة هذه الأخماج يؤدي إلى شفاء الشرى المزمن .

*اضطرابات الغدد الصماوية :* يصعب تقييم مدى مسؤولية هذه الاضطرابات في إحداث الشرى المزمن . ويفترض في بعض الأحيان تشكل أضداد ذاتية لبعض الغدد . يمكن أن يتفاقم الشرى قبيل الطمث ، وكذلك في حالات الحمل أو خلال سن اليأس ، وقد يشير ذلك إلى دور غدي في إحداث الشرى المزمن . كما ذكر أيضاً حدوث الشرى المزمن لدى المرضى السكريين ، ولكن قد يكون الأنسولين هو العامل المسبب .

*أمراض داخلية أخرى :* يمكن أن يكون للشرى المزمن علاقة ببعض الأمراض الداخلية . ومن هذه الأمراض : التهاب رتج المري ، والورام اللمفي الحبيبي الخبيث ( داء هودجكن ) ، وابيضاض الدم المزمن ، وكثرة الحمر **Polycythemia** ، والتهاب ما حول الشرايين ، ووجود الغلوبولين الكبري بالدم لوالدنستروم ، والغلوبولينات القرية ، والذأب الحمامي ، والأورام الخبيثة وأمراض أخرى . أما علاقة الشرى المزمن بهذه الأمراض فغير واضح . ولكن يمكن تفسير بعض الحالات بتشكل أضداد ذاتية حيث تؤدي إلى تفاعل أرجي عاجل من النمط ( I ، III ) .

*العوامل النفسية :* ما يزال ما يسمى « بالشرى المزمن النفسي » قيد المناقشة . ولكن مما لاشك فيه أن العامل النفسي يفاقم الشرى المزمن الناكس ويزيد الحكة ، وخاصة حدوث الشرى المزمن المترافق مع كتوبية جلدية شروية .

## التدابير التشخيصية في الشرى الأرجي :

إن كشف السبب في الشرى الأرجي هو من أهم التدابير ، والقصة السريرية المتقنة ، والاختبارات التالية تعتبر مهمة في كشف السبب .

**القصة المرضية :** تعتبر القصة المرضية مهمة في كشف سبب الشرى الحاد والشرى المزمن المتقطع ( كشف أسباب دوائية مؤرجة ، والأطعمة ، والمنبهات ، والنشوقات ، المواد المزوقة ) . ويجب الانتباه بشكل خاص في الشرى المتقطع إلى الأطعمة كعامل مسبب .

**الموجودات السريرية :** يمكن أن تقدم أشكال الاندفاعات الشروية معلومات مفيدة ، فالحالة الشروية التي تتصف ببيغ وحمامى شديدين وتوضع على الصدر والرأس مع حكة شديدة ، توحي بالشرى بعدم التحمل . ويتصف الشرى

الكوليزجي بانتبارات صغيرة محمرة . وقد يترافق الشرى الحاد التـأقـاني بأعراض عامة قد تؤدي إلى الصـدمة . ويجب نفي الشرى الفيزيائي بأنواعه بإجراء اختبار كتوبية الجلد ، واختبار الضغط ، واختبار البرودة والحرارة والحساسية الضيائية .

**الخزعة** : تبدي الخزعة رشـاحة التهـابيـة لمفـاوية تائيـة حول الأوعية . وإذا ما بقيت الاندفاعات لفترة أطول من ٨ — ٢٤ ساعة ، فالواجب يقضي بإجراء خزعة نسجية وومضانية ، إذ قد تكون الإصابة عبارة عن التهاب أوعية شروي .

**اختبـار حذف المستضـدات Auoidance Test** : إن حذف المستضـدات المتوقعـة يمنع تشكل الانتبارات ، وهي مهمة في تشخيص الشـرى الحاد والمزمن المتقطع أكثر منهـا في الشرى المزمن . يمكن البدء بقوت من البطاطا والرز والمياه المعدنية . ويجب تجنب البـيـض ، والحـلـيب ، والسـمـك ، والجـوز ، والفواكه ، والبندورة ، والشوكولاته ، والبهارات ، والشاي ، والقهوة والمشروبات الكحولية .

**اختبــار التحريض Exposure Test** : يؤدي إعطـاء المريض المستضدات المتوقعة بأنها مسؤولة عن الشرى إلى حالة شروية حادة . ويمكن إجراء الاختبار بإعطاء الأسبرين ،إذا ما شككنا بالأسبرين ، وهلمجرا وذلك في حالات الشرى الحاد والشرى المزمن المتقطع المحدثين بالمؤرجات الدوائية . غير أنه يجب ألا يغيب عن البال أن هذا الاختبار قد يكون خطيراً ، في حالات الشرى الدوائي أو الشرى الاستنشاقي . إذ يمكن أن يؤدي إلى صـدمة في حالة فرط الحســاسيـة تجاه البنســلين ، وفي حالة الاستنشاق قد يؤدي الاختبار إلى الربو القصبي . ولهذا يجرى اختبار التحريض في المشفى فقط وبجانب المريض سلسلة المواد الإسعـافية ، وبحضور الطبيب المخدر ، ولا يجرى الاختبار إلا بعد غياب الاندفاعات ولمدة ٤ — ٨ أسابيع . والغاية من إجراء اختبـار التحريض هذا عن طريق الفـم هي معرفة المؤرجات الطعامية والمضافات الطعامية أيضاً ، حيث يمكن أن تكون هي المسببة للداء أو مفاقمة له .

## الإجراءات النوعية :

**اختبــارات حـذف المـؤرجـات والتحـريض** : تجرى هذه الاختبـارات مشـتركة مع بعضها البعض ، وتجرى في حالات الشرى المزمن ، عندما لا يتمكن الطبيب من معرفة السبب .

١ — *حذف المؤرج الغذائي* : يعطى المصـاب خلال يوم إلى ثلاثة أيام شـاي محلى بالديكسـتروز ، أو يعطى البطاطا والرز والماء المعدني وبكميات غير محدودة ، وقد اقترح حديثاً تمديد هذا القـوت حتى ٨ أيام ، ولكن ذلك ليس بالسهـل بالنسبـة للمريض . وإذا ما شفي الشرى خلال هذه الفترة ، فيعني ذلك أن مضافات الطعام لها دور في إحداث الشرى المزمن .

٢ — *معرفة القوت المحدث للشرى* : وهذا يساعد على كشف المؤرجات في الأطعمة . تتبع المراحل التالية :

*المرحلة الأولى* : يعطي المريض حليباً وبيضـاً ، وجبناً أبيض ، ولبنـاً ، وجبناً وحليباً وبيضـاً ، وملحاً ، وبصـلاً ، ولا يعطى فاكهة .

*المرحلة الثـانيـة* : *السكريات* تعطى أنواع مختـلفـة من الخبز ، معجنات ، حلوى ، عسل ، مربى ، فواكه ، عصير ، بندورة ، كرفس ، فواكه طازجة .

*المرحلة الثالثة* : *لحومات وسجق* ( سجق غير معلب ) يعطى لحم بقر ولحم دجاج وتعطى أنواع أخرى من اللحوم .

*المرحلة الرابعة* : *سمك وطعام بحري* ، بندورة ، سمك معلب ، شرائح لحمة ، سمك طازج مسلوق أو مقلي ، سردين بالزيت .

*المرحلة الخامســة* : وجبـة كبـيرة ، فطور عادي ، شـوربات باللحوم قريدس مع المـايونيز ، لحمـة مع الصـلصـة ، بطاطا مقلية ، كرنب ، كريمة مع فواكه مغلية ببطء .

تجرى هذه الاختبارات بفاصـل يوم أو يومين بين المرحلة والأخرى ويجب مناقشة قوت كل مرحلة مع خبير بالتغذية ؛ وتجرى هذه الاختبارات مع مراقبة سريرية لتقيم نتائجها .

**اختبار استبعاد التحساس الذاتي** : وتعطى لهذه الغاية مضافات الأطعمة والمسكنات في مجموعات ، وتستعمل عن طريق الفم في هذا الاختبار كما في الجدول ١١ — ٢ وذلك لمعرفة المادة التي تحدث الشرى أو تفاقمه . وخلال الاختبار يتناول المريض قوتاً خالياً من المضافات كالملونات أو حافظات الأطعمة . وكما هو واضح في الجدول تنتهي الاختبـارات بالأسـبرين حيث يعطى مـرتـين يوميـاً صبـاحـاً وعصراً وبجرعـات متزايدة ، نبـدأ بجرعة ٥٠ ملغ ونزيد حتى ١٠٠٠ ملغ . وتعطى المحرضــات صباحاً ، وتسجل النتيجة الإيجابية .

**الاختبـــارات الجلدية** : تعتمد جميع الاختبـارات الجلدية على أساس إدخال المستضدات إلى الأدمة التي تحتوي على عدد كبير من الخلايا البدينة . ويؤدي إدخال هذه المستضدات إلى تفاعل عاجل من نمط ضد — مستضد ( نمط I ) ، ويعتبر هذا الاختبار ذو قيمة في معرفة المستضد المشكوك به . وتشير الإيجابية تجاه بعض المواد إلى أن المريض متأتب . وكلما كان تمديد المستضد خفيفاً ، تعتبر الإيجابية شديدة . ولا ننس أخطار جميع الأدوية وتأمين الأدوات الإسعافية حين إجراء الاختبارات الجلدية .

*اختبــار الفرك Friction Test* : ويجرى هذا الاختبـار بفرك المستضـد ، الذي نتوقع أنه المسؤول عن الشرى ، على جلد

الساعد . ويجرى في الحالات التي نتوقع فيها حساسية شديدة . وتظهر النتيجة الإيجابية بعد ٥ ـ ١٥ دقيقة على شكل تفاعل شروي من النمط العاجل .

*اختبار الوخز* **Prick Test** : ( راجع الشكل ١١ ـ ٥ ) ويجرى الاختبار بعد وضع نقطة من المحلول المؤرج على جلد الساعد ، ويوخز الجلد من خلالها بآلة واخزة خاصة لا تدمي أو تدمي قليلاً . ثم يزال المحلول المؤرج بعد ١٥ ـ ٢٠ دقيقة وتسجل نتيجة التفاعل . تكون النتيجة إيجابية إذا ما حدث انتبار شروي في مكان الوخز ويحاط أحياناً بحمامى انعكاسية . وباعتبار أن الكمية التي تدخل الجلد من المستضد قليلة جداً . فإن احتمال حدوث تفاعل تأقاني نادر جداً ونستعمل **Penicilloylpolylysine** إذا ما توقعنا أرج البنسلين .

**الجدول ١١ ـ ٢** : يبين مضافات الأطعمة والأدوية التي تستعمل عن طريق الفم في اختبار التحريض الفموي لبيان التحساس الذاتي

| اليوم | المادة | الكمية/ ملغ |
|---|---|---|
| ١ | تارترازين | ١٠ ـ ٥٠ ملغ |
| | PHB esters | ٥٠٠ ملغ |
| ٢ | مزيج أصبغة I | ٥ ملغ من كل منها |
| | ( كينولين أصفر E104 | |
| | أصفر برتقالي E110 | |
| | Azorubin E122 | |
| | Amaranth E123 | |
| | ( Cochineal red E124 | |
| | Acetaminophen | ٥٠٠ ملغ |
| | مزيج أصبغة ١١ | |
| | Erythrocin E127) | |
| | Patent blue E131 | |
| | Indogitin E131 | |
| | Brilliant black E151 | |
| | (Pigment Brown E172 | |
| ٣ | بنزوات الصوديوم | ٥٠ ـ ٢٥٠ ـ ٥٠٠ ملغ |
| ٤ | ميتابيسولفيت البوتاسيوم | ١٠ ـ ٥٠ ـ ١٠٠ ـ ٣٠٠ ملغ |
| ٥ | أسبرين | ٥٠ ـ ٢٠٠ ـ ٥٠٠ ـ (١٠٠٠) ملغ |
| ٦ | مادة غفل Placebo ( إذا دعت الحاجة إليها ) | |

*اختبار الخدش* **Scratch Test** : ويجرى تخديش الجلد بمبضع اللقاحات أو بإبرة دونما إدماء ، أو بأقل ما يمكن من الإدماء ، ويوضع مكان الخدش محلول مستضدي . ويزال هذا المحلول بعد ٥ دقائق والكمية التي تدخل الجلد أكثر مما هي في اختبار الوخز . وفي حال حدوث إيجابية عدة مستضدات في وقت واحد تنشأ حكة غير نوعية ، وشرى حاد وأعراض صدمة تتجلى بضعف عام وخفقان قلب ، وصعوبة تنفس نتيجة انطلاق الوسائط .

*اختبار الحقن داخل الأدمة* **Intradermal Test** : ( راجع الشكلين ١١ ـ ٦ و١١ ـ ٧ ) يحقن محلول المستضد المتوقع في الأدمة العليا ، وكمية المستضد التي تدخل إلى الجلد بهذه الطريقة هي أكثر بكثير منها في طريقة التفريك أو الوخز أو بالتخديش . ويجرى هذا الاختبار في الحالات التي تكون الاختبارات السابقة سلبية أو التي لم تقدم معلومات كافية . ويعد احتمال حدوث التفاعلات التأقانية وارد أكثر منه في الاختبارات السابقة . ويجرى هذا التفاعل لإظهار التفاعل الأرجي العاجل .

*المحاليل التي تحتوي المستضدات* : وتدعى محاليل المستضدات ، أو خلاصات المستضدات وهي متوفرة تجارياً وبتراكيز معروفة .

*القصة المرضية للمصاب* : تؤخذ القصة المرضية بشكل مفصل قبل إجراء أي اختبار جلدي ، ويجب معرفة السوابق المرضية ، والحالات التأتبية ، والأرج السابق ، والاختبارات السابقة للمريض والمعالجات السابقة . ويجب أن لا تجرى هذه الاختبارات إذا كان المريض يتناول الستيروئيدات القشرية ، أو مضادات الهستامين ، أو موقفات نمو الخلايا .

*استطبابات اختبار الحقن داخل الجلد* : يستطب اختبار الحقن داخل الأدمة في نمط الأرج العاجل لمعرفة التفاعلات نحو الطعام أو النشوقات التي تحدث الأرج العاجل ، وكذلك نحو غبار الطلع هذا المستضد الذي يمكن أن يحدث التفاعل العاجل من النمط I كالتهاب الملتحمة الأرجي ، والربو ، وزكام العلف . ويجرى الاختبار بعدة مستضدات منها ، على سبيل المثال لا الحصر : خلاصات الأعشاب والحشائش ، غبار الطلع ، الأنواع المختلفة من نباتات الفصيلة النجيلية ، والخضراوات ، واللحم ، والسمك والقشريات ، وسوس غبار المنزل ، وأشعار الحيوانات والعفن .

وإذا كان اختبار داخل الأدمة إيجابياً في بعض مجموعات هذه المستضدات ، تختبر بعد ذلك مستضدات خاصة ( مثال أشعار الكلب ، القط ، الحصان ، البقر ، الأرنب أو غبار طلع

أنواع عديدة كغبار طلع النبرق ، وشجر جار الماء Alder ، والزان ، والبتولا ، والبلوط ) .

*اختبار كثافة المستضدات وشكل الاختبار :* يعتمد اختبار كثافة المستضدات في محاليلها على درجة الحساسية المعروفة من القصة المرضية . وكلما كانت درجة الحساسية عالية ، دعت الحاجة إلى تمديد المادة < ١٠-٦ ، لتجنب التفاعلات التأقانية وينطبق الشيء ذاته على شكل الاختبار ، فكلما كانت الحساسية شديدة ، وجب تخفيف كثافة المستضد الذي نختبره . ثم نبدأ باختبار الفرك ثم الوخز وهكذا .

*تسجيل نتائج التفاعلات :* تسجل نتائج التفاعلات الجلدية بعد ٢٠ دقيقة من إجرائها ، وتتجلى الإيجابية بالانتبارات الحمراء أو البيضاء مع حمامى انعكاسية مكان دخول المستضد . وتقدر درجته بالمقارنة مع تفاعلات مجموعة المراقبة التي تستعمل المصل الفيزيولوجي ومحلول الهستامين (٠,١٪) وتسجل النتيجة + ، ++ ، +++ أو ++++ أو تقدر بالملمترات .

وتسجل نتيجة نمط التفاعل المركب المناعي ( تفاعل نمط III ) بعد ١٢ — ٢٤ ساعة .

يجب أن لا نجري اختبار الحقن داخل الجلد عند المصابين بكتوبية الجلد أو عند المصابين بالشرى المفتعل . لأن إجراء التفاعل يحدث رضاً لديهم وبالتالي يؤدي إلى تفاعل شروي غير نوعي . ولابد أن نذكر . إن تقيم اختبار الحقن داخل الجلد يحتاج إلى خبرة كبيرة ، إذ قد نحصل على نتائج سلبية حتى في الحالات التي تكون شديدة سريرياً . ولابد من تقييم نتائج الاختبارات مع السريريات وثيقة الصلة بها . وهذا ينطبق بشكل خاص على المحاليل التي تستعمل في إنقاص التحسس من أرج غبار الطلع ( التهاب الأنف التحسسي ، التهاب الملتحمة التحسسي ، الربو القصبي ) .

**تفاعل براوسنتز — كوستنر Prausnitz – Kustner Reaction :** وهو اختبار جلدي غير مباشر يجرى بنقل الأضداد إلى جلد إنسان سليم لإثبات فرط الحساسية من النمط العاجل . وبسبب خطورة نقل مرض التهاب كبد بالحمة ب وحتى مرض الإيدز ( المعمم ) ، ولم يعد يجرى في الوقت الحاضر في التشخيص الأرجي وإنما يمكن أجراؤه عند القردة بنجاح .

**عيار IgE في المصل :** تحدث بعض أنواع الشرى كما ذكرنا بآلية تتواسط بها الأضداد الجوالة ، أي أنها تفاعلات منوطة بالغلوبلين IgE نمط I . وهذا يعني حدوث تغيرات في قيم الغلوبلين IgE في المصل ويمكن معايرته بالطرق التالية :

*اختبار الامتصاص الشعاعي المناعي (RIST) :* وترتكز هذه الطريقة على ارتباط الأضداد anti – IgE في المصل مع أضداد IgE ومن ثم يتنافس هذا المركب مع IgE الموسوم شعاعياً ($^{125}$I) .

*اختبار الامتصاص الشعاعي المناعي على الورق (PRIST) :* ويشبه الاختبار الأول باستثناء أن الضد Anti – IgE موجود على الورق . حيث يتحد خلال دور الحضانة مع الغلوبولين IgE في النموذج المطلوب دراسته . وتضاف بعد ذلك الأضداد الموسومة $^{125}$I إليها وتشكل مركب مع جزيء IgE . والطريقة حساسة جداً وتكشف حتى الكميات القليلة ( < ١ وحدة/ مل ) من IgE في المصل والمقدار الطبيعي هو تحت ١٠٠ وحدة/ مل . ومعرفة مقدار IgE في المصل ذو قيمة محدودة في التشخيص أو التشخيص التفريقي بين أشكال الشرى المختلفة ( راجع الشكل ١١ — ٨ ) .

**اختبار الامتصاص الشعاعي الأرجي (RAST) :** يقوم هذا الاختبار على معايرة الأضداد النوعية من نوع IgE في الدم . ويستعمل في هذا الاختبار أقراص ورقية . ويقوم مبدأ الاختبار على أن الأضداد من نوع IgE ترتبط بالمستضدات النوعية ( المؤرجات ) . ويمكن تحديد تركيز الأضداد النوعية بواسطة ضد IgE المرتبط باليود الموسوم $^{125}$I ( راجع الشكل ١١ — ٩ ) .

يمتاز هذا الاختبار بأنه يقدم نتائج كمية وفي الزجاج . ويتوفر العديد من المستضدات لإجراء هذا الاختبار مثل الأعشاب والحشائش وغبار الطلع ، والسوس ، والوسوف الحيوانية وغبار المنزل ، والعفن ، والأطعمة، وسم الحشرات . ويمكن إجراء هذا الاختبار على البنسلين ، ويمكن بواسطته معايرة الأضداد من نوع IgG في الاختبار IgG – RAST .

ولهذا الاختبار فائدة كبيرة في مراقبة التمنيع خلال المعالجة بطريقة إنقاص التحسس ، كما في أرج لدغ الحشرات . ويحد من نوعية هذا الاختبار حصار الأضداد ، إضافة إلى أن سلبية هذا الاختبار لا يعني أنه لا يوجد تحسس ، إذ قد يكون IgE في الجلد والنسج ولا يكون جوالاً في الدم . وفي مثل هذه الحالات يمكن إجراء اختبار التحريض لاستبعاد الأرج الخفيف . أما إيجابية التفاعل الكاذبة فنادرة عادة .

إضافة إلى الطرائق الشعاعية المناعية توجد طريقة اختبارات الامتصاص المناعي المرتبط بالإنظيمات (Eliza) . وتقوم على مبدأ مشابه وتضاهي بنوعيتها الاختبارات الشعاعية المناعية ، وتتفوق عليها بعدم استعمالها النظائر المشعة .

**معايرة انطلاق الهستامين في الزجاج :** وتقوم على حث الأسسات بمستضدات نوعية لإطلاق الهستامين .

**اختبارات مناعية أخرى** : توجد تقنيات مناعية لمعايرة الأضداد ( اختبار الانتشار في هلام الآغار ، التراص الدموي المنفعل ) أو اختبار حث اللمفاويات . وما تزال هذه الاختبارات قيد البحث وليس لها قيمة في التطبيق العملي في الوقت الحاضر .

### معالجة الشرى الأرجي :

تقوم معالجة الشرى على معالجة سببية وأخرى عرضية . وتستند المعالجة السببية إلى إبعاد العوامل والمستضدات لإمراضية أي العوامل المسببة . وتستهدف المعالجة العرضية منع حدوث الانتبارات والحكة ، والوذمة العرقية العصبية والوذمة لحنجرية ولسان المزمار ، والتظاهرات التأقانية .

**معالجة الشرى الحاد والشرى المتقطع المزمن** :

*التخلص من المستضدات* : يؤخذ حليب المانيزا أو المسهلات الخفيفة في الحالات التي يكون فيها الطعام أو الدواء المأخوذ عن طريق الفم عاملاً مسبباً للشرى ، ويعطى بعد ذلك وسطاً يمتص بقية هذه المؤرجات مثل الفحم والرواتين Resins . وينصح المريض بتطبيق حمية لمدة ١ ـ ٣ أيام ، يتناول خلالها شاياً خفيفاً دون حليب ويحلى الشاي بالديكستروز ، مع بعض أنواع البسكويت Rusks . أما إذا كان المريض قد تناول الدواء المؤرج عن طريق العضل أو الوريد ، فمن المستحيل التخلص من مؤرجاته .

*مضادات الهستامين* : تعمل مضادات الهستامين على منع ارتباط الهستامين بمستقبلات الهستامين (H1) في الأوعية الدموية والخلايا الأخرى وذلك بعملية تنافسية ، وتقوم بالإضافة إلى ذلك من تقليل النفوذية الوعائية . وتمتلك مضادات الهستامين خصائص تسكينية خفيفة . ومن مضادات الهستامين ما هو ذو تأثير قصير كالكلماستين Clemastine ، وميبليدرولين Meblydrolin ، تيرفينادين Terfenadine ، وقد كان يعطى عن طريق الفم أو طريق الحقن . ومنها ما هو ذو تأثير مديد وهي Dimetinclen و Astemizole . وتعطى نهاراً مضادات الهستامين ضعيفة التسكين والأقل تنويماً ، أما شديدة التنويم فتعطى في الليل . ويجب أن نحيط المريض علماً بخصائص مضادات الهستامين التنويمية ونحذره من قيادة السيارات أو الأعمال الأخرى الدقيقة أثناء تناولها .

*المركبات التي تخفف النفوذية الوعائية* : استعمل الكالسيوم ومركباته عن طريق الفم والحقن الوريدي لفترة طويلة . ولا يعرف حتى الآن الأساس الدوائي ( الفارماكولوجي ) لفائدتها . ويعتقد أيضاً بفائدة الحمض النيكوتيني .

*الستيروئيدات القشرية* : وتعطى كمضاد للأرج والنضح في الحالات الشديدة من الشرى ، وفي الاختلاطات المهددة للحياة كما في وذمة الحنجرة والصدمة التأقية . تزيد الستيروئيدات من مقاومة الغشاء الخلوي للخلايا البدينة ، وبهذا تقلل من إطلاق الوسائط الحيوية ، وخاصة مستقلبات حمض الأراشيدونيك . ويمكن أن يعطى من الستروئيدات القشرية الذوابة عن طرق الحقن العضلي أو الوريدي حتى ١٠٠٠ ملغ . وبعدها تعطى الستيروئيدات عن طريق الفم وبمقدار ٤٠ ـ ٨٠ ملغ من البريدنيزولون ولبضعة أيام . وتعطى الستيروئيدات القشرية في الحالات المهددة للحياة في حالات الصدمة التأقية وذلك بعد إعطاء الأدرينالين والمركبات المشابهة بعد استقرار الجريان الدموي ( راجع الشكل ١١ ـ ١٠ ) .

*معالجة الصدمة التأقية* : إنه من المهم في حالات التأق أولاً وضع قثطرة وريدية ، وإعطاء الأبدال الدموية التي تحافظ على حجم الدم . ويفضل إعطاء المصل الفيزيولوجي الملحي . والعقار المنتخب الذي يجب أن يعطى للمريض هو الإبنفرين وذلك للمحافظة على دوران دموي طبيعي ، وتعديل الوهط الدوراني . ويعطى الإبنفرين حقناً تحت الجلد في البدء بمقدار ٠,٥ ـ ١ مل ، وذلك كل ساعة إلى ساعتين . ويعطى في الحالات المهددة للحياة ، عن طريق الحقن الوريدي وذلك بحقن ٣ مل من محلوله الممد عشرة مرات ( محلول الإبنفرين واحد بالألف ١/١٠٠٠ أي أن واحد مل من هذا المحلول يمدد في ١٠ مل مصل فيزيولوجي ) . وفي حالات الربو الحاد يعطى التيوفيللين حقناً وريدياً وبمقدار ٠,٢٤ غرام عن طريق الوريد وبشكل بطيء . ومن المهم أن نتأكد من أن الطرق التنفسية سالكة لأنه قد نلجأ إلى تنبيب الحنجرة في حال حدوث وذمة الحنجرة ، وقد نحتاج إلى الأكسجين أيضاً .

*المعالجة الموضعية في الشرى الحاد* : تخفف المعالجات الموضعية من الأعراض وخاصة الحكة ، وينصح بتطبيق محاليل الزنك أو غيرها من المحاليل الملطفة كمحاليل مضادات الهستامين ، أو هلاماتها أو الكروتاميتون . وتزيل المحاليل الستيروئيدية القشرية أو الكريمات الحكة أيضاً . وكذلك تفيد المحاليل الكحولية في تخفيف الحكة ( منتول ١ غ ، تيمول ٠,٥ غ ، إيتانول ٦٠٪ حتى ١٠٠ مل ) .

**معالجة الشرى المزمن** :

يؤدي الحد من دخول المستضدات إلى العضوية إلى شفاء الشرى المزمن . وينطبق ذلك أيضاً على : إزالة البؤر الخمجية ، ومعالجة الاحتشار بالديدان بمضادات الديدان المناسبة ، واستبعاد المستضدات الطعامية ، أو مضافات الأطعمة ،

والمستضدات المستنشقة وغير ذلك من المستضدات التي يثبت أو يشك بإحداثها للشرى . ومن المهم تحذير المريض من تناول مضافات الأطعمة والساليسلات والمواد المشابهة لهما وذلك للوقاية من ظاهرة عدم التحمل .

تعالج المبيضات البيض في السبيل الهضمي ، فقد تكون ممرضة وإن معالجتها ذات أهمية في معالجة الشرى المزمن . ونتبع في ذلك الخطوات التالية :

١ - الصادات : يعطى هيدروكلوريد التتراسكلين ، أو أوكسي تتراسكلين بمقدار ٢ غ يومياً في اليوم الأول وحتى اليوم الخامس .

٢ - مضادات المبيضات البيض : يعطى النستاتين بمقدار ٥٠٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠ وحدة ٣ مرات يومياً منذ اليوم الأول ، أو يعطى أمفوتريسين ب بمقدار ١٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً .

٣ - تصحيح النبيت المعوي : اعتباراً من اليوم ٦ وحتى اليوم العشرين .

٤ - مضادات الهستامين : وتعطى للمريض اعتباراً من اليوم الأول وحتى اليوم السادس ، وبعد اليوم السادس تعطى مضادات الهستامين مديدة التأثير ( الكلورفينيرامين ، دوكسيبين ، كليماستين ) وبمقدار حبة مرتين إلى ثلاث مرات يومياً ، وتعطى قبل الطعام بمدة ١٠ دقائق ولمدة ٣ - ٦ أشهر أو أكثر . وهذه المشاركات الدوائية تحسن العديد من الحالات .

*مضادات الهستامين :* يقوم تأثيرها على إزالة الأعراض ولكنها ذات قيمة كبيرة في المعالجة . وتختلف نتائج النوع الواحد من مريض إلى آخر ، ولذلك تعالج كل حالة شرى على حدة . وعلينا إخبار المريض بتأثيراتها الجانبية الممكنة . ويفضل عدم إعطاء مضادات الهستامين الشديدة التركين **Sedative** خلال النهار ومنها **Chlorphenoxamine** ، **Diphenhydramine** ، و **Dimethindene** ويعطى عوضاً عنها **Astemizole** ، **Cetirizine** ، **Lorotidine** ، **Terfenadine** ، **Doxepin** و **Mebhydrolin** . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار التآثر **Interaction** بين مضادات الهستامين والمسكنات والمنومات ، والأدوية المؤثرة نفسياً والكحول . تعطى مضادات الهستامين في الشرى الذي ينجم عن الاضطرابات الهضمية وذلك قبل الطعام ، وقد تشارك في بعض الحالات ضواد **Antagonists** مستقبلات هـ ١ $H_1$ ، مع ضواد هـ ٢ $H_2$ ومنها السيمتدين ، وقد تكون ذات فائدة .

*المركبات التي تقلل من النفوذية الوعائية :* وهي أملاح الكالسيوم ، وفعلها غير ثابت ، ولكن ما تزال توصف حتى الآن . ويذكر المرضى أنها مفيدة ، وتعطى عن طريق الفم في الشرى المزمن . وينبغي ألا توصف لفترة طويلة . يؤثر حمض النيكوتينيك والنيكوتينات على جريان الدم وتؤدي إلى ارتخاء العضلات ، وتمنع تكدس الصفيحات وتثبط تشكل المركبات المناعية .

*الستيروئيدات القشرية :* لا تعطى الستيروئيدات القشرية في الشرى المزمن ويجب تحاشي وصفها ما أمكن ، حيث أنها تعمل كمخففة للمرض فقط . وإذا ما اضطررنا إلى استعمالها فتعطى بمقادير صغيرة حتى لا تؤدي مع الاستعمال المديد إلى داء كوشينغ ( حوالي ٧,٥ ملغ/ يومياً من البريدنيزولون أو ما يعادلها ) .

*الاستدماء الذاتي :* ما يزال بعض الأطباء يصف مثل هذه المعالجات ، بحقن المريض عضلياً من دمه المأخوذ من الوريد . ولكن آلية فعل هذه المعالجة ومدى فائدتها غير معروفة حتى الآن .

*إنقاص التحسس النوعي :* ويتم فيها إنقاص التحسس النوعي في حالات التفاعل الشروي الأرجي من النمط I ، وذلك عندما يعرف المستضد المسبب . وما زالت محصورة حتى الآن في حالات التحسس نحو سم النحل والزنابير .

*القوت :* يوصف القوت الخالي من المؤرجات في الشرى المتسبب عن الطعام الذي يحتوي على المؤرجات ، وعلى الأطباء أن يضعوا في حسبانهم « متلازمة عدم التحمل » التي تحدثها الساليسلات ومضافات الأطعمة .

*دي صوديوم كروموكلايكيت* ***Disodium Cromoglycate*** : يساعد هذا العقار على تقوية الغشاء القاعدي للخلايا البدينة ، وهذا بدوره يثبط انطلاق الهستامين من هذه الخلايا ، وتوصف للوقاية . وتقوم بهذا الفعل إذا ما طبقت موضعياً . وهي متوفرة تجارياً على شكل بودرة أو ضبوبات **Aerosol** ، قطرات أو رذاذ **spray** . وتستعمل الأخيرة في الوقاية من الربو القصبي ، أو زكام العلف أو التهاب الأمعاء . وليس لها مكان في معالجة الشرى المزمن ؛ سوى في حالات الأرج المحدث بالأطعمة .

## التهاب الأوعية الشروي Urticarial Vasculitis : [McDuffie et al 1973]

**التعريف** : التهاب الأوعية الشروي هو متلازمة تتظاهر على الجلد على شكل شرى مزمن ، وتتراءى نسجياً بالتهاب أوعية

ـخر وكاسر للكريات البيض . وتترافق باضطرابات داخلية عديدة ، وتتصف بعلامات نسجية ونسجية مناعية واضحة .

**حدوث الداء** : يتواجد التهاب الأوعية الشروي بنسبة ١ ـ ٥٪ من جميع حوادث مرضى الشرى المزمن . وأكثر ما يصيب النساء ، ولا توجد اثباتات لدور الوراثة فيه .

**الإمراض** : يعتقد بأن المرض مناعي ذاتي على أرضية التهاب أوعية بمركب مناعي ( التهاب الوريدات Venulitis ) بآلية أرجية نمط III . وأكثر ما يصيب الأوعية الشعرية الوريدية ، تحت الطبقة الحليمية . وتشاهد المتلازمة مرافقة للذأب الحمامي وأمراض النسيج الضام الأخرى ، وكذلك الأخماج كالتهاب الكبد والغلوبلينات القرية .

**الموجودات السريرية** : يتصف بشرى مزمن متقطع ولفترة تصل حتى ٢ ـ ١٢ سنة . وتتصف الآفات الشروية الحاكة بأنها انتبارات محدودة صلبة ، حمراء اللون ، أو قد تكون على شكل حمامى مرتفعة ، يمكن أن تترافق بحبر أحياناً . تبقى الاندفاعات من ١٢ ـ ٢٤ ساعة ونادراً حتى ٧٢ ساعة . وتترافق التظاهرات الجلدية مع أعراض أخرى كالتهاب المفاصل مع تورم فيها ، وآلام عضلية ، وآلام بطنية واعتلال عقد لمفية متعددة ، ونادراً التهاب كبيبات الكلى .

**الأعراض** : آلام مفصلية وعضلية مع حكة .

**الموجودات المخبرية** : تعد الموجودات المخبرية فيه وصفية : ترتفع سرعة التثفل ، ويزداد تعداد الكريات البيض ، والحمضات ، وتنقص المتممة في ٥٠٪ من الحالات C1, C3, C4, C5 . وتكون الأضداد المضادة للنوى والعامل الرثواني إيجابيين في بعض الحالات ، وكذلك الغلوبلينات القرية .

**سير المرض** : سيره مزمن وقد يستمر لسنوات عديدة .

**التشخيص** : يتصف المرض بشرى مزمن ، والتهاب مفاصل ، وآلام بطنية وأحياناً التهاب كبيبات الكلى ، والخزعة مهمة في التشخيص .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق المرض عن الغلوبولينات القرية ( تحري الغلوبلينات القرية ) ، وعن الذأب الحمامي المجموعي ( بدراسة الأضداد المضادة للنوى ، اختبار الشريط الذأباني المناعي وغير ذلك ) ، وكذلك عن التهاب الأوعية الأرجي ـ كفرفرية هينوخ ـ شونلاين .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : معالجة عرضية بمضادات الهستامين أو بردنيزون ٣٠ ملغ يومياً ، ونتائج هذه المعالجة غير مجدية عادة . تعطى أحياناً كابتات المناعة كالأزاتيوبرين ، و٦ ـ ميركابتوبرين ، وقد تكون ذات فائدة . يعطى الاندوميتاسين ، وحمض النيكوتينيك والكولشيسين . وقد أحدثت تحسناً في بعض الحالات . ويمكن إعطاء الدابسون .

*المعالجة الموضعية* : يمكن تطبيق محاليل الزنك ، ومحاليل مضادات الهستامين ؛ أو تعطى على شكل هلامات ؛ وكذلك الرهيات الستيروئيدية .

## الوذمة العرقية Angioedema : [Quincke 1882]

*المترادفات* : وذمة كونيكة ، الوذمة العرقية العصبية ، الوذمة الجلدية الحادة المحدودة .

**التعريف** : تتصف الوذمة العرقية بأنها تورم في الجلد حاد محدود ناتج عن الوذمة في الطبقة تحت الأدمية .

**حدوث الداء** : أكثر ما يصيب النساء الشابات ، ولا يعرف وجود عوامل وراثية فيه ، ولا يترافق مع التأتب .

**الإمراض** : تحدث الوذمة العرقية بنمط تفاعل أرجي عاجل ( تفاعل I ) وعلى العكس من الشرى ، فهي عميقة وتصل حتى الطبقة تحت الأدمة ، ولهذا يطلق عليها الشرى العميق ، وقد تحدث الوذمة العرقية متعاقبة مع الشرى الحاد أو الشرى المزمن المتقطع ، أو كعلامة من علامات التفاعل التأقاني ، ولهذا يجب البحث عن التهاب المزمار والوذمة العرقية في الحنجرة .

يصعب تحديد آلية الوذمة العرقية ولهذا تعتبر الوذمة العرقية غامضة في غالبية الحالات . ولكن تعتبر بوجه عام أنها ناتجة عن عامل مؤرج . ولهذا يمكن أن يكون سببها البروتينات الطعامية ، أو مضافات الأطعمة ، أو الأدوية أو المؤرجات المستنشقة أو مؤرجات بالتماس مع النباتات . ولا تعتبر الوذمة العرقية على الأغلب تظاهرة أرج كاذب ( عدم تحمل أو تحساس ذاتي ) ( انظر بحث الشرى غير المناعي المحدث بالأدوية ) نحو الساليسلات . وقد افترض أنها تحدث من جراء بعض الاضطرابات الهضمية ، أو الغدية ( الغدة الدرقية ) ، أو اضطرابات نفسية جسمية .

**الموجودات السريرية** : نادراً ما تبدأ الوذمة العرقية بأعراض منبئة كفقدان الشهية ، أو اضطرابات هضمية أو بالهياج . وبعد ذلك تبدأ الوذمة بانتفاخ في الجلد أو في الأغشية المخاطية . ويكون التورم محدوداً وعميقاً ، عجيني الملمس ، يترافق بشد وتوتر في المنطقة المصابة ، ولكن لا تترافق الوذمة العرقية بالحكة . وأكثر المناطق تعرضاً للإصابة هي الأجفان ، والشفتان ، والأعضاء التناسلية والأطراف قرب المفاصل . ويكون الجلد المصاب شاحباً أو محمراً قليلاً على الأغلب .

ويغلب أن تكون الإصابة وحيدة ولكن قد تتعدد . وتصل الإصابة إلى الذروة خلال ساعات ، ثم تتراجع أيضاً خلال ساعات حيث تزول خلال ٨ – ٢٤ ساعة . ويمكن أن تؤدي الوذمة العرقية إلى الاختناق الحاد نتيجة إصابة الوذمة العرقية للأغشية المخاطية ، كما في إصابة اللسان أو الحنجرة أو البلعوم . وعادة ما تميل الوذمة للنكس وتعود الآفة للظهور في نفس المكان . ويمكن أن يأخذ الجلد المصاب منظراً متهدلاً رخواً ، ويعطى منظر استرخاء جلد ثانوي ( راجع الشكل ١١ – ١١ ) .

*الأمراض المرافقة :* الأعراض المرافقة للمرض خفيفة عادة ، وقد تترافق بالشرى أو قد تكون جزءاً من التفاعل التأقي . وقد تترافق بالصرع ، ومع البيلة الدموية الاشتدادية أحياناً . وقد ذكر ترافقها مع اضطرابات عصبية نفسية ، ومع الشقيقة ، وتشنج الكولون والربو القصبي .

**التشريح المرضي النسجي :** تكون الوذمة في النسيج الضام والشحمي تحت الجلد ، وأحياناً تترافق مع تفاعل التهابي خفيف حول الأوعية وازدياد في الحمضات .

**سير المرض :** يمكن أن تكون الوذمة العرقية حادة وتؤلف جزءاً من التفاعل التأقاني من النمط I ، أو كتفاعل عدم تحمل مزمن أو تأقي غامض دون إمكانية تحديد السبب ، أو أنها مزمنة كتفاعل أرجي تشبه الشرى المزمن أو ترافقه .

**الإنذار :** يعطى الإنذار بحذر وخاصة في الحالات المهددة للحياة .

**التشخيص :** كما في حالات الشرى الحاد والمزمن المتقطع أو الشرى المزمن الناكس .

**التشخيص التفريقي :** يؤدي التهاب الجلد الحاد بالتماس إلى وذمة شديدة ، ويكون الجلد مصاباً دائماً بالالتهاب ومحمراً وحاكاً بشدة . وتؤدي الحمرة أو التهاب النسيج الخلوي تحت الجلد إلى توذم شديد ، يتصف كل منهما بترفع حروري ، وارتفاع سرعة التثفل ، وكثرة الكريات البيض . ويؤدي الحلأ النطاقي ، وخاصة إصابة الأعصاب الانتهائية ، إلى اندفاعات حويصلية . ولا تترافق الوذمة العرقية الوراثية بالشرى بوجه عام ، وتشخص الأخيرة بناء على وجود الإصابات العائلية . ولا ننسى بالتشخيص التفريقي الوذمة اللمفية الناتجة عن متلازمة ميلكرسون – روزنتال .

**المعالجة :** كما في معالجة الشرى التي أتينا على ذكرها .

## الوذمة العرقية الوراثية Hereditary Angioedema :

*المترادفات :* وذمة كوينكة الوراثية .

**التعريف :** مرض عائلي وراثي يتصف بوذمة وبانتفاخ تحت الجلد ، وقد يترافق بأعراض مجموعية . ويبدأ في الطفولة عادة .

**الحدوث :** نادر جداً ، ويعتبر داءً وراثياً ونسبته ٠,٤٪ بالنسبة لمرضى الشرى والوذمة العرقية . أكثر ما يصيب النساء ويبدأ بأعمار قبل سن الخامسة عشرة . وتفترض الإصابة العائلية وجود جينات جسمية سائدة . ويورث العيب في المتممة وذلك كما يلي : عوز أو غياب معطل C1 ( مثبط C1 استراز ) . وإن معطل C1 هو ألفا – غلوبلين وهو لا يؤثر على تفعيل المتممة فحسب وإنما يؤثر على تشكيل القينين Kinin أيضاً . كما يثبط عامل تفعيل هاجمان Hagemann Factor ، والكالكرين والبلاسمين . يمكن أن تكون المعطلة الوظيفية بدلاً من العملية المناعية الكيميائية للبروتينات .

**الموجودات السريرية :** يعتبر التواجد العائلي أهم مكونات المرض . وتتألف أمارات المرض من تعب ، وصداع ، وتوعك في الصحة و/أو إقياء . ويتظاهر عادة بتورم يشبه ما يحدث في الوذمة العرقية ، ويصيب الجلد أو الأغشية المخاطية . ويمكن أن تتلو الوذمة العرقية الوراثية رض الجلد أو تحدث بعد إصابته بأذية وفي حالات الكرب ، ولكن يغلب ظهورها دون سبب واضح . وهي لا تميل للتوضع في مكان معين ، ولا تترافق باندفاع شروي وهي ليست حاكة . تغيب الوذمة العرقية الوراثية بعد بضع ساعات ، وقد يستغرق غيابها يوماً أو يومين .

**الأعراض :** يشعر المصاب بتوتر في جلده مكان الإصابة ولا يشعر بالحكة . ويعاني بعض المرضى من آلام بطنية ، لمدة يوم إلى يومين ، تترافق بإقياء وآلام معدية شديدة تشبه حالات البطن الحادة . ويرجح أن يكون منشأ هذه الشكاوي الهضمية إصابات حادة في جدار الأمعاء . ولا تترافق الوذمة الوعائية الوراثية بالحمى أو بكثرة الكريات البيض ، ولا يتوتر جدار البطن .

**التشريح المرضي النسجي :** تؤدي إلى وذمة في الطبقة ما تحت الجلد وإلى توسع في الشعريات دون رشاحة التهابية . ويمكن إحداث هذه التغيرات وذلك بالحقن التجريبي لمادة C1 Estrase في الجلد .

**سير المرض :** إن أخطر ما يواجه المريض هو إصابة الوذمة الحنجرية وبالتالي الاختناق . ويموت بعض المرضى قبل أن يصلوا سن البلوغ . ولقد سجلت إصابة بعض المرضى بالذأب الحمامي وبالغرن اللمفي Lymphosarcoma .

**التشخيص :** يستند تشخيص الآفة إلى حدوث الإصابات العائلية في الطفولة . تقل كمية جملة المتممة وخاصة C4 ،

وكمت تقل كمية معطل C1 في الدم . وقد يكون تركيز البروتين معطل C1 طبيعياً أو أكثر من الطبيعي في ٢٠٪ من الحالات ولا يقوم في هذه الحالات بوظيفته بشكل طبيعي ، ولكنه ليس طبيعياً عندما يستقصى بالرحلان الكهربائي .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الوذمة العرقية الوراثية عن الوذمة العرقية المكتسبة وخاصة عند البالغين . وغالباً ما تترافق الأخيرة بشرى وحكة .

**المعالجة** : إن إعطاء مضادات الهستامين والكالسيوم والستيروئيدات القشرية ذو فائدة قليلة في الوذمة العرقية الوراثية . ويعطى في الحالات الحادة وبشكل متقطع الإبينفرين – باكراً ما أمكن – والمصورة الطازجة بمقدار ٤٠٠ – ٢٠٠٠ مل والتي تحتوي على معطل C1 بتركيز كافٍ ، أو يعطى عن طريق الحقن الوريدي العامل المعطل للمتممة C1 المنقى وبمقدار ٣٠٠٠ – ٦٠٠٠ وحدة . ويمكن أن تعطى وقائياً في حالات الإجراءات الرضحية كالجراحة أو نزع الأسنان . ومن المعالجات الناجحة التي تقي من حدوث الوذمة الوعائية الوراثية إعطاء جرعة عالية من الأدوية المضادة لحل الليفين وهو حمض إبسيلون – أمينوكابرويك Epsilon – Aminocaporic Acid أو حمض الترانسيكساميك Transexamic ومن المعالجات الأخرى المفيدة في الوقاية من هجمات هذه الوذمة إعطاء الدانازول Danazole بمقدار ٢٠٠ – ٦٠٠ ملغ يومياً . ولا يقتصر هذا الأندروجين على الوقاية وإنما يؤدي إلى تركيب طبيعي في معطل C1 استراز والمتممة C4 . وتختلف الجرعة باختلاف الحالات ومدى ظهور التأثيرات الجانبية للعقار . ويعطى بجرعة بدئية مقدارها ٦٠٠ ملغ وتخفف حتى ٢٥٠ ملغ كل يومين .

## أرج سم النحل والزنابير Bee and Wasp Venom Allergy :

يُحدث سم النحل والزنابير أرجاً خلطياً من نمط عاجل ( نمط I ) نتيجة لدغ النحل أو الزنابير . وتحدث هذه التفاعلات نتيجة انطلاق الوسائط ومنها الهستامين . ويتألف سم هذه الحشرات بصورة رئيسية من إنظيمات متنوعة ومن ببتيدات وأمينات حيوية . وتوجد في سم النحل مواد مختلفة كالهستامين والميليتين Mellitin و MCD peptide ، والأبامين Apamine والهيالورونيداز والفوسفوليباز . وإضافة إلى الهستامين يحتوي سم الزنابير السيروتينين وكينين خاص وإنظيمات .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر الأرج الناتج عن لسع النحل والزنابير بما يلي :

– وذمة محدودة في مكان اللدغ .
– أعراض تأقانية تؤدي إلى صدمة تأقية .
– شرى حاد يترافق بوذمة حادة أحياناً .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على القصة السريرية والاختبارات الجلدية وتفاعل RAST .

**المعالجة** : قد تكون الإصابة مهددة للحياة في بعض الحالات وتحتاج إلى معالجة سريعة وعاجلة ( انظر بحث معالجة الشرى الأرجي ) . ويمكن إنقاص التحسس بالمستضدات المنقّاة . ويعطى الابنفرين إلى المصابين .

## إنقاص التحسس Desensitization or Hyposensitization :

يعرف الحد من فرط التحسس العاجل والسريع بإنقاص التحسس أو إزالته . وتعتمد المحاولات التي تجرى على تقليل تحسس المريض وذلك بإعطائه جرعات من المؤرج . هذا وإن التي تتم بها غير واضحة حتى الآن .

*نظرية إزالة أو أنقاص التحسس :* تؤدي إزالة التحسس إلى تشكيل ما يسمى حاصرات الأضداد IgG والتي تتشكل نتيجة تكرار حقن المستضدات بكميات متزايدة . وفي الأشخاص التأتبيين يؤدي أرج غبار الطلع أو أرج الحشرات إلى أن تقوم الأضداد IgG إلى حصر أضداد IgE وتثبط التآثر بين المؤرجات والخلايا البدينة المحسسة بالغلوبلين IgE . ومن الأهمية بمكان ذكر الحقيقة القائلة إن إزالة التحسس يؤدي إلى تفعيل CD8 ( خلايا ت الكابتة ) ويحتمل أيضاً تشكيل أضداد مضادة لغلوبلين IgE .

*استطبابات إزالة التحسس :* تستطب إزالة التحسس في أمراض الأرج التي تحدث بنمط أرجي عاجل ( أرج غبار الطلع ، أرج الحشرات ، أرج غبار المنزل ، أرج أشعار الحيوانات وغيرها ) ، وكذلك إذا كان المريض بحالة خطيرة إذا ما تعرض للسع النحل أو الزنابير وإمكانية حدوث صدمة تأقية لديه إضافة إلى الحالات التي لا يمكن تجنب المؤرج فيها . ويجب أن يجرى الاختبار الجلدي للمؤرج ومعايرة IgE واختبار RAST .

*كيفية إجراء إنقاص أو إزالة التحسس :* يجب معرفة المؤرج المحدث للإصابة بالاختبارات بالزجاج وبالحياة ، والذي عرف عن هذا المؤرج أنه محدث للأعراض عند المريض ، وكقاعدة تجرى معالجة المصاب بالأرج نحو غبار الطلع ( الطلاع pollinosis ) في فصل الخريف أي قبل مجيء فصل الربيع الذي يظهر فيه غبار الطلع وتحضر خلاصات المؤرجات بشكل نقي

جداً ومن قبل شركات تجارية عديدة . تجرى المعالجة على يد طبيب خبير بهذه المعالجات ويجب أن يكون بجانبه المواد الإسعافية اللازمة . تحقن المؤرجات تحت الجلد ويجب أن لا تحقن داخل الأوعية الدموية ، ويجرى إنقاص أو إزالة التحسس نحو غبار الطلع لمدة ٣ سنوات وقبل تعرض المريض للغبار كما ذكرنا والنتائج لا تتجاوز ٣٠٪ شفاء و ٣٠٪ تحسن . ويجرى إنقاص التحسس أو ما يسمى إنقاص التحسس الاندفاعي في أرج النحل والزنابير في المشفى .

# الفصل الثاني عشر

# التهاب الجلد والإكزيمة

# Dermatitis and Eczema

د . هناء المسوكر

يوصف التهاب الجلد والإكزيمة على أنهما من أشكال تفاعل عدم التحمل البشروي . وتشير الاحصائيات الدقيقة إلى شيوعه الواسع ، إذ أن حوالي ١٥ – ٢٥٪ من المرضى الجلديين مصابون بالتهاب جلد أو إكزيمة . ويعدُّ التهاب الجلد والإكزيمة من الآفات اللاخمجية ، فهما بالنتيجة من الجلادات الالتهابية غير المعدية . وتؤدي التبدلات المرضية البشروية والأدمية فيهما من صور سريرية مميزة لهما . وتشاهد في الحالات الحادة منهما تبدلات جلدية التهابية ناتحة ، مترافقة باحمرار وتوذّم وتشكل حويصلات والنزّ والتجلب ، بينما تشاهد حدثيات التهابية تكاثرية في الحالات المزمنة منها ، تترافق بالاحمرار وبتثخّن البشرة ( شواك Acanthosis ) وبالتوسف وبالتحزز . وتترافق مع الحكة دوماً . وهذه الجلادات قد تكون داخلية أو خارجية المنشأ ، ويمكن أن تنجم عن العوامل الضارّة والمؤذية للجلد ، المعروفة وغير المعروفة . وقد تكون هذه العوامل الضارة سامّة أو مؤرجة .

**التسمية :** إن مصطلحي التهاب الجلد والإكزيمة ليسا معيارين حتى الوقت الحاضر . وسبب ذلك يعود إلى عدم القدرة على وضع تصنيف مقنع يعتمد إما على الأسباب أو على الإمراض . وكثيراً ما يستخدم هذان المصطلحان بشكل تبادليّ أثناء وضع التشخيص السريري بالاعتماد على سير الحالة المرضية ، ويتكلم البعض عن التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد والمزمن ، وعن الإكزيمة الحادة وتحت الحادة والمزمنة . وبالرغم أنهم يستخدمون مصطلحين مغايرين إلا أنهم في الحقيقة يتكلمون عن حالة واحدة . ويزداد في الوقت الحاضر استخدام مصطلح ( التهاب الجلد Dermatitis ) للدلالة على هذه الحالات . وفي الوقت نفسه نودُّ أن نحتفظ بالمصطلح القديم « إكزيمة » الذي لا يزال يستخدم بشكل واسع في نواحٍ كثيرة من أوربا للتعبير عن حالات تفاعل عدم التحمل البشروي المتميز بالالتهاب والإزمان . لقد كنا خلال ممارستنا الطبية في العقود الماضية ميّالين لاستخدام مصطلح « التهاب الجلد » للدلالة على الحالات ذات السير الحاد والتراجع السريع ، واستخدام مصطلح « الإكزيمة » للدلالة على الحالات ذات السير المزمن والأقل ميلاً للتراجع العفوي . ويجب أن يعرف الطبيب جميع درجات التهاب الجلد التي يمكن أن تصادف خلال سير الداء . فعلى سبيل المثال : قد يصبح التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس ، مزمناً لدى تكرر التماس مع المستأرجات المسببة Allergens ، أي أنه يتحول إلى إكزيمة . وبشكل مشابه قد تبدي الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس تفاقمات حادة بسبب التعرض المتجدد لتلك المستأرجات المُسببة . ويعُد هذا التفريق ذو فائدة خاصة أثناء الممارسة العملية لإمكانية تحديد العامل المسبب وانتقاء العلاج الأفضل .

إن الشرح المفصّل أعلاه هو الأساس الذي ارتكز عليه أثناء وضع التصنيف التالي :

– التهاب الجلد الحاد بالتماس : التخريشي أو الأرجي : Acute contact dermatitis irritant or allergic .

– الإكزيمة المزمنة بالتماس : التخريشية التراكمية أو الأرجية . Chornic Contact eczema cumulative irritant or allergic .

– الإكزيمة المثّية : Seborrbeic eczema .

– الإكزيمة النّمية ( الجرثومية ) : Nummular (Microbial) eczema .

– الإكزيمة التأتّبية : Atopic eczema .

## التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس والإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية بالتماس :

قد ينتج التهاب الجلد الحاد التخريشي ( الانسمامي ) بالتماس عن تعرض وحيد لمادة سامة إجبارياً . هذه المادة بالتعريف عنصر أوّلي قوي ومخرب للجلد عند جميع الناس على السّواء . أما الإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية بالتماس فتنجم عن التعرض المتكرر للمواد المخرشة للجلد والضعيفة الشدة لدى أشخاص مؤهبين للإصابة . وتشاهد تبدلات التهابية جلدية مع إصابة بشروية واضحة في كلا الحالتين .

### التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس : Acute irritant Contact Dermatitis

*المرادفات :* التهاب الجلد الحاد اللاأرجي بالتماس ، التهاب الجلد التخريشي ، الإكزيمة الحادة الانسمامية بالتماس .

**التعريف** : يتطور التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس كتفاعل التهابي حاد تجاه التماس مع مادة مخرشة تخرب الجلد السوي .

**الحدوث** : ليس نادراً ، لكنه أقل شيوعاً من التهاب الجلد الأرجي بالتماس ، ويصادف عند كل الأشخاص الذين هم على تماسّ مع المادة السّامة التي تسبب المرض . وأهمية العوامل الوراثية هنا محدودة ، حيث تعتمد الأعراض على العوامل الشخصية فقط . وعلى سبيل المثال فإن التهاب الجلد الشمسي ( الحرق الشمسي ) إنما يعتمد على محتوى الجلد من القتامين وعلى سماكة الطبقة المتقرنة .

**الإمراض** : يحدث التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس عند تماس الجلد مع المادة المخرشة ، وتعتمد شدة التبدلات الجلدية بشكل جوهري على تركيز المادة المخرشة ، ومدة التماس ، وعلى عوامل شخصية أخرى مثل جلد الناحية المصابة ، وسماكة الطبقة المتقرنة ، ودرجة التصبغ ، وعلى قدرة سطح الجلد الدارئة . تخرب المواد المخرشة الخلايا في البشرة والأدمة مما يؤدي بالنتيجة إلى حدوث تفاعل التهابي نضحي في الطبقات العلوية من الجلد . وتختلف المدة الزمنية الفاصلة بين التماس مع المادة المخرشة وحدوث الأعراض الالتهابية الحادة ، لكنها أقل من ٢٤ ساعة عادة . وتعتمد هذه الفترة الزمنية الفاصلة بشكل كبير على نوع المادة المخرشة وتركيزها وفترة التماس معها . فإذا كانت المادة شديدة التخريب للجلد مثل القلويات والحموض ، تكون فترة الحضانة لبضع دقائق فقط أو قد ينجم عن ذلك أذية كاوية ( مثال : حروق الإسمنت ، الكيّ بالحموض ) . وتنحصر الآفات الجلدية والأعراض في ناحية التماس فقط وتشفى دون نكس إذا تم الابتعاد عن المادة المخرشة ( يتوقف التأثير بإبعاد السبب ) . ويمكن الحصول على التفاصيل من المرضى بسهولة إذا كانت المادة المخرشة شديدة التأثير .

إنّ عدد المخرشات الموجودة في بيئتنا كبيرٌ جداً في الوقت الراهن ، ولكن ندرج فيما يلي أكثرها شيوعاً :

*المخرشات الفيزيائية* : الأشعة فوق البنفسجية ، الأشعة السينية ، والإشعاعات المؤذية الأخرى ، الأذيات الحرارية .

*مخرشات التماس الكيميائية* : محاليل القلويات والحموض ، المذيبات العضوية مثل Xylene ، البنزين . مذيبات الشحوم ( الأسيتون ، رباعي كلوريد الفحم ) ، المنظفات ، المستحضرات الكيميائية ، المواد النباتية ومستحضراتها مثل زيت حب الملوك (Croton Oil) وشقائق النعمان والهليون والخردل وعصارات بعض الفواكه ، وكذلك المواد السمّية ضيائياً والتي تؤدي إلى التهاب جلد حاد انسمامي ضيائي بالتماس وذلك بعد أن يتم تفعيلها بالأشعة فوق البنفسجية سواء منها الطبيعية ( أشعة الشمس ) أو الاصطناعية ، بالإضافة لذلك هناك عناصر كيميائية حربية تؤدي إلى تخرب جلدي بدئي مثل الغاز المسيل للدموع وغاز الخردل وغيرها .

وتعتمد الآلية الإمراضية لالتهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس على طبيعة التخريب الجلدي الحادث ( مثل تثبيط فعالية الإنظيم في الخلايا المقرنة بواسطة بعض عناصر الحرب الكيميائية ، التدخل في استقلاب الدنا DNA ) . وفي كل الحالات الشديدة يحدث التهاب نضحي حاد قد يؤدي إلى تشكل حويصلي شديد .

**الموجودات السريرية** : تظهر التبدلات الجلدية في الناحية المتأثرة بالمادة المخرشة ، ولذلك يكون توضع الداء غير متناظر . وليست هناك أية ظواهر جلدية معممة كالتي يمتاز بها التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس . وتوجد عدة أطوار متعاقبة خلال سير الداء كالتي نراها مثلاً في اختبار زيت حب الملوك لهبرا ( التهاب الجلد بحب الملوك ) أو بعد حرق الشمس ( التهاب الجلد الشمسي ) . وتتبدل الشكلياء السريرية للجلد مع تقدم الزمن ( تعدد الأشكال باختلاف الأزمان ) حيث يمكن أن تميز للآفة الأطوار ( المراحل ) التالية ( راجع الشكل ١٢ – ١ ) :

*طور الحمامى* : أو طور الحمامى والوذمة حيث يحدث تفاعل التهابي نضحي في منطقة التماس يبدو سريرياً على شكل حمامى حادة واضحة يرافقها تورم وذمي ( الشكل ١٢ – ٢ ) .

*طور التحوصل Vesicular Stage* : أو طور تشكل الحويصلات والفقاعات : يظهر اندفاع جلدي مؤلف من حويصلات صغيرة أو كبيرة في منطقة الاحمرار والتورم ، هذه الحويصلات تكون داخل البشرة وتمتلك غطاءً رقيقاً نسبياً ، تنفجر هذه الحويصلات بسرعة تاركة وراءها تآكلات نقطية صغيرة ( نقاط Devergie ) ، تتحد مع بعضها لتشكل سطوح تآكلية .

*طور النضح Exudative Stage ( الطور الرطب )* : ويتميز بوجود سطوح تآكلية التهابية واحمرارية نازّة .

*طور التجلّب* : تجف مفرزات النواحي التآكلية مشكلة الجلبات ، وتشكل الحويصلات الإفرادية جلباً نقطية صغيرة مشخّصة لالتهاب الجلد الحويصلي ( نقاط Devergie التجلبية ) .

*طور التوسف Scaling Stage ( الطور الوسفي )* : تؤدي حدثيات التجدد الخلوي إلى إنهاء التخريب والتخريش الجلديين حيث يعاد تشكل البشرة وتتساقط الجلب ، وتؤدي الفعالية التجددية البشروية إلى التوسف ( الشكل ١٢ – ٣ ) .

طور حمامي *المتبقية* : يبدو سطح الجلد طبيعياً تماماً بعد تجدد البشرة ولا يبدي سوى احمرار خفيف يشير إلى مكان توضع الآفة الشافية .

لا تحدث جميع هذه الأطوار بالضرورة في كل حالة من التهاب الجلد الحاد التخريشي فقد يغيب التحوصل والنز عندما يكون تخرب الجلد خفيفاً . وكذلك يمكن للحويصلات أن تجف ويمر الداء إلى الشفاء خلال طور التوسف ، وفي بعض الأحيان لا يظهر سوى طور الحمامي .

**الأعراض** : لا توجد أعراض مجموعية أو حمى ، أما إذا كان تخرب الجلد واسعاً جداً فقد تظهر هذه الأعراض . وتعتبر الحكة والألم من الأعراض الشخصانية ، وشدتهما تتوافق وشدة الآفة .

**التشريح المرضي النسجي** : يؤدي العنصر المخرش إلى حدوث التهاب حاد يترافق مع وذمة بين الخلايا ( سفاج ) وتشكل حويصلي داخل البشرة . وتوجد علامات الالتهاب الحاد الضحي في أقسام الأدمة العلوية يرافقها توسع في الأوعية الشعرية ووذمة حول الأوعية الأدمية ورشاحة التهابية مؤلفة من خلايا الدائرية الشكل بالإضافة إلى تسرب هذه الخلايا إلى البشرة ، وفي كثير من الأحيان نجد تسرب أعداداً كبيرة من المعدلات .

**السير** : الشفاء عفوي ، حيث يتراجع الالتهاب الجلدي الحاد لدى التخلص من العامل المحرِّض ، ولكن قد يؤدي التهاب الجلد الحاد التخريشي إلى حدوث تحسس بالتماس مع نفس العامل المسبب مما يؤدي بالنتيجة إلى حدوث التهاب جلد حاد أرجي بالتماس لدى التماس مرة ثانية مع العامل المخرش ولو كان بتركيز خفيف جداً .

**دلائل التشخيص** : البدء الحاد ، التوضع غير المتناظر في العادة ، غياب الأعراض المجموعية ، تعاقب مراحل أو أطوار الالتهاب ( اختلاف الشكل باختلاف الأزمان ) ، القصة المرضية المناسبة .

**التشخيص التفريقي** : ويعتمد على الناحية الجلدية المصابة بالتهاب الجلد التخريشي ويجب التفكير بالحُمْرة ( حمى ، كثرة البيض ، ارتفاع سرعة التثفل ) أو بالحمرانية . كما يجب التفكير بالذأب الحمامي المجموعي والتهاب الجلد والعضل إذا كانت الآفة مزمنة ومتوضعة على الوجه . أما التهاب الجلد بالتماس الضيائي الانسمامي فلا يظهر سوى على المناطق المعرضة للضياء .

**المعالجة** : من الأهمية بمكان إبعاد المادة المخرشة . ويكفي أحياناً الاغتسال أو الاستحمام بكمية وافرة من الماء إذا كانت المادة المخرشة كيميائية ، ويُتبع هذا بمعالجة مضادة للالتهاب .

*المعالجة الجهازية* : يستطب إعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية بجرعة معتدلة ( ما يعادل ٤٠ – ٦٠ ملغ بريدنيزولون ) في الحالات الالتهابية الشديدة فقط . وتعطى مضادات الهستامين إذا لزم الأمر .

*المعالجة الموضعية* : انظر المعالجة الموضعية في التهاب الجلد الحاد بالتماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس في نفس الفصل .

## الإكزيمة بالتماس التخريشية التراكمية المزمنة
## Chronic Cumulative Irritant Contact Eczema :

*المرادفات* : الإكزيمة التنكسية الانسمامية ، التهاب الجلد التخريشي المزمن ، إكزيمة التماس اللاأرجية ، الإكزيمة الرضحية المتكررة **(Hagermann)** .

**التعريف** : تظهر هذه الإكزيمة المزمنة كنتيجة تراكمية ، أي أنها تحدث نتيجة للتعرض المتكرر لتراكيز خفيفة للمادة المخرشة التي لا تؤدي إلى تخرب الجلد بشكل أوليّ وذلك عند الأشخاص المؤهبين للإصابة بالإكزيمة . لذا يصاب بها أشخاص معينين فقط . وتختلف شدة العلامات السريرية باختلاف درجة التخرب الجلدي التراكمي ومدته . وإن الإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية شائعة وتظهر بشكل رئيسي على ظهر اليدين والأطراف . تظهر هذه الإكزيمة بشكل شائع عند ربات البيوت وعمال البناء والأشخاص الذين تتطلب مهنهم التعامل الكثير مع المخرشات . وتكثر الحالات التأتبية لدى المرضى المصابين بهذا النوع من الإكزيمة .

**الإمراض** : ينجم التهاب الجلد الحاد التخريشي عن التماس مع مادة مخرشة أولية ، أما استمرار الإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية فينتج عن التعرض المتكرر أو المستمر لمواد غير مخرشة بشكل أولي ولفترة من الزمن . ولهذا السبب تم تحرير ثلاث مصطلحات مختلفة لوصف الحالات المتباينة وهي : الإكزيمة الرضحية المتكررة ( تكرر الأذية الجلدية ) ، جلاد البلى أو الإرهاق ( الجلد المستهلك بسبب تكرار التعرض لمواد مخربة ) ، إكزيمة التعرض ( التعرض المستمر لمواد مخرشة للجلد ) . وتكون آليات الجلد الدفاعية الحيوية في مواجهة التماس مع العناصر السامة كافية تحت الشروط السويّة . وللعوامل التالية أهمية في هذا المجال :

*قدرة الجلد الدارئة* ***Skin Buffering Capability*** : يمتلك سطح الجلد باهاء PH حامضي قيمته ٥,٧ ، ويستطيع ما

يدعى بالإطار الحمضي للجلد تعديل فعالية المحاليل القلوية الخفيفة . وبشكل مشابه يستطيع تعديل فعالية المحاليل الحمضية الخفيفة التركيز . أما إذا كانت قدرة الجلد الدارئة مُجهدة بسبب التعرض المتكرر فتتشكل حينئذٍ تبدلات التهابية بسبب تخرب الأجزاء العميقة من البشرة .

*قدرة الجلد على الارتباط بالماء :* لا تحتوي الطبقة المتقرنة على القرنين فحسب ، بل تحتوي على موادّ أخرى ذوابة بالماء أو بالدسم تتحرر من الخلايا المتقرنة . يعتبر هذا العامل المرطب الطبيعي مسؤولاً عن القدرة على الارتباط بالماء في الطبقة المتقرنة ، ويحمي هذه الطبقة من الجفاف ، ولكن إذا غابت المواد الرئيسية الرابطة للماء ( الحموض الأمينية ، السكاكر ، مكونات الدسم مثل مادة السيراميدات Ceramides ) من الطبقة المتقرنة فإن القدرة على الارتباط بالماء تنقص مما يؤدي إلى حدوث سطح جلدي خشن توسفي .

*طبقة الدسم على سطح الجلد :* تنتج هذه الطبقة عن مفرزات الغدد الزهمية ( زهم ) وشحوم البشرة وتعمل كمستحلب من نموذج الماء في الزيت أو الزيت في الماء بالاستناد إلى درجة التعرق - وتمتلك هذه الطبقة الشحمية - العرقية بعض الخصائص المضادة للجراثيم حيث يحدث جلد جاف ميّال للتوسف والالتهاب نتيجة لزوال الطبقة الشحمية من سطح الجلد بسبب التغسيل المتكرر أو التماس المتكرر مع المنظفات والمذيبات العضوية .

*العوامل الشخصية :* لا يتعرض جميع الناس للإصابة بالإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية لدى التماس مع نفس العوامل المخرشة التراكمية . لذا لابد من وجود أرضية مناسبة يعتمد عليها حدوث الداء عند إنسان ما . وأكثر الأشخاص عرضة للإصابة هم الذين لديهم جلد جاف أي منعدم الزهم ، وهذا يفسر لماذا يشكو كثير من مرضى هذا النوع من الإكزيمة من الإصابة بالسُّماك الشائع والتأتب ، وبشكل خاص فيها الإكزيمة التأتبية أو انعدام الزهم لدى المسنين . إلا أننا لا نعرف جميع العوامل المؤهبة البنيوية في حدوث الإكزيمة .

*العناصر المخرشة التراكمية :* سبب هذا الداء هو التماس المتكرر مع العناصر التي تجهد قدرة الجلد الدفاعية الحيوية :

١ - *الماء :* يؤدي الاستحمام الكثير أو السباحة المتكررة ( في الماء المكلور بشدة أو غسيل اليدين المتكرر في الماء القاسي ) ، إلى تخرب الطبقة المتقرنة ، وخاصة إذا ما استخدمت الصوابين القلوية .

٢ - *المنظفات :* تزيل الصوابين والمنظفات والعناصر المنظفة السائلة الطبقة الشحمية والعناصر المنحلة بالماء من الطبقة المتقرنة . ويؤدي الاستحمام المتكرر بالصوابين والمنظفات إلى جفاف الجلد ومن ثم إلى حدوث الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة والحكة .

٣ - *المحاليل الحامضة والقلوية :* تجهد هذه المحاليل قدرة الجلد الدارئة وتخرب بشكل مباشر الطبقات الخلوية البشروية .

٤ - *المذيبات العضوية* **Organic Solvents** : يؤدي التماس المتكرر مع الغول والبنزين والتولين والأسيتون أو رباعي كلور الفحم إلى زوال الطبقة الزهمية وبالتالي إلى جفاف الجلد .

٥ - *المحرضات الفيزيائية* **Physical Stimuli** : يؤدي التعرض المديد لأشعة الشمس أو الأشعة فوق البنفسجية إلى جفاف الجلد ، وينطبق الشيء ذاته على الأذيات الآلية ، كما يحدث بالاحتكاك أو لدى التعامل مع الصوف أو الغبار أو الرمال .

٦ - *الافرزات* **Secretions** : يخرش اللعاب ومفرزات الجروح الجلد بسبب إنظيماتها الحالة للبروتين ، ومن الأمثلة النموذجية على ذلك الإكزيمة الرضحية حول الجروح المزمنة ، تقرحات الفخذين ، الإكزيمة حول الشرج والإكزيمة حول الفم الناجمة عن مصّ الشفاه عند الأطفال .

وتستطيع المواد المخرشة ولو كانت بتركيز ضعيف أن تدخل البشرة وتحدث التهاباً مزمناً عندما تكون القدرة الدفاعية والآليات الوقائية في سطح الجلد مُجهَدة . وتعتمد التظاهرات السريرية على شدة التخرب الحادث ، فإما أن تتظاهر على شكل جلد جاف مع توسف وتشقق ، ونخالية وإكزيمة انعدام الزهم ( احمرار التهابي مع توسف وتشقق الطبقة المتقرنة ) أو تتظاهر على شكل تفاعل التهابي إكزيمي مزمن يترافق باحمرار وتورم ، وأحياناً يترافق بتحوصل وتقشر وتحزز .

**الموجودات السريرية** : تختلف الأعراض والأشكال السريرية لإكزيمة التماس التخريشية التراكمية المزمنة باختلاف شدة التخريش واختلاف قدرة الجلد على المعاوضة والتجددية ، وسيتم مناقشة ثلاثة أشكال في هذا البحث : النخالية البسيطة ، إكزيمة انعدام الزهم ، إكزيمة التماس التخريشية التراكمية المزمنة .

### النخالية البسيطة Pityriasis Simplex :

وهي ألطف أشكال التفاعل الجلدي تجاه التخريش الشديد أو نقص الآليات الوقائية في الجلد . وتنجم الآفات بشكل رئيسي عن الغسيل والتنظيف المفرطين ، وعن عدم التوازن بين التخريش الجلدي المترافق مع التنظيف وتجدد الجلد ، ولذلك فإن أكثر الناس عرضة للإصابة هم الأشخاص المصابون بانعدام

الزهم . والرضع والأطفال قبل سن البلوغ الذين لم تأخذ الغدد الدهنية وظيفتها الإفرازية الكاملة عندهم ، والمسنين الذين لديهم جلد جاف ونقص في الإفراز الزهمي في الأجزاء القاصية من الأطراف . تشاهد هذه التبدلات في فصل الشتاء غالباً ، حيث تنخفض درجة الحرارة ونسبة الرطوبة في الجو ، مما يؤدي بالنتيجة إلى نقصان التعرق ، بالرغم من أن الأشخاص يتابعون الاستحمام بنفس النظام والتواتر اللذين كانوا يقومون بهما أثناء الصيف . تشير النخالية البسيطة إلى آفات جلدية محددة ، وتتوضع بشكل خاص على الأطراف والرأس . يحدث التوسف فيه بشكل نخالي دون وجود أية تبدلات أخرى . ويمكن ربط هذه الحالة بالتخريش . ويمكن تمييز الأشكال التالية حسب مكان توضعها :

**نخالية الرأس البسيطة ( الهبرية : Dandruff )** : هي عبارة عن توسف جاف في فروة الرأس . تظهر عند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، ويمكن أن تنتج عن غسل الفروة المتكرر بشامبوات مزيلة للدهن . وقد تحدث بقع حاكة وسفية واضحة الحدود على الفروة مع بعض التخريش أحياناً . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار لدى وضع التشخيص التفريقي كل من السعفة الأميانتية ( راجع الشكل ١٢ — ٤ ) وسعفات الرأس عندما تكون الآفات في هذه النخالية محددة بشكل واضح .

**نخالية الوجه البسيطة** : آفة شائعة عند الرضع والأطفال الصغار . وكثيراً ما يرافقها تأتب أو إكزيمة تأتبية . تبدي القصة السريرية عادة أن الأم تغسل منطقة الوجنتين والفم بشكل متكرر بالصوابين والمواد المنظفة . يشاهد بالفحص بقع صغيرة وسفية نخالة النموذج على الوجنتين ولكن دون علامات التهابية ذات قيمة . ويمكن مشاهدة الحالة نفسها عند البالغين من الذكور وتنجم عن الإفراط في استعمال الصوابين والمحاليل الكحولية التي تستخدم بعد الحلاقة . تمتص البقع الوسفية الأشعة فوق البنفسجية المحدثة للتملن أثناء الصيف ، لذا تبدو هذه البقع ناقصة الصباغ بالتباين مع المناطق ذات التسفع السويّ ، حيث يمكن لهذه البقع أن تكون شاحبة بشدة : نخالية الوجه البيضاء .

**نخالية الجسم البسيطة** : وتمثل هذه نفس الحالة المزمنة ، إلا أنها تتوضع على جلد الجسم وبشكل خاص على الأجزاء القاصية من الأطراف . وبالفحص يشاهد جلد جاف مع بقع وسفية نخالية الشكل . الأعراض الشخصانية الرئيسية هي التخريش والحكة مما يحفز المريض على استشارة الطبيب .

وتنجم أكثر حالات الحكة الشيخية عن جفاف الطبقة المتقرنة خارجي المنشأ ونخالية الجسم البسيطة . ومن الأهمية بمكان الكيفية التي يتم بها الاستحمام والتنظيف . تبقى هذه البقع شاحبة ( ابيضاض الجلد « الوضح » الكاذب ) بسبب امتصاص الوسوف للأشعة فوق البنفسجية مما يؤدي إلى هذه البُقع الناقصة الصباغ . وتظهر النخالية البيضاء نخالية الجسم بشكل خاص على الأطراف ، وتعتبر عند الأطفال علامة على وجود الأهبة التأتبية .

### إكزيمة انعدام الزهم Asteatotic Eczema :

*المرادفات* : إكزيماتيد ، إكزيمة جافة ، إكزيمة الجفاف ، الإكزيمة الشتوية والتهاب الجلد بانعدام الزهم .

**التعريف** : يمكن تعريف إكزيمة انعدام الزهم على أنها شكل خاص من الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة وذات العلامات السريرية الصغرى ، تبدأ على شكل حالة ما قبل إكزيمية . ولا تتميز بالوسوف النخالية الشكل فحسب بل بوجود العلامات الالتهابية المزمنة ( حمامى ) أيضاً .

**الموجودات السريرية** : تظهر على الوجه والأجزاء الأخرى من الجلد ، لكنها تفضل أحياناً الأجزاء القاصية من الأطراف ، حيث تشاهد بقع منتشرة بيضوية أو دائرية الشكل بقدّ ٢ — ٤ سم . يبدي الجلد حمامى التهابية متوسطة الشدة مع وسوف نخالية الشكل أو صدافية الشكل . تشاهد أحياناً تصدّعات أو تشققات عميقة حمراء اللون في الطبقة المتقرنة وفي البقع الحمامية الوسفية . وقد دعيت هذه الصورة السريرية عند الفرنسيين بالإكزيمة المتشققة Eczema Craquelé ( راجع الشكل ١٢ — ٥ ) . وفي حالات أخرى ، يشاهد عند حواف المناطق الصغيرة ذات الانعدام الزهمي تفرق اتصال دائري الشكل في الطبقة المتقرنة يصل عرضه حتى ١ ملم تقريباً ، مما يسمح برؤية الحليمات الأدمية الحمراء . وقد دعي هذا الشكل الخاص من إكزيمة انعدام الزهم عند الفرنسيين بالإكزيمة القنالية (Eczema Cannalé) ( راجع الشكل ١٢ — ٦ ) .

**الأعراض** : أكثر ما تشاهد إكزيمة انعدام الزهم عند الأطفال ، والبالغين المصابين بانعدام الزهم أو التأتب أو عند المسنين . وهي تنجم عادة عن الإفراط في الاغتسال أو الاستحمام أو الاستخدام الزائد للصوابين أو الحمامات الفقاعية (Bubble Baths) . تظهر هذه التبدلات الجلدية غالباً خلال الأيام الباردة حيث يحدث عدم توافق نسبي بين جفاف الطبقة المتقرنة الخارجي المنشأ وتجدد الجلد التالي . وأهم الأعراض هي الحكة ابتداء من الحكة متوسطة الشدة وحتى الشديدة .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بالنخالية الوردية عندما تكون إكزيمة انعدام الزهم منتشرة ، أو بنظير الصدف اللويحي ، أو بالفطار الفطراني ، أو بالصداف الشائع ، أو

بالسعفة الجسمية السطحية ، أو الطفح المثّاني (Seborrheid) النخالي الشكل .

**الإكزيمة بالتماس التخريشية التراكمية المزمنة :**

**التعريف** : تتميز هذه الإكزيمة بتظاهرات التهابية أكثر شدة . وكثيراً ما تكون متعددة الأشكال بشكل متزامن ، حيث نشاهد الظهور المتزامن للاحمرار الالتهابي وتسمك الجلد والتوسف ، وبشكل أندر التحوصل والتجلب والميول الثانوية نحو التحزز .

**الموجودات السريرية** : تظهر بقع محصورة أو منتشرة ، يغلب أن تكون حدودها غير واضحة تتوضع على الجلد المعرض للتماس المهني ، عادة على ظهر اليدين والساعدين . كما أنها قد تنجم عن الغسيل الزائد أو الشدة الآلية ( إكزيمة التغسيل ) . تبدي الآفات الجلدية احمراراً التهابياً وارتشاحاً خفيفاً . وقد تحدث تبدلات ثانوية إما على شكل تفاعل حاد نسبياً مع تحوصل وتجلب وتوسف ، أو ، وهو الأكثر شيوعاً ، على شكل تفاعل التهابي مزمن مع تحزز . تكتمل هذه الصورة السريرية بالحمامى الالتهابية والارتشاح والتوسف وأحياناً التشقق . لا توجد آفات جلدية معممة مميزة لحدوث الأرج بالتماس ( راجع الشكل ١٢ – ٧ ) .

**الأعراض** : يعتبر حدوث التخريش الحارق أو الحكة من الأعراض النموذجية ، وقد يحدث الداحس أو حثل الأظافر على شكل الأظفار الإكزيمية كظواهر ثانوية . تكون الاختبارات الرقعية سلبية .

**الأسباب** : تنجم إكزيمة اليدين التخريشية التراكمية المزمنة عند ربات البيوت عن التنظيف الزائد والتغسيل والاستحمام . وهي شائعة جداً عند مصففي الشعر أيضاً . كما تحدث على شكل إكزيمة مهنية في اليدين عند الذكور وبشكل خاص عند عمال البناء الذين يتعاملون مع مواد قلوية كالإسمنت والملاط . كما قد تنجم عن التعرض المديد للزيوت Cutting Oils في المهن الصناعية ، أو التعرض لمواد كيميائية مثل الفينول والبنزين ومنظفات اليدين القوية ، فكل هذه المواد يمكن أن تحدث إكزيمة اليدين المهنية .

**التشريح المرضي النسجي** : إن التبدلات النسجية غير نوعية . وبالاعتماد على الصورة السريرية فقد تشاهد تبدلات بشروية ذات نموذج نضحي أو سفاجي أو حتى حويصلي ، أو يشاهد تسمُّك بشروي مع فرط تقرن وسفاج بؤري مع تحلّم خفيف ورشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية الدموية .

**السير** : يكون السير مزمناً وناكساً طالما لم يتم إبعاد العامل المسبب . ويؤدي التخريش التراكمي إلى تخرب سطح الجلد وضياع في الطبقات البشروية مما يسهل دخول المستأرجات بالتماس وحدوث تأثيرها . لذلك كثيراً ما تمهد الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة لحدوث الإكزيمة الأرجية بالتماس . ولقد تبين أن عمال البناء يشكون من حدوث الإكزيمة التخريشية المزمنة قبل حدوث الأرج نحو ثنائي الكرومات ، مما يؤدي إلى عدم إمكانيتهم متابعة العمل . ويتظاهر التحسس بالتماس سريرياً بهجمة حادة مترافقة مع النضح ( حويصلات ، نزّ ، تجلّب ) بالإضافة إلى هجمات حادة من التهاب الجلد المنتشر النموذجي في جهات بعيدة عن مكان المرض البدئي .

**التشخيص** : من الأهمية بمكان الاهتمام بالقصة السريرية ، وتحديد نموذج الجلد ، والسؤال عن طرائق النظافة وعدد الحمّامات وكيفيتها ، وعن استخدام المواد المزيلة للزهم وما يتعرض إليه المريض في وقت الراحة أو العمل . ولابد من ملاحظة العوامل الشخصية الموحية لحدوث الإكزيمة ( السماك الشائع ، التأتب ، انعدام الزهم ، انعدام الزهم الشيخي ) . ويمكن الاستعانة أيضاً بالاختبارات الجلدية . وقد طور بيركهاردت Burckhardt اختبار تعديل القلويات واختبار مقاومة القلويات وذلك لتحري التخرب في سطح الجلد ونقص قدرته الدارئة ، غير أن هذين الاختبارين غير مقبولين بشكل عام . وهناك اختبارات أخرى مثل اختبار أصفر النترازين للوشر Locher والاختبارات الرقعية .

*تحري مقاومة القلويات في الجلد السويّ* : الطريقة : توضع قطرة واحدة من محلول ماءات الصوديوم بنسبة ٠,٥ على ثلاث مناطق مختلفة من الجلد ثم تغطى هذه القطرات بساترة زجاجية ( أبعادها ٢ × ٣ × ١,٥ سم ) . وبعد ١٠ دقائق تمسح القطرات الموجودة في المنطقة ٢ و ٣ بشكل جيد ويزال أثرها تماماً ثم توضع قطرة ثانية في كلتا المنطقتين .وبعد ١٠ دقائق أخرى تمسح القطرة الموجودة في المنطقة ٣ ويزال أثر القطرة الثانية تماماً لتوضع قطرة ثالثة جديدة . ثم تمسح هذه الأخيرة بعد ١٠ دقائق أيضاً ويبدأ بقراءة نتيجة الاختبار مباشرة :

*مقاومة الجلد للقلويات طبيعية* : عندما لا يوجد أي تفاعل أو عندما توجد حمامى خفيفة في المنطقة الثالثة .

*مقاومة الجلد للقلويات ناقصة* : لدى وجود حمامى أو تآكل وتحوصل في المنطقة ٢ مع شدة هذه التبدلات في المنطقة ٣ .

*مقاومة الجلد للقلويات ناقصة كثيراً* : لدى وجود حمامى وتآكل في المنطقة الأولى أي بعد القطرة الأولى فقط . وقد تشتد التفاعلات السابقة خلال الأربع وعشرون ساعة الأولى . ويعتبر المرضى الذين لديهم نقص مقاومة للقلويات حسّاسين

بشكل خاص تجاه الصوابين ، الإسمنت ، إلخ ... والمواد الأخرى .

اختبار أصفر النترازين للوشر *Locher* : الطريقة : يوضع محلول مائي من أصفر النترازين بنسبة ١٪ على الجلد ثم تقرأ النتيجة بعد دقيقة واحدة . يحدث تبدل لوني في الجلد حيث يتحول من الأصفر المائل للأخضر إلى لون بنفسجي داكن في النواحي الجلدية ذات الباهاء (PH) من ٥ – ٧ . وتكون نتيجة الاختبار إيجابية إذا كانت الطبقة المتقرنة متأذية أو إذا كان الغلاف الحامضي للجلد غير كامل . ويستخدم هذا الاختبار كذلك لتقييم الترميم والشفاء ( القدرة على العمل : Working ability ) .

الاختبارات الرقعية *Patch Tests* : يجب إجراء هذه الاختبارات في حالات إكزيمة اليدين التخريشية التراكمية المزمنة لتحديد المستأرجات بالتماس المتعلقة بالمهنة ، أو فعاليات المنزل العادية أو الهوايات المختلفة .. إلخ .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تميز بشكل رئيسي عن التهاب الجلد بالتماس الأرجي المزمن الذي يحدث بشكل ثانوي تال للتماس مع العقاقير ، والمواد التزويقية ، والمواد الكيمياوية ضمن المهنة . ومن الأمراض الأخرى : الصداف الشائع ، والفطارات الجلدية ، والإكزيمة التأتبية .

**المعالجة** : وتتم بالتقليل ما أمكن من التماس مع المادة المخرشة التراكمية مثل المنظفات ، والابتعاد عن استخدامها أثناء الاستحمام . ويمكن إعطاء المراهم أو الرهيمات الحاوية على الكورتيزونات لفترة قصيرة . ومن الأهمية بمكان إعطاء معالجات تالية مناسبة لنموذج الجلد ، بالإضافة لاستعمال الصوابين المطرية وإضافة المواد الزيتية لماء الاستحمام إلى جانب استخدام الرهيمات والمطريات .

ويجب تجنب حدوث الأرج الثانوي بالتماس ، حيث ينصح بإعطاء الرهيمات الواقية للجلد ، واستخدام القفازات أثناء القيام بالأعمال المنزلية أو المهنية . ومن مضادات الاستطباب ( موانع الاستعمال ) إعطاء المحاليل أو المعاجين المجففة أو المساحيق والمحاليل الغولية . من أجل التفاصيل انظر الفصل ١٢ معالجة التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة التحسسية بالتماس .

## أشكال خاصة :

من الأشكال الخاصة لالتهاب الجلد الحاد التخريشي اللاأرجي التهاب الجلد الحفاضي ( التهاب الجلد الأمونيائي ) والمذح الحادّ . ومن الأشكال الخاصة للإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة هناك الإكزيمة المذحية وإكزيمة اليدين والقدمين المفرطة التقرن والمتشققة .

### المذح Intertrigo :

**التعريف** : ويحدث في النواحي المذحية ( الثنيات ) وخاصة عند البدينين وكثيري التعرق ويمكن أن يحدث عند الرضع أيضاً .

**الإمراض** : تعطى تسمية « ناحية مذحية » إلى كل ناحية من الجسم يحدث فيها احتكاك بين سطحين جلديين : كالناحية خلف الأذن ، وثنيات العنق ، والإبطين ، والناحية تحت الثديين ، والسرّة ، والثنيات البطنية ، والثنيات الفخذية التناسلية . والمشَقُّ ( الثلم ) الشرجي ، والناحية القلفية ، وأفوات الأصابع والأباخس ، لا يتبخر العرق بسهولة في النواحي المذحية ، كما أن باهاء الجلد تكون أكثر قلوية في هذه النواحي . فسرعان ما يحصل التعطين والتفاعل الالتهابي في هذه النواحي ، وخاصة إذا كانت العناية بالنظافة العامة سيئة . وقد تترافق الحالة أيضاً بخمج ثانوي جرثومي أو فطري .

**الموجودات السريرية** : قد تصاب الثنيات الجلدية بالتهاب جلد حاد ينحصر في السطوح الجلدية المتماسّة . ويتميز هذا الداء من الناحية الشكلية باحمرار التهابي حاد وتعطين ، وقد يترافق بتآكل ونضح مصلي حارق . وشكل أساسي هو التهاب جلد تخريشي حاد ، يحدث عند حديثي الولادة ، ويكثر عند البدينين الذين يتعرقون بغزارة وذلك بسبب الاحتكاك أو القيام بجهد فيزيائي .

**الأعراض** : شعور حاد بالحرارة والتخريش أو الآلام الحارقة .

**السير** : يحدث الشفاء إذا كانت المعالجة فعّالة ، وفيما عدا ذلك هناك احتمال حدوث إكزيمة مذحية مزمنة مع خطورة حدوث الخمج الثانوي الجرثومي أو الفطري وخاصة بالمبيضات البيض .

### الإكزيمة المذحية Intertriginous Eczema :

**التعريف** : يمكن لهذا الداء أن يظهر إما بشكل تالٍ للمذح أو كحدثية بدئية . ويمكن أن تنتج الحالة الالتهابية المزمنة عن استمرار وجود العوامل المسببة لها كاحتباس العرق ، والحرارة والاحتكاك ، وعدم كفاية النظافة العامة ، أو عندما توجد العوامل المؤهبة لها مثل البدانة والداء السكري . وتعتبر الإكزيمة المذحية المزمنة من الناحية الإمراضية شكلاً من الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة .

**الموجودات السريرية** : يتميز الداء بوجود حمامى التهابية مزمنة يفصلها عن الجلد السويّ المجاور لها حدود واضحة جداً في

النواحي المذحية . كما يتميز بالنزّ ووجود سطوح تآكلية وتخرش واضح وحكة وقد تحدث تشققات في الثنيات .

وهنـاك أرضيـة مناسبـة وجيدة لحدوث الخمج الثـانوي بـالجراثيم أو بالمبيضـات البيض وحدوث التحسس بالتماس . ويتحرض هذا الأخير بشكـل رئيسـي بواسطـة المواد الدوائية المطبقة موضعياً ( العناصر المطهرة ، الصادّات ، وبعض المواد الداخلة في تركيب المراهم والرهيات ) ، ولذلك فإن المعالجة قد تؤدي بالنتيجة إلى التهاب جلد حاد أرجي بالتماس أو إكزيمة بالتماس أرجية مزمنة والتي يمكن أن تنتشر وتتعمم .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بالصداف الشائع المذحي ، والإكزيمة المثية المذحية ، وداء المبيضـات البيض المذحي ، والفقاع العائلي السليم .

**المعالجة** : المعالجة المجففة ( محلول الزنك ، ربما بالإضافة إلى الكليوكينول ٠,٥٪ ) . وينصح بتطبيق المحاليل المائية للملونات لدى وجود التبدلات التآكلية ( مثل الأخضر المتألق ٠,٥٪ ، بنفسجية الجانسيان ٠,٥٪ ) ، ويمكن استخدام الستيروئيدات الموضعية في بدء المعالجة . ومن مضادات الاستطباب استخدام المراهم الدهنية لأنها تثبط التعرق مما يؤهب لحدوث الخمج الثانوي ، ومن الأهمية بمكان إيقاف تخريش الثنيات الجلدية المذحية بتطبيق قطع من الكتان في الناحية ، ويمكن إضافة المساحيق المجففة أو القابضة . وقد يفيد الاستحمام بالمنظفات اللاقلوية ، أو استعمال الغسولات بمادة برمنغات البوتاسيوم .

### إكزيمة اليدين والقدمين التشققية والمفرطة التقرن :

*المرادفات :* إكزيمة اليدين والقدمين الثفانية ، الإكزيمة الشثنية Callus Eczema ، التهاب جلد مفرط التقرن ( إكزيمة ) في الراحتين والأصابع .

**التعريف** : شكل جاف من الإكزيمة يأخذ سيراً مزمناً وشكلاً شثنيـاً متقـرنـاً مع التهـاب خفيف يقتصر على الراحتـين أو الأخمصين/ أو كليهما .

**الإمراض** : كثـيراً مـا لا يستطـاع توضيح أسبـاب الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن . ويمكن الحصول على بعض الدلائل على وجود أرج بـالتماس في بعض الأحيـان بواسطـة الاختبـارات الرقعيـة . وتتدخل في هذه الحالة ظاهرةُ تجذُّرٍ غير عادية مع اندفاعات حويصـليـة من نموذج خلل التعرق الخفيف . وقد توجد عوامل شخصية مؤهبة ( وتأتبٌ أيضاً ) في بعض حالات هذا التفاعل الالتهابي مفرط التقرن على الأقل . ويجب أخذ قصة سريرية دقيقة بالرغم من أنها تخفق عادة في الوصول إلى ما قد يشـير إلى الأسبـاب . ويجب نفي وجود تحسس من النيكـل والكروم والمستأرجات الأخرى بالتماس .

**الموجودات السريرية** : تشاهد بشكل رئيسي عند الأشخاص بين الأعمـار ٣٠ - ٥٠ سنـة . وتتـألف العـلامات السريرية الرئيسيـة من بقع واضحـة الحدود ، ذات احمرار التهـابي مع تسمُّك مائل للصفرة في الطبقة المتقرنة ومن النموذج الشثني ، يرافقهـا تشققـات عميقـة ناجمة عن الجهد الآلي والجفـاف . وكثيراً ما تشاهد حويصلات صغيرة من نموذج خلل التعرق في النـواحي المصـــابـة لدى الفحص السـريري الدقيق والمتكرر ( راجع الشكل ١٢ - ٨ ) .

**السير** : سير الداء مزمن يمتد لعدة سنوات مع ميل ملحوظ نحو النكس .

**التشخيص التفريقي** : من الضروري بشكـل خاص هنا نفي الصداف الشائع ، والسعفات القدمية واليدوية المفرطة التقرن ، والحزاز المسطح مفرط التقرن ، والذأب الحمامي ، والإفرنجي الثانوي . ومن المهم التفكير أيضاً بخلل التعرق . ويجب فحص المريض بدقة فائقـة لأن الفحص النسيجي لا يوفر بالضرورة تشخيصـاً أكثر تأكيداً ، إلا أن الخزعة يمكنها أن تثبت وجود التهـاب جلدي . ويجب إيقاف العامل المؤرج بالتماس أو الحد منه .

**المعالجة** : صعبة جداً ، ومن الأهمية بمكان حث المريض على المعالجة الفعّالة . ومن المفيد وصف المراهم الدهنية المضاف إليها الستـيروئيدات القشـرية السكرية فائقة الشدّة وتطبيقها تحت عصـائب كتيمة لدينية ولمدة ١٢ سـاعة بشكل متناوب مع المعالجات المضـادّة للصـداف مثـل الأنترالين بتراكيز متزايدة (٠,١٪ - ٢٪) وذلك ضـمن سـواغ من الوذلين مع مراهم حاوية على حمض الصفصاف بنسبة (٣٪) أو معجون الزنك الحاوي على حمض الصفصـاف بتركيز (٥٪) . ويمكن أيضـاً استخـدام المراهـم التركيبيـة الحاوية على حمض الصفصـــاف [ حمض الصـفـصـــاف ١٠ - ٢٠ ، ديـاكيـلـون Ungt. Diachylon - ٤٠ وبيتـا ميتـازون دي بروبيـونات ٠,١٪ حـتى ١٠٠ ] ، أو المستحضرات التجـاريـة . ويمكن تطبيق مراهم حمض اللبن بالتناوب مع مراهم الستيروئيدات القشرية . كما وجد أن تطبيق أشعة X اللينة ( ذات الشدة ٣ × ١ Gy بفواصـل زمنية من ٨ - ١٠ أيام ) تفيد في بعض الحالات . ويمكـن تجريب الريتيـنـوئيـدات العطـريـة ( ايـترتينـات ١٠ - ٢٠ ملغ/ يوميـاً ) إذا كان التشـريح المرضي النسجي يسمح بذلك .

## التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس :

*مرادفات* : الإكزيمة الأرجية الحادة بالتماس ، التهاب الجلد الأرجي المزمن بالتماس ، الإكزيمة الشائعة .

**التعريف** : تعتبر هاتين الحالتين شكلين قطبيين لحدثية مرضية واحدة تتميز بتظاهرات جلدية مختلفة ، ناجمة عن الأرج الجلدي بالتماس . هذه الحدثية عبارة عن تفاعل التهابي موضع في الأدمة العليا يشكل مع التبدلات البشروية النموذجية وحدة قائمة بذاتها من الناحية التشريحية المرضية النسجية والسريرية . تنجم جميع أشكال التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس عن فرط الحساسية من النموذج الآجل والمتواسط بالخلايا ( النموذج IV من تفاعل كومبس وجِلْ (Coombs and Gell) ) مع تبدلات بشروية . يكون المريض محسَّساً سابقاً بالتماس مع المستأرج ولذلك يصبح مفرط الحساسية تجاه هذا المستأرج . ويؤدي التماس الجديد مع المستأرج هذا إلى حدوث التهاب جلد بالتماس ، حاداً أو تحت حاد أو مزمن . وتدعى التفاعلات الأرجية الحادّة بالتماس « التهاب جلد بالتماس » بينما تدعى الأشكال المزمنة « بالإكزيمة المزمنة » .

**الحدوث** : تتراوح نسبة الإصابة بالتهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس بين ٥ ـ ١٥٪ من أصل جميع الجلادات التي يراجع المرضى العيادات الجلدية من أجلها . وتبلغ نسبة الإصابة في البلدان الصناعية (١ ـ ٢٪) أعلى من نسبة الإصابة في البلدان الزراعية . وإن إكزيمة اليدين أكثر شيوعاً عند الإناث وإن هناك ميلاً عائلياً للإصابة بالإكزيمة . وينجم الكثير من أنواع الإكزيمة المهنية عن الأرج بالتماس .

**الإمراض** : يتطور التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس فقط إذا كان الجلد محسساً سابقاً بالتماس الدموي أو بالتماس الخارجي المنشأ مع المستأرج المناسب بالتماس . ولقد وجد بعض الميل الوراثي للإصابة بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس عند الخنزير الغيني ( في حقل التجارب ) وعند الإنسان أحياناً . وفيما يلي بعض الوجهات الهامة فيما يخص الآلية الإمراضية للتفاعلات الأرجية بالتماس :

*التحسيس Sensitization :*

يصاب فقط أشخاص معينون وفي ظروف متشابهة بإكزيمة اليدين الأرجية المزمنة مما يشير إلى أن القابلية للتحسس والاستعداد للأرج بالتماس يعتبر عاملاً مهماً في الآلية الإمراضية . وتشير الأبحاث الحديثة على وجود اختلاف في القابلية للتحسس يعتمد على جهاز المستضدات النسيجية (HLA) . ويبدو أن المركب HLA A3 و HLA B7 يجعل الشخص أكثر قابلية للتحسس ، بينما يبدو أن الصداف يخفف من القابلية للتحسس وبالتالي للتحسيس بالتماس . ومن العوامل الأكثر أهمية في منشأ الأكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس : الأهبة العائلية ، والاضطرابات الاستقلابية ( الداء السكري ، فرط نشاط الدرق ) ، والاضطرابات العصبية ( الشلل ) ، واضطرابات الجملة العصبية الذاتية التي تتداخل في تعصيب الأوعية الجلدية ( زرقة النهايات ، الجلد المرمري "Cutis Marmorata" ) ، واضطرابات هيوجية الجلد .

*عوامل موضعية :*

ينشأ كل من التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس والإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس عن التماس مع مواد موجودة في البيئة ( المستأرجات بالتماس ) . ويبدأ التحسس بدخول المستأرجات بالتماس إلى البشرة ، وهي عادة مركبات ذات وزن جزيئي صغير . وينشط فعل العبور إلى الجلد وحدوث التحسس في الحالات المرضية التي تبدل من فيزيولوجية سطح الجلد . وقد تكون العوامل التالية ذات أهمية في هذا الصدد :

١ ـ *اضطراب القدرة الدارئة الفيزيولوجية لسطح الجلد :* تخرب قلوي في جلد اليدين ناجم عن التماس الزائد مع الصوابين والإسمنت أو عصير الليمون .

٢ ـ *اضطراب في التصاق الخلايا المتقرنة ضمن الطبقة المتقرنة :* كما في خلل التعرق أو السعفات اليدوية والقدمية المترافقة مع التحوصل والتآكل ، جفاف الجلد بسبب التنظيف الزائد .

٣ ـ *تعطين الجلد Skin Maceration :* كما في المذح المزمن ، وداء الأفوات الفطري في القدمين ، والتهاب الأذن المزمن المترافق مع تشكل القيح ، والتعطين حول النواسير أو القرحات أو الفوهات .

٤ ـ *وجود الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة :* يسبق هذا النوع من الإكزيمة الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس في بعض المهن ( عمال البناء ) .

وبالرغم من أننا لسنا متأكدين من كيفية زيادة القابلية للتحسس بفعل هذه العوامل عند الأشخاص ، إلا أننا واثقين من أنها تزيد من عبور المستأرجات بالتماس إلى البشرة .

**التحسيس بالتماس Contact Sensitization :**

يبدأ التحسيس بالتماس عند التماس مع المستأرجات

Allergens وينتهي بتشكل وتكاثر لمفاويات تائية محسَّسة ونوعية في العقد اللمفية لا تلبث أن تُحرر إلى الدوران الدموي ثم تعود إلى الجلد . ويمكن التميز بين التفاعل الأولي الذي يؤدي إلى التحسيس أو ما يدعى بطور التحريض ( الوارد ) وبين التفاعل الثانوي أو طور الظهور ( الصاعد ) الذي يؤدي إلى تفاعل أرجي مرئيٍّ سريرياً ( التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس أو الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس ) .

١ - *طور التحريض Induction Phase* : المستأرجات بالتماس عبارة عن مركبات معروفة جيداً من الناحية الكيميائية ، وزنها الجزيئي منخفض نسبياً ، وقد تكون عبارة عن شوارد مثل النيكل والكوبالت وثاني الكرومات . وتختلف المستأرجات بالتماس عن بعضها بشدة تحسيسها ، وهذا يعتمد أيضاً على تركيز المستأرج ومدة تأثيره ... إلا أنه لا يمكن الاستنتاج بشكل أكيد عن شدة التحسس لمستأرج ما اعتماداً على بنيته الكيميائية . فهناك محسّسات قوية تؤدي إلى أرج بالتماس عند كل الأشخاص تقريباً مثل مركبات البنزين البديلة : ٢ - ٤ دي نتروكلوروبنزين (DNCB) الذي تم استخدامه بشكل واسع في البحث العلمي التجريبي المتعلق بموضوع الأرج بالتماس . وقد يؤدي تماسٌّ وحيد إلى حدوث تحسس عند الفرد خلال فترة زمنية تتراوح بين ٤ - ٢٠ يوماً . وقد ينجم الأرج بالتماس عن كلوريد البكريل (Picryl Chloride) والمستأرجات النباتية مثل البريمين الموجود في Primula Obconica ، أو المادة Pentadecatechol الموجود في فصيلة Rhus ، أو الديزوكسي لاباكول الموجود في فصيلة Teak ، أو أشكال معيّنة من الدالبيرجيون الموجودة في فصائل Palisander ، ومواد أخرى مثل حمض الثيوغليكوليك . ومن المواد ذات الفعل التحسسي الخفيف للإنسان نذكر النيكل وشوارد ثاني الكرومات . وفي كثير من الأحيان تؤدي هذه المواد إلى إكزيمة أرجية بعد سنوات طويلة من التماس مثل إكزيمة الكروم عند عمال البناء .

ويبدو أن المستأرجات بالتماس ليست مستضدات عندما تدخل إلى البشرة ، وإنما هي مولدات جزئية للأضداد أو نواشب Haptens ( مستضدات جزئية ) عليها أن ترتبط مع البروتينات برابطة تساهمية ( بروتينات البشرة أو الأدمة أو المصل ؟ ) حتى تؤلف بنيات مستضدية كاملة . لقد تم تركيز الاهتمام في العقد الأخير على آليات التعرف على المستأرج بالتماس من قبل خلايا الجهاز المناعي المحيطي ، لذلك تعتبر الفكرة التالية مقبولة بشكل جيد وهي أنه توجد خلايا بشروية تعضية نوعية بشكل كبير تقدم المستأرجات بالتماس وهي خلايا لانغرهانس ، هذه الخلايا هي التي تقتنص المستأرجات بالتماس . وإذا كانت هذه الخلايا لا تشكل أكثر من ٣ - ٥٪ من مجموع الخلايا البشروية لكنها تشكل مع تغصناتها شبكة داخل بشروية تقتنص وتؤثر في الجزئيات الغريبة مثل الجراثيم والحمات الراشحة والفطور والمواد الكيميائية . وبالدراسة المستدقة لبنية هذه الخلايا تبين أنها تحتوي على جسيمات فريدة ومميزة تدعى بحبيبات بيربيك Birbeek . وإن خلايا لانغرهانس لا توجد في البشرة فحسب ، بل توجد في الأدمة والعقد اللمفية أيضاً . ومن المقبول في الوقت الحاضر أن هذه الخلايا تثبت المستأرجات بالتماس وتؤثر وتبدل بها بحيث تصبح جاهزة لتقديمها إلى الخلايا اللمفاوية التائية وهي مرتبطة بالمستضدات النسيجية من الصف الثاني (HLA – DR) . وما لم تتم هذه الحدثية في مناطق متعددة ، يبدو أن المنطقة القشرية للعقد اللمفية الناحيّة هي الناحية البدئية الحاوية على خلايا لمفاوية تائية غير محسسة يتم تحريضها على التكاثر استجابة لمستضد محدّد . تؤدي هذه الحدثية إلى تطوير نسائل من خلايا الذاكرة التائية النوعية للمستضد ، والتي تتكاثر بدورها وتعمل كخلايا محرِّضة بعد أن تتعرف على المستأرج هذا مرة أخرى من خلال جزيئاتها الفريدة المستقبلة للمستضد . وتتم السيطرة على آلية التكاثر المعقدة هذه بواسطة خلايا تائية أخرى هي الخلايا التائية المثبطة . وبعد أن تبدأ هذه الحدثية تغادر خلايا الذاكرة العقد اللمفية وتستطيع التحرك باتجاه الجلد حيث تمثل هناك المسلك المحرض للمراقبة المناعية الموضعية . وتنهي هذه الحدثية طور التحريض أو التحسيس والذي تصل مدته من ٥ - ٧ أيام وهو أقصر بكثير من زمن تحريض الأضداد الخلطية . وهذه الآلية تؤدي إلى تحسيس طويل الأمد ( سنواتٌ أو عقود من عمر الإنسان ) للجهاز المناعي تجاه المستأرج بالتماس .

٢ - *طور الظهور ( الصادر ) أو طور التفاعل* : بعد أن يتم تحسس الشخص لمستأرج أو عدة مستأرجات بالتماس ، فإن التماس الجديد مع المستأرج نفسه ولو بتراكيز خفيفة يؤدي إلى حدوث استجابة جلدية تتظاهر على شكل التهاب جلد أرجي حاد بالتماس أو إكزيمة أرجية مزمنة بالتماس . لا يحدث التفاعل مباشرة وإنما يؤجل إلى مدة قدرها ٨ ساعات على الأقل وحتى ٢٤ - ٤٨ ساعة في العادة . ومن هنا جاءت التسمية : تفاعل إو إكزيمة من النموذج الآجل . ويختلف زمن حدوث التفاعل باختلاف قوة المستأرج بالتماس وقدرته على النفوذ إلى الجلد ( نفوذ آجل في الراحتين والأخمصين ) وعلى درجة التحسيس . هذا التفاعل المتواسط بالخلايا يتوافق مع التفاعل المناعي من النموذج الرابع (IV) كما هو مُعرَّف من قبل Coombs و Gell . لذلك لا يتم نقل التحسس تجاه المستأرج بالتماس بواسطة المصل وإنما يتم بواسطة نسائل من الخلايا التائية المحسَّسة الموافقة .

وهذا ما أثبتته دراسات لاندستيز Landsteiner على حيوانات التجربة . وتستطيع هذه الخلايا اللمفاوية أن تثبت المستأرج بالتماس بواسطة مستقبلاتها النوعية وتؤدي بالنتيجة إلى تفعيل هذه الخلايا . بعد ذلك تترافق هذه الظاهرة مع سلسلة من التفاعلات تتضمن تحرير أنواع مختلفة من Cytokines مثل الـ ( IL2 ، IL4 ، IL – 6 ، IL – 8 ، IFNs ... إلخ . ) .

ولقد أصبح من الواضح مؤخراً أن الخلايا التائية جميعها لا تفرز نفس السيتوكين Cytokine وإنما يعتمد نموذج الإفراز على الأنواع الفرعية من الخلايا المحرِّضة أو المفعَّلة . وبشكل عام ليس للسيتوكين Cytokine خلايا هدفية نوعية وإنما هي ذات قوى متعددة وتمارس تأثيرها على نماذج خلوية مختلفة وتشارك في التفاعل الالتهابي في مكان التماس مع المستأرج وتؤدي هذه العملية في النهاية إلى حدوث التظاهرات الخاصة بالتهاب الجلد بالتماس أو إكزيمة التماس .

ومن المحتمل جداً أن الخلايا البائية تتحرض أيضاً مثل الخلايا التائية خلال طور التحريض وتؤدي إلى تشكل أضداد خلطية . ونحن لا ندرك أهمية هذه الأضداد الخلطية في التهاب الجلد الأرجي بالتماس . ويبدو أنه يمكن أن تتشكل معقدات مناعية في بعض الأحيان خلال طور الاندفاع الحاد . وتشير الخبرات السريرية إلى أنّ كلاً من التهاب الجلد الأرجي بالتماس والاكزيمة الأرجية بالتماس قادر على تشكيل تفاعلات معمَّمة . وتدعى هذه الظاهرة : ظاهرة الانتشار أيضاً ، حيث تظهر حطاطات حويصلية تبدأ في ناحية التهاب الجلد أو الإكزيمة الأوليين ، وتكون هذه الحطاطات الحويصلية متعلقة أول الأمر بالجريبات الشعرية ثم تتظاهر على شكل تبدلات إكزيمية منتشرة في نواحٍ بعيدة عن الاندفاع الأولي . هذا التفاعل يفسَّر بطريقتين : إمّا أن المستأرج ينتقل عن طريق الدم إلى نواحي أخرى من الجلد حيث يصادف فيها الخلايا اللمفاوية التائية المحسَّسة ، أو أن اللمفوكين Lymphokines التي تصنّعها الخلايا اللمفاوية التائية في مكان التماس تدخل الدوران الدموي وتصبح مسؤولة عن الآفات البعيدة عن الاندفاع الأولي . وتظهر تفاعلات متناظرة منتشرة على مساحات واسعة من الجلد إذا تناول الفرد المستأرج عن طريق الفم أو الحقن ( كدواء ) وهذا ما يدعى بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس الدموي المنشأ .

**المستأرجات بالتماس Contact Allergen** : إنّ عدد المستأرجات بالتماس هائل ويتزايد باستمرار . والوزن الجزيئي لهذه المستأرجات أقل من (١٠٠٠) عادة . ولقد اتهمت بعض المواد ذات الوزن الجزيئي العالي كالبروتينات فقط بإحداث الأرج بالتماس أحياناً باعتبارها مستأرجات بالتماس ، مثال : التهاب الجلد البروتيني على أيدي العاملين في المطابخ . وتؤدي المستأرجات بالتماس وذات القدرة التحسسية العالية إلى حدوث التهاب جلد أرجي حاد بالتماس ، وأمثلة على هذه المواد : نظائر البنزين المستبدلة DNCB ، بارافينيلين ديامين ، أنواع معينة من السلفوناميدات ، المستأرجات النباتية (Primule Obconica) وسُمّ اللبلاب ((Rhus Toxicodendron) ، والزيوت الأساسية ، والتربنتين ، والصادّات . أما المستأرجات بالتماس وذات القوة التحسسية الخفيفة فتؤدي إلى حدوث إكزيمة أرجية مزمنة بالتماس ، مثل الشوارد المعدنية ( النيكل ، الكروميات ، الكوبالت ) ، والتترامثيل ثيورام Tetramethylthiuram : إكزيمة النيكل ( القطع المعدنية الموجودة في الملابس ، الأزرار ... إلخ ) أو إكزيمة الكروم ( عند عمال البناء ) وإكزيمة المطاط ( عند ربات البيوت ) .

وتعرف المستأرجات بالتماس بشكل أكيد عندما تؤخذ القصة السريرية من المريض المصاب بالتهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس ، وذلك على عكس الحال في الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس التي تسببها مواد محسِّسة غير معروفة يصادفها المريض في مهنته أو لدى ممارسته لحياته اليومية .

*تحديد المستأرج المُسَبِّب بالتماس :*

وهذا أهم واجب يقع على عاتق الطبيب لأن الآفة تشفى من تلقاء نفسها بمجرد الابتعاد عن العامل المسبّب والمحسس . وينصح عادة باتباع ما يلي :

- *القصة السريرية :* كثيراً ما تشير القصة السريرية المأخوذة بدقة إلى المستأرج بالتماس في حالات التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس . يصرح المريض بأن الناحية الجلدية المصابة بالتهاب جلد حاد قد عولجت بعنصر ما أو كانت على تماس مع أدوات أو مواد معينة . وهذا هو حال الأمثلة التالية : التهاب الجلد اليودي ، التهاب الجلد الناجم عن إطار القبّعة ، التهاب الجلد الناجم عن الشريط اللاصق . وينحصر التهاب الجلد فيها على مناطق التماس فقط . وقد ينجم التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس عن المراهم وما يدخل في تركيبها من مواد كالسلفوناميدات والصادات والمبنجات الموضعية ( بنزوكائين ) حيث يتوضع الاندفاع على الناحية المطبق عليها المرهم ولكنه قد يبدي امتداداً موضعياً ومعمّماً أيضاً . وقد ينجم التهاب الجلد الأرجي الحاد بالتماس عن مستأرجات محمولة بالهواء لدى إرذاذها ، ومن أمثلتها : التربنتين ، الأصبغة ، العطور والارذاذات المختلفة أو الزيوت الأساسية التي تصيب الأجزاء المكشوفة من الجسم : كالوجه والعنق وظهر اليدين والساعدين ، وربما الساقين . وينطبق الأمر ذاته على التهاب

الجلد الأرجي الضيائي بالتماس المسبب عن أشعة الشمس . وعلى عكس الأمر السابق فكثيراً لا يعرف المريض المصاب بالإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس العامل المسبب المحسِّس . ويحدث هذا النوع من الإكزيمة بشكل بدئي على ظهر اليدين والعنق والمفاصل والصفن ، وبشكل أندر على الرأس والظهر والراحتين والأخمصين . ويجب التعرف على المستأرج بالتماس باستجواب المريض بدقة . ومن الأهمية بمكان أيضاً ملاحظة المكان الذي توضعت فيه الاندفاعات البدئية ، ويجب طرح بعض الأسئلة الخاصة التي تتعلق بنمط الحياة والمهنة والهوايات والمواد الموجودة في البيئة .

**الجدول ١٢ ـ ١** : نواحي الجسم والمستأرجات بالتماس ذات الأهمية

| توضع التفاعل الجلدي | المستأرجات بالتماس |
|---|---|
| الفروة | مواد تزيين الشعر ، المزوقات ، دبابيس الشعر ، الشامبو . |
| الجبهة | رباط القبّعة ، شبكة الأشعار . |
| الأجفان | المعالجات الموضعية ، المزوقات ، غبار الطلع ، طلاء الأظافر ، العين الزجاجية . |
| الأذنين | المعالجات الموضعية ، الحلي ( الحلق أو الأقراط ) ، النظارات . |
| الفم | الأغذية ، المزوقات ، المعالجات الموضعية ، معجون الأسنان ، الأسنان الصناعية . |
| الوجه | المزوقات ، معاجين الحلاقة ، المحاليل المستعملة ما بعد الحلاقة ، المعالجات الموضعية . |
| العنق | الملابس ، الأصبغة ، الحُلي ، المزوقات ، الصوف ، الفراء . |
| الإبط | العطورات ، واقيات الملابس ( الفورمالين ) ، الملابس الزرقاء السوداء القاتمة ، مزيلات الأشعار ، الصوابين ، مزيلات التعرق الإرذاذية أو المساحيق . |
| الجذع | الملابس ( الأصبغة ، مواد الإنهاء ، المطاط ، النيكل ) القطع المعدنية ( نيكل ) ، المزوقات . |
| الأعضاء التناسلية | الواقي الذكري ( المطاط ، المواد القاتلة للنطف ) ، التحاميل المهبلية ، المواد المانعة للحمل ، الصوابين ، المواد المطهرة ، المعالجات الموضعية . |
| الذراعين | الأقمشة ( الأصبغة ) ، الحلي ، المزوقات . |
| اليدين | الجلد ( ثاني كرومات ) ، القفازات ، الأصبغة ، الحُلي ، المزوقات ، المطاط ، المواد المستخدمة مهنياً . |
| الساقين | المعالجات الموضعية ، المزوقات ، الجوارب ( المواد الصناعية ) أربطة الجوارب ( المطاط ) . |
| الجزء السفلي من الساق مع قرحة الساق | بنزوكائين ، لانولين ، أغوال الصدف ، مركبات البارابنزين . |
| ظهر القدم | مواد الأحذية ، أصبغة الجوارب ، الأدوية المضادة للفطور . |
| الناحية حول الشرج | المناديل الورقية ( الأصبغة ) ، المواد المنظفة ، المراهم ، التحاميل الشرجية ، المواد المطهرة ، المعالجات الموضعية . |

لقد أمكن في كثير من الأحيان تعيين المستأرج بالتماس بعد أخذ قصة سريرية جيدة وفحص مكان توضع الآفة البدئي ، ويمكن التميز بين المستأرجات بالتماس المهنية والمواد التي تصادف خلال الحياة اليومية ، والمستأرجات الدوائية . وكثيراً ما تصادف المستأرجات بالتماس التالية في حياتنا اليومية :

ـ *المستأرجات ( المواد المؤرجة ) بالتماس الموجودة في النباتات :*

تختلف نسبة الإصابة بالتهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس أو الإكزيمة الأرجية المزمنة بالتماس الناجمة عن مستأرجات بالتماس والموجودة في النباتات من بلدٍ إلى آخر .

وتوجد هذه المواد في الجذوع والأوراق والأزهار وكذلك في الجذور . ومن بين أكثر نباتات الزينة التي تحدث تفاعلات بالتماس نذكر زهرة الربيع والخزامى و **Philodendron** والأقحوان والنرجس والمكحَّلة .

لقد كان من الشائع جداً حدوث الأرج من زهرة الربيع الناجم عن البريمين **(2 – methoxy – 6 – pentyl – 1, 4 – benzoquinone)** وذلك قبل البدء بزرع سلالات من فصيلة **Primula Obconica** لا تفرز البريمين . وقد يصاب شخص ما محسَّسٌ سابقاً بالتهاب جلد حاد أرجي بالتماس إذا ما دخل إلى حجرة حاوية على هذه الزهرات المنتجة للبريمين . ويحدث التهاب الجلد بشكل خاص في المناطق المعرضة للضياء ( الوجه ، اليدين ، العنق ) . وفي هذه الحالات ( التهاب جلد بالتماس ناجم عن مواد محمولة بالهواء ) ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد الأرجي الضيائي بالتماس أو التهاب الجلد الانسمامي الضيائي بالتماس وذلك بسبب توضع التبدلات الجلدية .

يؤدي التماس المديد مع بصلات الخزامي والنرجس إلى حدوث إكزيمة تشققية مفرطة التقرن على الأصابع في نقاط التماس . ويندر حدوث أرج بالتماس مع الخضار والفواكه ، لكنه شائع لدى التماس مع المنكّهات والبهارات مثل ورق الغار والبابونج والفانيلا والقرفة والفلفل الأحمر وجوزة الطيب ، وهذا يعود بشكل خاص إلى أنها تستخدم على شكل قطع صغيرة جداً جداً كعطور داخلة في تركيب المواد المزوقة والصوابين والعناصر العلاجية الموضعية ، وهناك مستأرجات بالتماس في كثير من الغابات الاستوائية .

*– مستأرجات بالتماس الموجودة في المعالجات الموضعية :*

*يمكن للمواد التي تشكل سواغ المراهم والرهيات والمعاجين أن تكون مستأرجات بالتماس ونذكر من هذه المواد : اللانولين والشحوم والأغوال الصوفية والمواد الحافظة . وكذلك يمكن للعناصر الفعّالة في هذه المستحضرات الطبية أن تكون مؤرجة بالتماس ، ونذكر من هذه المواد : الصادّات ، مضادات الفطور ، المواد الكيمياوية العلاجية ، العناصر المطهّرة ، المنجات الموضعية ، المنتول ، التيمول ، الريزورسين ، بلسم البيرو ، ثاني كلوريد الزئبق ، الزئبق النشادري ، الفورمول ، الكافور* **Camphor** *( راجع الجدول ١٢ : ٢ ) .*

*– المستأرجات بالتماس والموجودة في الملابس والمجوهرات :*

● *الشوارد :* الكرومات ، النيكل ، الكوبالت ، الكادميوم الموجود في المجوهرات كالخواتم والأساور والأقراط والأطواق ، أو ما يوجد في القطع المعدنية الملحقة بالملابس الداخلية .

● *مكوّنات المطاط :* المطاط ( المواد المسرّعة أو المنشطة ، المواد المضادة للتأكسد والأصبغة الموجودة في المطاط ) ، ما يوجد في الحلقات المطاطية ، الملابس المطاطية ، القفازات المطاطية ... إلخ .

● *الأصبغة :* وبشكل خاص الأصبغة السوداء أو الزرقاء القاتمة المستخدمة في الفراء السوداء أو الملابس الداخلية السوداء . (P – Phenylenediamine)

● *الجلود :* الكرومات ، الأصبغة ، مواد الدباغة .

**الجدول ١٢ ـ ٢ : وسائط التشخيص المخبري ، تفاعل أرجي بالتماس ناجم عن مكونات السواغ أو الصادات**

| مادة الاختبار | تركيز الاختبار (٪) | سواغ الاختبار |
|---|---|---|
| **السواغات** | | |
| شحم الخنزير | ١٠٠ | – |
| حمض البوريك | ٢,٥ | وذلين |
| Carbowax × ٤٠٠ | ١٠٠ | – |
| Cetylyridinium Chloride | ٠,٥ | وذلين |
| لانولين | ١٠٠ | – |
| Sodium Pentachlorophenolate | ٠,٥ | $H_2O$ |
| صبغة الجاوي | ١٠ | غول |
| هيدروكينون | ١ | وذلين |
| Carbowax × ١٥٠٠ | ١٠٠ | – |
| تري إيتانولامين | ٠,٥ | $H_2O$ |
| غليسيريل مونوستيرات | ١٠٠ | – |
| Carbowax × ٤٠٠٠ | ١٠٠ | – |
| **سلسلة الصادات :** | | |
| باسيتراسين | ٥ | Eucerin |
| كلورامفينكول | ١ | وذلين |
| كانامايسين | ٥ | وذلين |
| أوكسي تتراسيكلين | ٣ | وذلين |
| باروموميسين | ٥ | وذلين |
| كلوروتتراسيكلين | ٣ | وذلين |
| تتراسيكلين | ٣ | وذلين |
| ستربتومايسين | ٥ | وذلين |
| تيروثريسين | ٠,٥ | وذلين |
| ثيوغليسرول | ٠,١ | زيت الزيتون |
| بيبرازين | ٥ | $H_2O$ |

*– المستأرجات بالتماس والموجودة في المزوقات :*

تتضمن المستأرجات الموجودة في المزوقات : الأغوال الصوفية واللانولين والأوسيرين **Eucerin** والمواد المحافظة ( مركبات البارابنزين ، كلورأسيتاميد ) . ومن المواد الأخرى التي قد تكون مؤرجة : الأصبغة في طلاء الأظافر وأقلام التخطيط الخاصة بالحاجبين ، المواد القاصرة ، المحاليل المجعدة

للشعر (Thioglycollate) ، والرواتين اللدينية في طلاء الأظافر ، شذا العطورات ، ماء الكولونيا ... إلخ ، المواد المزيلة لرائحة العرق ( هكساكلوروفين ، كلوروأسيتاميد ، مركبات البارابنزين ) ، وبشكل خاص الصوابين المعطرة . وأخيراً فإن العطور نفسها كثيراً ما تحوي على مستأرجات بالتماس مثل السينامالديهيد ، مسك العنبر ، وبلسم البيرو .

– *مستأرجات التماس المهنية :*

إن عدد المستأرجات بالتماس في المهن المختلفة هائل جداً ، وتختلف أنواع هذه المواد باختلاف المهن ، ويقع على عاتق الطبيب الجلدي المتخصص بالأرج مهمة تحديد المادة المؤرجة ، ونوضح هنا بعض الملاحظات العامة :

● *الخبّازون :* الملونات ، الخميرة ( كربونات الأمونيوم ) المواد المنكّهة ( زيت الليمون ، زيت اللوز المرّ ) ، المواد الحافظة ( حمض البنزوئيك ، استرات حمض ب – هيدوكسي بنزوئيك ) ، البهارات ( القرفة ) .

● *العاملون في المكاتب :* الحبر ، ورق الكربون ، الأقلام الملونة ، أصبغة الطباعة ، المواد اللاصقة .

● *الكهربائيون :* المواد العازلة ، المطاط وملحقاته ، البلاستيك ( فورمالين ) .

● *الحلاقون :* أصبغة الشعر ، المواد القاصرة ، المواد المثبتة ، المواد المجعدّة ( مشتقات حمض ثيوغليكوليك ) ، الأملاح المعدنية ، العطورات ، المطاط ملحقاته .

● *ربات البيوت :* مواد الغسيل ، مكونات الصوابين والمواد المنظفة ( المبيضات ، الستيلبين ) التربنتين ( ملمعّات الأحذية والبلاط ) المواد المستخدمة لدى تحضير الخبز ، المطاط وملحقاته ، أملاح النيكل والكروم ، الكريمات المستخدمة في العناية بالبشرة .

● *المهن المتعلقة بالطب :* العناصر المطهرة ( مشتقات الفينول ، اليود ، الفورمالين ، أملاح الزئبق ، مركبات الأمونيوم الرباعية ) ، المبنجات الموضعية ( البروكائين ، البانتوكائين ) المواد الدوائية الكيميائية والصادات ( ستربتومايسين ، البنسلين ، النيومايسين ، الباستراسين ، الجنتامايسين ) ، السلفوناميدات ، الزيوت الأساسية ( في المراهم ) أو الأدوية العصبية ( كلوروبرومازين ) .

● *الزراعة :* الزيزفون ، الأسمدة ، مضادات الحشرات ( مشتقات الفينول ، مركبات الزرنيخ ، مركبات الزئبق العطرية ) الزيوت المزلّقة وزيوت المحركات ( الديزل ) .

● *عمال البناء :* ( الكرومات ، الكوبالت ، النيكل ) أملاحها الموجودة في الإسمنت والمواد المصلبة له .

● *عمال المعادن :* الزيوت وما يضاف إليها ، الشحوم المزلقة ، الزيوت الثاقبة ، مواد الصّهر واللحام ، مضافات البنزين ، المضافات إلى محاليل التبريد ، العناصر المضادة للتأكسد .

● *عمال الغزل والنسيج :* الأصبغة ، المواد اللازمة لإضفاء اللمسات الأخيرة ، المرسّخات ، عناصر التشريب ، المركبات المطاطية ، والتي يمكن أن تتواجد جميعها في قطع القماش الجاهزة .

ويجب أن نعلم دوماً أنه يمكن العثور على عدد من المواد المؤرجة بالتماس في مستحضر تزويقي واحد أو في دواء موضعي أو مادة مهنية . وعلى سبيل المثال فإن الأرج بالتماس مع رهيم حاوٍ على الصادّات ، قد يكون ناجماً عن الصادّ نفسه أو عن المكونات الداخلة في تركيب أساس الرهيم مثل الأغوال الصوفية ، وكذلك قد ينجم الأرج من المواد المنظفة عن المبيّضات ( مشتقات الستيلبين ثنائي النشادر ) أو عن الشوارد المعدنية مثل الكرومات والنيكل والكوبالت أو عن كليهما .

**الاختبارات الرقعية Patch Testing :** يمكن للاختبارات الرقعية أن تعطي معلومات أكيدة عن أسباب التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس وذلك بتقليص طيف المواد المؤرجة . وتتضمن الاختبارات الرقعية إحداث التهاب جلد حاد أرجي بالتماس في ناحية محدودة . ومن الهام جداً التمييز بين التفاعلات الأرجية والتفاعلات التخريشية واللانوعية . ولا تجري هذه الاختبارات إلا حين الضرورة فقط وذلك بسبب احتمال إحداثها للأرج بالتماس ( الشكل ١٢ – ٩ ) .

*الطريقة Procedure :* تستخدم مواد الاختبار بتركيز مناسب حيث تمدد ( بالزيت أو الماء أو الوذلين ) وتوضع على شريط لاصق تجاري أو ضمن خلية معدنية ، ويجب أن يلتصق كل منهما بالجلد بشكل جيد وكامل قدر الإمكان .

*ناحية إجراء الاختبار :* على الظهر عادة فوق مستوى الخاصرة .

*مواد الاختبار :* يتم انتخاب هذه المواد بناءً على القصة السريرية ( الأدوية ، المواد المهنية ، المواد التي تصادف في أوقات الراحة والتنزه ، أو المزوقات أو الملابس وغيرها ) .

*تركيز مواد الاختبار Test Concentration :* يجب أن يكون التركيز مناسباً بحيث لا تؤدي المادة إلى تفاعل مرئي في الجلد

السويّ ، لأن الاختبارات الرقعية صُمِّمت للكشف عن وجود تفاعل أرجي بالتماس . وعندئذٍ يمكن نفي التفاعل التخريشي بالتماس .

ويمكن استخدام المعالجات الدوائية الموضعية دون تمديد كمواد للاختبارات الرقعية . وعلى كل توجد جداول ذات شرح مفصلٍ عن تراكيز مواد الاختبار وسواغاتها المناسبة ( زيت ، ماء ، وذلين ... إلخ ) كما في المجموعة الأوربية والأمريكية للمواد التي تحدث التهاب الجلد بالتماس وهي عبارة عن سلسلة من مواد الاختبار المعيارية ، وتشير إلى أهم ٢٠ مادة مؤرجة بالتماس .

**الجدول ١٢ ـ ٣** : مجموعة مواد الاختبار التشخيصي : التهاب الجلد الأرجي بالتماس عند الخبازين والدهانين

| مادة الاختبار | تركيز الاختبار (٪) | سواغ الاختبار |
|---|---|---|
| ***سلسلة الخبازين :*** | | |
| بنزويل بيروكسيد | ١ | وذلين |
| حمض البنزوئيك | ١٠ | وذلين |
| حمض السوربيك | ٢,٥ | وذلين |
| المنتول | ١ | زيت الزيتون |
| أنيزول | ١٠ | زيت الزيتون |
| Dodecyl gallate | ٠,٢ | زيت الزيتون |
| زيت الليمون | ١ | إيتانول ٧٠٪ |
| القرفة | ٢,٥ | زيت الزيتون |
| فانيليا | ١ | $H_2O$ |
| بيرسلفات الأمونيا | ١ | $H_2O$ |
| كربونات الأمونيا | ٥ | $H_2O$ |
| برومات البوتاسيوم | ٥ | $H_2O$ |
| ***سلسلة الدهانين :*** | | |
| هيدروكينون | ١ | وذلين |
| بيتاكلوروفينول | ٠,٥ | $H_2O$ |
| ثري إيتانول أمين | ٠,٥ | $H_2O$ |
| مسكة الدمّر Dammar gum | ١ | كلوروفورم |
| Dibutyl Phthalate | ١٠٠ | ـ |
| أنيللين Aniline | ١ | وذلين |
| الليمونين ( زيت البيتين ) | ٥ | وذلين |
| السودان الثالث | ٠,٥ | زيت الزيتون |

*مدة التطبيق :* يجب أن يترك الشريط الحاوي على مادة الاختبار ملاصقاً للجلد لمدة ٤٨ ساعة .

*قراءة تفاعلات الاختبار :* تقرأ التفاعلات الناجمة عن الاختبار بعد ٤٨ ساعة حيث يزال الشريط اللاصق وتقرأ مرة أخرى بعد ٧٢ ساعة أو/ وبعد ٩٦ ساعة . وفي بعض الأحيان يجب مناطرة النتائج الآجلة والتي تظهر بعد أسبوع ، حيث يكثر حدوث التفاعلات الآجلة بشكل خاص في حالات الأرج بالتماس مع مادة الفينيلين ديامين والنيومايسين ، وقد لا ينتبه إليها إذا ما اتبعت الطريقة العادية للقراءة ( ٧٢ ـ ٩٦ ساعة ) .

*تقييم تفاعل الاختبار :* يجب إجراء الاختبارات الرقعية على جلد سويّ خالٍ من التظاهرات الإكزيمية أو الإكزيمة الهاجعة ، التي تؤدي إلى ظهور تفاعلات إيجابية لا نوعية ( وهذا ما يدعى بالظهر الغاضب أو متلازمة الجلد المُثار ) . ومن الأفضل أن تُجرى الاختبارات الرقعية بعد ٣ أسابيع من شفاء الأعراض الإكزيمية إذا كان ذلك ممكناً . ويجب أن تتوافق نتائج الاختبارات مع الموجودات والقصة السريرية قدر الإمكان وذلك قبل أن نتمكن من الاستنتاج بأنّ هذه المواد هي العامل المسبب للداء ( راجع الشكل ١٢ ـ ٩ ) .

تقرأ النتائج الإيجابية وتصنف على ثلاث درجات :

(+) : حمامى مع تفاعل شروي . (++) : حمامى مع تفاعل شروي وحطاطات إفرادية أو حطاطات حويصلية . (+++) : حمامى مع عدد كبير من الحويصلات أو الفقاعات .

ومن المهم جداً التمييز بين التفاعل الأرجي بالتماس ، والتفاعل التخريشي بالتماس كالذي يحدث بسبب تطبيق مادة الاختبار بتركيز عالٍ . ويتناقص شدة التفاعل خلال ٤٨ ساعة إذا كان تخريشياً بالتماس ( تفاعل من النموذج المتناقص أو التراجعي ) بينما يستمر التفاعل الأرجي بالتماس بالتزايد ( تفاعل من النموذج المتزايد ) .

**الجدول ١٢ ـ ٤** : مجموعة مواد الاختبار التشخيصي : المستأرجات الأوربية الشائعة

| مادة الاختبار | تركيز مادة الاختبار |
|---|---|
| ثاني كرومات البوتاسيوم | ٠,٥ |
| ثيورام المزيج(آ) | ١ |
| كلوريد الكوبالت II. $6H_2O$ | ١ |
| سلفات النيكل (II) $6H_2O$ | ٥ |
| أغوال اللانولين | ٣٠ |
| المزيج Mercapto( جـ ) | ٢ |

| | |
|---|---|
| بلسم البيرو | ٢٥ |
| الفورمالدهيد ( في الماء ) | ١ |
| إيتيلين ديامين دي هدروكلورايد | ١ |
| تربنتين | ١٠ |
| مزيج Paraben( هـ ) | ١٥ |
| الوذلين الأبيض | ١٠٠ |
| تيميرفانات الصوديوم | ٠,٠٥ |
| سلفات الكوبالت | ٢,٥ |
| ميركابتوبنزوثيازول | ٢ |
| ب – فينيلين ديامين | ١ |
| سلفات النيومايسين | ٢٠ |
| بنزوكائين | ٥ |
| روسين Rosin | ٢٠ |
| المزيج PPD( ب ) | ٠,٦ |
| إبوكسيد Epoxide | ١ |
| p – tert – Butylphenol/ formaldehyde resin | ١ |
| مزيج Fragrence( د ) | ٨ |
| كلوريد أميد الزئبق (II) | ١ |
| ( كلورو ) ميثيل – إيزوثيازولدن في الماء (٣ : ١) | ٠,٠١ |
| كليوكينول | ٥ |
| ثيوميرزال | ٠,٠٥ |
| ديامينو دي فينيل ميثان | ٠,٥ |
| مزيج الكينولين( و ) | ٦ |
| سلفات الجنتامايسين | ٢٠ |

**– إن سواغ الاختبار هو الوذلين إلا في الحالات التي ذكر فيها السواغ إلى جانب مادة الاختبار .**

---

( آ ) – Thiuram mix = ٠,٢٥٪ ثاني سلفات تترا – ايثيل ثيورام و ٠,٢٥٪ أحادي سلفات ترإيثيل ثيورام و ٠,٢٥٪ ثاني سلفات ترامثيل ثيورام و ٠,٢٥٪ ثاني سلفات دي بنتاميتلين ثيورام

( ب ) – PPD mix = ٠,٢٥٪ – Phenylcyclohexyl p – phenylenediamine و ٠,١٪ isopropylaminodiphenylamine و ٠,٢٥٪ diphenyl – p – phenylenediamine

( جـ ) – Mercapto mix = ٠,٥٪ mercaptobenzothiazole و ٠,٥٪ – N – cyclohexylbenzo thiazylsulfonamide و ٠,٥٪ – morpholinyl mercaptobenzothiazole و ٠,٥٪ dibenzothiazyl disulfide

( د ) – Fragrance mix = ١٪ cinnamic alcohol و ١٪ cinnamaldehyde و ١٪ eugenol و ١٪ amylcinnamaldehyde و ١٪ hydroxycitronellal و ١٪ geraniol و ١٪ isoeugenol و ١٪ oak moss extract

( هـ ) – Paraben mix = ٣٪ – methyl – p hydroxybenzoic acid و ٣٪ – ethyl – p hydroxybenzoic acid و ٣٪ – butyl – p hydroxybenzoic acid و ٣٪ – benzyl – p hydroxybenzoic acid

( و ) – Quinoline mix = ٣٪ clioquinol و ٣٪ chlorquinaldol

---

*تفسير نتائج الاختبارات الرقعية :* يمكن لهذه الاختبارات أن تعطي النتائج التالية :

– *أرج بالتماس أحادي التكافؤ :* يعطي الاختبار تفاعلاً إيجابياً واحداً فقط مثل : ثاني كرومات البوتاسيوم . لكن هذا المستأرج موجود ضمن عدة مواد ( الإسمنت ، مواد الغسيل ، مواد التشريب ، أصبغة الكروم ، مواد تحضير الأفلام الملونة ، الجلود ، مواد الدباغة ) . وفي مثل هذه الحالات يؤدي الأرج بالتماس وحيد التكافؤ إلى تحديد شديد لفعاليات الفرد بما فيها المهنة ، ومن جهة أخرى فإن الأرج بالتماس أحادي التكافؤ تجاه صادٍّ كالنيومايسين مثلاً يمكن تحاشيه بسهولة .

– *أرج بالتماس قليل التكافؤ :* يعني هذا حدوث تفاعلات إيجابية بين ( ٢ – ٥ مستأرجات غير مرتبطة كيميائياً ببعضها ) .

– *أرج بالتماس عدد التكافؤ :* يبدي المريض تفاعلات لأكثر من خمسة مواد اختبارية . ويكثر حدوث هذه الحالة عند الأشخاص الذين استخدموا علاجات موضعية لفترة طويلة من الزمن بسبب إزمان آفاتهم الجلدية ونكسها مثل إكزيمة النواحي السفلية للساقين في حالات قرحات الساقين أو حالات الإكزيمة المهنية ، حيث يحدث لدى هؤلاء المرضى أرج تجاه مكوّنات السّواغ أو مواد أخرى مختلفة مثل الصادات ومضادات الفطور والمبنجات وبلسم البيرو ... إلخ . وقد يؤدي الأرج بالتماس عديد التكافؤ إلى إعاقة حياة الفرد بشكل ملموس .

– *أرج الزمرة :* هناك تحسس لمركبات ذات بُنى كيمياوية متشابهة ، ومثال عليها أرج الزمرة لنظائر مادة ما ، وهي تتميز بالتحسس تجاه عدد من المركبات التي تتألف بنيتها من حلقة من البنزين وتحتوي على مجموعات تفاعلية ( $NO_2$ ، $NH_2$ ، أو OH ) في موضع النظير «Para – Position» . وتتحول هذه المركبات ( المبنجات ، بروكائين ، أنيلين ، ب – فينيلين

ديامين ، سلفوناميدات ) إلى كينيات في الجسم . ويعتبر أرج الزمرة تجاه صادّات مختلفة ذو أهمية بسبب بناها الأساسية المتشابهة كيمياوياً ، مثال ذلك النيومايسين والكانامايسين والفرامايسيتين والجنتامايسين والباروموميسين ، وكذلك فإن لأرج الزمرة تجاه أصبغة الفينيل ميثان الثلاثية أهمية عملية ( بنفسجية الجانسيان ، الخضرة اللامعة ) .

– *الأرج المشترك* : وهو عبارة عن أرج بالتماس عديد التكافؤ ناجم عن تحسس متواقت تجاه مستأرجات مختلفة موجودة ضمن مادة واحدة ، مثال : الأرج بالتماس تجاه النيكل ، ومُسَرِّعات المطاط في إكزيمة رباط الجوارب ، أو التحسس تجاه ثاني الكرومات والكوبالت في إكزيمة الإسمنت .

– *التهاب الجلد الناجم عن فرط المعالجة* : يحدث هذا عندما يظهر أرج بالتماس ناجمٌ عن معالجة داء جلدي بدئي لا علاقة له بالأرج بالتماس . مثال : حدوث أرج بالتماس تجاه المستأرجات الموجودة في المعالجات الموضعية المستخدمة في مداواة إكزيمة مزمنة تخريشية .

لا يمكن تقديم النصائح أو مساعدة المرضى إلا بعد تحديد المستأرجات بالتماس لتجنبها وبالتالي الوقاية من الداء . وينطبق هذا بشكل خاص على الإكزيمات المزمنة الأرجية بالتماس المرتبطة بالمهنة حيث قد يضطر المريض إلى تغيير مكان العمل أو مزاولة مهنة أخرى أي التوقف عن ممارسة المهنة الأصلية التي يحترفها . تدون نتائج الاختبارات الرقعية على بطاقة المريض حيث تستخدم لإعلام المريض والطبيب عن سبب الأرج بالتماس الحادث لدى المريض .

**الكشف عن الأرج بالتماس بالوسائل المخبرية** : يمكن الكشف عن حدوث الأرج بالتماس مخبرياً بواسطة اختبار تحويل اللمفاويات (L.T.T.) . والمبدأ الذي يقوم عليه الاختبار هو تحويل اللمفاويات الدموية إلى أرومة لمفاوية مع زيادة في تصنيع الدنا **DNA** بعد التعرض للعامل المؤرج ، أو بشكل بديل يمكن تطبيق اختبار تثبيط هجرة البلاعم **Macrophage Migration Inhibition** وعلى كل الأحوال ، فإن الأهمية السريرية لهذه الاختبارات ضئيلة في الوقت الحاضر ؛ ويعود ذلك إلى الصعوبات التقنية ، وعدم القدرة على الثقة بالنتائج ونقص المعايير القياسية .

**المقاومة والتحمل المناعي** : يمكن أن تحدث مقاومة تجاه حدوث الأرج بالتماس فقط فيما إذا توقف الجهاز المناعي اللمفاوي التالي عن القيام بوظيفته . ومن الملاحظ أنه يقل حدوث التحسس بالتماس لدى الأشخاص المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والصداف الشائع .

*التحمل المناعي* **Immune Tolerance** : **يُعرَّف التحمل المناعي على أنه مقاومة مكتسبة تجاه حدوث الأرج بالتماس . وقد يحدث التحمُّل المناعي إذا ما أعطيت المادة المؤرجة بالتماس عن طريق الفم أو الحقن قبل طور التحسيس .**

*التأثير الذي يزيد من مقاومة الإصابة* **Hardening Effect** : **يبدي بعض المرضى الذين يعانون من إكزيمة اليدين المزمنة الأرجية بالتماس تحسناً لا بأس به بالرغم من استمرارهم بمزاولة مهنهم والتماس مع المادة المؤرجة المسببة . إنه تأثير لا نوعي . ولا يمكن التأكد منه بالاختبارات الرقعية ( تبقى نتائج الاختبار إيجابية ) ولا يمكن تفسير آليته . وفي بعض الأحيان تسمح هذه الحالة بالاستمرار في مزاولة المهنة .**

**التشريح المرضي النسجي** : **تشاهد نماذج نسيجية مختلفة استناداً إلى كون التفاعل مزمناً أو حادّاً :**

*فالتهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس* **يتميز بتوسع الأوعية الدموية في الحليمات الأدمية والقسم العلوي من الأدمة الشبكية مع توذم شديد حول الأوعية ، وبشكل خاص في الحليمات الأدمية . وهناك أيضاً رشاحة خلوية التهابية مؤلفة من اللمفاويات والوحيدات وبعض العدلات والحمضات . ويؤدي التفاعل النضحي إلى حدوث وذمة بؤرية بين الخلايا ( نز مصلي ) مع تشكل حويصلي ضمن البشرة ( سفاج ) وهجرة اللمفاويات إلى الفراغات بين الخلايا ( انسلال ) . ويؤدي تمزق جسيمات الوصل إلى تشكل حويصلات داخل البشرة ( الحويصلات السفاجية ) ، ويصل المصل إلى سطح الجلد لدى تمزق هذه الحويصلات مما يؤدي إلى تشكل الجلبات . وقد تنفتح الحليمات الأدمية على السطح مما يعطي المنظر الذي يدعى بالحالة النقطية Points of Devergie . وتظهر كذلك حدثيات إعادة التشكل مع الشفاء البشروي ثم التكاثر المؤقت ( شُواك ) واضطراب التقرن ( خطل التقرن ) .**

*أما الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس* **فتتميز بوجود تبدلات التهابية أكثر ارتشاحاً ، أما الحدثية النضحية فأقل شدة ووضوحاً . تتكرر الهجمات الالتهابية النضحية الصغيرة مما يؤدي إلى تفعيل ظاهرة إعادة البناء وتحريضها . ويبدأ تسمُّك البشرة بالحدوث تدريجياً ( شواك Acanthosis ) فتصبح سماكة البشرة ٤ ـ ٥ أضعاف سماكة البشرة السويّة ، ويتغير شكل التقرن حيث يحدث خطل تقرن يوافق نواحي النضح البؤري والأذية . كما توجد بؤر من السفاج أو التشكل الحويصلي السفاجي . وتشاهد خلايا التهابية منسلّة إلى البشرة ( لمفاويات ووحيدات ) . وتوجد رشاحة التهابية خلوية كثيفة مؤلفة من البلاعم واللمفاويات حول الأوعية في الحليمات**

الأدمية المتسمكة والأدمة الشبكية العليا ، ثم بعد ذلك تقل كمية النز والانسلال .

**الموجودات السريرية** : تعتمد الصورة السريرية في التفاعل الأرجي بالتماس على شدة العامل المؤرج ودرجة التحسيس عند المريض وعوامل موضعية جلدية . ويؤدي التعرض الوحيد لمادة مؤرِّجة لحدوث التهاب جلد حاد أرجي بالتماس إذا كانت درجة التحسيس قوية أو عالية . ويؤدي التعرض المتكرر لعامل مؤرج ذو شدة متوسطة إلى حدوث ارتشاح التهابي متوسط الشدة عند مريض شديد التحسيس تجاه ذلك العامل المؤرج ، يتلو ذلك إعادة ترمم بشروي يتضمن شواكاً وفرط تقرن وخطل تقرن ، مما يؤدي بالتالي إلى حدوث صورة سريرية توافق الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس . ويمكن أن تظهر جميع مقومات التفاعل الحاد النضحي أو الالتهابي الخلوي المزمن بين هذين الشكلين المتطرفين . وقد تم الحديث سابقاً عن التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد والمزمن تبعاً لشدة هذا التفاعل .

## التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس
## : Acute Allergic Contact Dermatitis

*المرادفات* : الإكزيمة الحادة الأرجية بالتماس .

يصيب التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس بشكل رئيسي أقسام الجلد التي كانت على تماس مع المستأرج . ويبدأ التفاعل عادة خلال ٢٤ ـ ٤٨ ساعة ، ويتوضع التهاب الجلد على شكل غير متناظر في العادة . وتتابع التبدلات الالتهابية الحادة ظهورها وفق ترتيبها المنتظم ، ( راجع الأشكال ١٢ ـ ١٠ ، ١٢ ـ ١١ ، ١٢ ـ ١٢ ، ١٢ ـ ١٣ ، ١٢ ـ ١٤ ) .

*طور الحمامى* ***Erythema Stage*** : ( الطور الحمامي الوذمي ) ويتميز هذا الطور بحدوث تفاعل التهابي وعائي نضحي مع احمرار وتورم وذمي واضحين في ناحية التماس . وقد تكون الوذمة الجلدية شديدة جداً في النواحي التي يكون فيها النسيج الضام الأدمي رخواً وقليلاً مثل الأجفان .

*طور الحويصلات* : ( الطور الحويصلي والفقاعي ) تحدث حويصلات صغيرة أو كبيرة نتيجة للتبدلات الالتهابية النضحية .

*طور النضح* ***Exudative Stage*** : يتظاهر هذا الطور سريرياً بوجود نواحٍ محمَّرة التهابية على سطح الجلد مع تسحُّج ونضحٍ ونزٍّ . ويمكن رؤية التنقط (Devergie) في أماكن الحويصلات المنفجرة .

*طور التجلُّب* ***Crusted Stage*** : يجف الإفراز النضحي الذي يصل إلى سطح الجلد تاركاً وراءه جُلَبات ذات لون أصفر شفاف في العادة . أما إذا حدث خمج ثانوي فإن هذه الجلبات تصبح قيحية ، وحمراء أو سوداء إذا ترافقت بالنزف .

*طور التوسف* ***Scaling Stage*** **: تؤدي الحدثيات المجددة للبناء إلى التخلص من المستأرج بالتماس وإلى تجدد البشرة وبالتالي إلى التوسف .**

*طور الشفاء ( الحمامى المتبقية )* **: إن استمرار الحمامى يشير إلى مكان توضع التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس السابق . هذا وتكون التظاهرات السريرية ضمن الطور الواحد موحدّة نسبياً . ولكن خلال سير الداء فإن تعدد الصور السريرية مميز لالتهاب الجلد الحاد ، أي أنه يمكن أن ترى عدة مظاهر شكليائية ـ سريرية مختلفة خلال سير الداء لكنها جميعاً مميزة للطور الواحد ، الواحدة تِلْو الأخرى . كما تختلف درجة التهاب** الجلد الأرجي بالتماس من حالة لأخرى . وفي الحالات الشديدة يمكن أن تمر الآفة خلال جميع أطوار الإكزيمة المذكورة ، أما في الحالات الخفيفة فقد تغيب بعض الأطوار مثل طور الحويصلات أو النز أو التوسف . ومن الأمور الهامة وجود الميل نحو تفاعل منتشر ومتناظر .

**الأعراض** : هناك موجودات مجموعية قليلة جداً ، فالترفع الحروري غائب ، وقد يحدث كثرة الحمضات في الدم المحيطي إذا كانت التفاعلات الجلدية واسعة ، أما الأعراض الشخصية فهي التخريش الجلدي والحكة .

**التشخيص التفريقي** : لابد من التفريق بين التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والتهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس . فالأول يبدي تبدلات شديدة مركزية واضحة مع حدود غير واضحة وميل لحدوث تفاعل منتشر . وعلى العكس من ذلك في التهاب الجلد الحاد التخريشي بالتماس حيث تكون شدة التبدلات واحدة في جميع النواحي المصابة وتكون الحدود واضحة تماماً ، وليس هناك ميلٌ لانتشار الآفة . أما في الحمرة فهناك ترفع حروري وارتفاع في سرعة التثفل وكثرة الكريات البيض . وفي الحمرانية تصاب اليدين فقط ، ويصاب الوجه في كل من الذأب الحمامي والتهاب الجلد والعضل . القصة السريرية هامة جداً وكذلك ملاحظة السير الحاد والأعراض المجموعية .

## الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس
## : Chronic Allergic Contact Eczema

*المرادفات* : التهاب الجلد المزمن الأرجي بالتماس ، الإكزيمة الشائعة **Common eczema** .

قد تكون الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس بدئية أو أنها تنشأ

في أعقاب التهاب جلد حاد أرجي بالتماس يسير باتجاه الإزمان بسبب تكرار التماس مع العامل المؤرج . يميل توضع هذا النوع من الإكزيمة ليكون متناظراً مع حدود مبهمة وتفاعلات منتثرة متناظرة على شكل اندفاعات حطاطات – حويصلية في الأجزاء القاصية من الجلد . تستمر الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس بسبب تكرار التماس مع المادة المؤرجة المجهولة . ولا تبدي هذه الإكزيمة سوى ميل بسيط باتجاه الشفاء العفوي . وللمرضى عادة قصة إكزيمية ذات أسس عائلية ، والداء يصيب جلداً مريضاً في السابق .

وللصورة الشكليائية هنا عدة أبعاد على العكس من موجودات التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس النموذجية والتي تتجلى بحدثيات التهابية نضحية مثل التحوصل والنز والتجلب . تبدي الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس ميلاً لحدوث تسمُّك بشروي التهابي مزمن مع ازدياد كمي واضطراب نوعي في تصنيع الطبقة المتقرنة ( شواك ، فرط وخطل تقرن ) . وتتميز الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس بتعدد الأشكال الآني ، أي أنّ هناك تواقت في ظهور الاحمرار والحويصلات والتآكل والتجلب والتوسف والتسمُّك الالتهابي للطبقة المتقرنة في نفس الآفة وفي نفس الوقت ، ويحدث التحزز إذا كان التكاثر الخلوي هو الصفة البارزة . ومن المظاهر الهامة هو ميل التهاب الجلد للانتشار إلى نواحٍ بعيدة ( التحسيس ) . وغالباً ما يطغى بُعْدٌ سريري ما على الداء . لذا يمكن التمييز دوماً بين الإكزيمات النازة والتجلبية والتوسفية بالاعتماد على صفات شكليائية وسريرية .

**الإكزيمة المتحززة Lichenified Eczema** : هذا النموذج من الإكزيمة سير مزمن خاص ، ونادراً ما تميل إلى الشفاء العفوي ، وتتصف بالحكة والتهيج الشديدين ،ويبدي الجلد تسمكاً التهابياً وخشونة في الثنيات الجلدية ، كما تبدي توسفاً حزازانياً وتآكلاً . ويعتمد التحزز على حدوث شُواك Acanthosis شديد مع فرط وخطل تقرن بالإضافة إلى التحلُّم وتوضع رشاحة التهابية باللمفاويات والمنسجات في الأدمة العليا ، أما الحدثيات النضحية فهي غائبة بشكل كامل تقريباً وقد تُعبِّر الإكزيمة المتحززة عن الأرج بالتماس مع المعادن ( نيكل ، كرومات ) .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الحزاز المحصور ، الأشكال المحدودة المتحززة من الإكزيمة التأتبية .

**توضعات الإكزيمة** : يمكن للإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس أن تصيب أيّ ناحية من الجلد بتماسها مع المادة المؤرجة ، وذلك لأن الجلد بأكمله يكون مُحَسَّساً . ويعتبر تصنيف التهاب الجلد المزمن الأرجي بالتماس حسب مكان توضعه ذو قيمة عملية . ويعتبر مكان توضع العلامات الجلدية ذو أهمية تشخيصية .

وبالإضافة لذلك ، علينا أن نأخذ بعين الاعتبار المستأرجات بالتماس التي تتوافق مع أماكن توضع الداء . وفيما يلي ندرج أهم المستأرجات بالتماس وأكثرها شيوعاً حسب توضع ناحيٍّ معين .

*إكزيمة الرأس :* ( الشكل ١٢ – ١٥ ) إلى جانب الأرج بالتماس يجب أن نفكر هنا بالصداف الشائع والتهاب الجلد المثي .

*إكزيمة الأذن :* يجب التفكير هنا أيضاً بالصداف الشائع والإكزيمة المثية وقطارات الأذن إلى جانب الأرج بالتماس .

*إكزيمة الأجفان :* من الشائع حدوث التهاب الجلد التأتبي في هذه الناحية عقب الأرج بالتماس .

*إكزيمة الشفة :* يحدث الأرج بالتماس في الشفاه من التماس مع معاجين الأسنان وحمرة الشفاه وغسولات الفم . وبالإضافة إلى الأرج بالتماس ، توجد حالات خاصة أخرى عند الأطفال مثل التأثيرات الناجمة عن لعق الشفاه وجفاف الشفتين الناجم عن التأتب .

*إكزيمة اليدين :* غالباً ما تحدث إكزيمة اليدين المزمنة الأرجية على ظهر اليدين والأصابع بشكل خاص ، وذلك لأن الوجه الراحي لليدين والأصابع محميٌّ بشكل أفضل نتيجة سماكة الطبقة المتقرنة التي تقاوم عبور المستأرجات بالتماس . وتكون الإكزيمة ثنائية الجانب عادة بالرغم من أنها تكون أشد في اليد التي يستعملها المريض أكثر من غيرها . ومن المهم جداً في إكزيمة اليدين البحث عن المواد المؤرجة بالتماس التي يصادفها المريض أثناء ممارساته هواياته ، أو المعالجات الموضعية ، أو مستحضرات التجميل بالإضافة إلى المواد المؤرجة بالتماس في الحياة المهنية ( راجع الشكل ١٢ – ١٦ ) .

*إكزيمة رؤوس الأصابع :* يجب التفكير بالأرج التماسي مع المنتجات الموضعية والمعادن عند أطباء الأسنان ( راجع الشكل ١٢ – ١٧ ) . أما بائعوا الورد والعاملون في الحدائق غالباً ما يصابون بإكزيمة التماس المزمنة الناجمة عن أرج بالتماس مع النباتات التزيينية مثل الخزامى Tulip Bulbs أو الكريسانثيموم Chrysanthemums . ومن المهم جداً تميز هذه الحالة عن ما تتظاهر به الإكزيمة التأتبية أو إكزيمة خلل التعرق في هذه النواحي .

*إكزيمة الثديين :* قد يحدث الأرج بالتماس عن العوامل المؤرجة الموجودة في المعالجات الموضعية المستخدمة أثناء الحمل ، ولكن يجب التفكير بالجرب في حالات إكزيمة الثديين ثنائية الجانب أو بداء باجيت في الحلمة لدى إصابة وحيدة الجانب عند المرأة ،

وقد تتظاهر الإكزيمة التأتبية على شكل إكزيمة الثديين .

*إكزيمة الساق* : لها عدة أسباب ، وتدعى الحالة بالإكزيمة الركودية أو التهاب الجلد الركودي إذا كان هناك حالة من عدم كفاية العود الوريدي المزمنة . وأكثر النواحي إصابة هي الثلثين القاصيين من الساق . ويشاهد لدى الفحص الأوردة الدوالية والوذمة والتهاب النسيجة تحت الجلد Hypodermitis المزمنة . تحدث تبدلات جلدية حاكة بشدة مثل الحمامى والتوسف وتشكل الجلبات بالإضافة إلى التحوصل والنزّ . وهناك حكة شديدة مع تخريش ورغبة شديدة لفرك وحك الآفة . وتكشف الاختبارات الرقعية في جميع الحالات تقريباً عن وجود أرج بالتماس عديد أو قليل التكافؤ .

يجب تجنب استخدام المصطلح الطبي « الإكزيمة الدوالية » لأن الدوالي الوريدية بمفردها لا تؤدي إلى حدوث الإكزيمة الركودية ، وكذلك فإن الوذمة بمفردها ليست سبباً وحيداً للإكزيمة كما هو معروف عن الوذمة القلبية أو الكلوية أو الوذمة اللمفية البدئية .

ومن العوامل المهمة في نشوء هذا النوع من الإكزيمة هو القصور الوريدي المزمن والمترافق بالتهاب النسيجة تحت الجلد أو بتصلب الجلد ، وقد تؤدي المعالجة الموضعية للأذيات الصغيرة إلى حدوث تحسيس بالتماس تجاه هذه المعالجة .

*إكزيمة أسفل الساق المتوضعة حول الرضوض والتقرحات* : تحدث هذه الإكزيمة كتفاعل جلدي تخريشي أولي وغير أرجي بسبب الإفرازات والتعطين حول القرحات الركودية ثم تختلط فيما بعد مع الأرج بالتماس بسبب المعالجات الموضعية ( التهاب الجلد الناجم عن فرط المعالجة ) ( راجع الشكل ١٢ — ١٨ ) . وحين التشخيص التفريقي يجب التمييز بين الأرج بالتماس والتهاب الجلد التخريشي بالتماس الذي يكون واضح الحدود وذا شكل صدافي والمصادف في القصور الوريدي المزمن .

*إكزيمة من النمط الصدافي في القصور الوريدي المزمن* : وقد كان يدعى هذا النوع من الإكزيمة بخطل التقرن الخمجي حيث كان يعتقد أن بعض العوامل الجرثومية تتداخل في حدوثها ( مستضدات المكورات العنقودية ) . سريرياً ، نجد بقعاً صدافية الشكل قريصية تميل للنزّ أحياناً أو للتوسف أو التجلب . الحكة موجودة ، وهناك أحياناً ميل لانتشار الآفة . ويمكن الكشف عن وجود مكورات عنقودية دائماً ، غير أن دورها الأمراضي غير معروف حتى الآن . ولابد من تمييز هذه الحالة عن الصداف الشائع والإكزيمة النمية ( الدرهمية ) .

*إكزيمة الناحية التناسلية Genital Eczema* : في النواحي التناسلية تعتبر الإكزيمة الأرجية المزمنة قليلة نوعاً ما إذا ما قورنت بالتهاب الجلد الحاد والأرجي بالتماس الناجم عن المطهرات ، مزيلات الرائحة ، الأدوية المضادة للفطور الصادات ، موانع الحمل الخارجية . يشاهد احمرار التهابي وتوسف ونز وتخريش حتى ولو كان التشكل البثري غائباً ، وذلك في الحالات الالتهابية المزمنة وعلى الناحية الصفنية بشكل خاص . ويجب التفكير في مثل هذه الحالات بداء المبيضات البيض والداء السكري . تحدث مثل هذه الحالات عند الكبار خاصة ، ونادراً ما تكون ناجمة عن عوز الفيتامين ب أو الزنك . ومن المهم أن نأخذ بعين الاعتبار حالات الإكزيمة التأتبية التي تدخل في التشخيص التفريقي .

*إكزيمة الناحية الشرجية* : يجب التمييز بين إكزيمة الناحية الشرجية وبين المذح في الناحية حول الشرج . ويندر حدوث الإكزيمة المزمنة الأرجية في هذه الناحية ، ويغلب أن تنجم عن الأرج بالتماس بسبب المعالجات الموضعية المطبقة ، أو بسبب مكونات المناشف الورقية (أصبغة وعطور) . وكثيراً ما تنجم عن المذح ( التهاب المستقيم ، البواسير ) ، أو عن داء المبيضات البيض الثانوي والتالي لتفاعل أرجي بالتماس . ولابد من إجراء الاختبارات الرقعية المناسبة في أيٍّ حالة مذح أو إكزيمة في الناحية الشرجية . ويجب دوماً الأخذ بعين الاعتبار حالات الصداف وداء المبيضات البيض في التشخيص التفريقي . كما أن الاستخدام الواسع لرهيمات الستيروئيدات القشرية قد يؤدي إلى حدوث أرج بالتماس للمواد الحافظة الداخلة في تركيب هذه الرهيمات مثل الفينيل ميركوريك والبارابنز Parabens والبنزالكونيوم Benzalkonium .

وفيما يلي ندرج بعض المستأرجات بالتماس الشائعة والمسببة للإكزيمة الأرجية في ناحية الشرج : الكافور ، زبدة الكاكاو ، المنتول ، الريزورسين ، البروميتازين ، صبغة الجاوي ، اليود ، المطهرات الموضعية المختلفة ، المواد الحافظة الداخلة في تركيب العلاجات الموضعية .

## إكزيمة خلل التعرق Dyshidrotic Eczema :

**التعريف** : هي عبارة عن التهاب جلد أرجي بالتماس ، يصب الراحتين والأخمصين أو أحدهما ويحدث بسبب وجود خلل تعرق حقيقي .

**الإمراض** : يحدث احمرار التهابي يترافق بحويصلات خلل التعرق وجُلَب ووسوف ، وبصورة سريرية متعددة الأشكال عند المرضى الذين لديهم خلل تعرق حقيقي . ويفترض أن الأرج بالتماس ناجم عن تماس المصاب مع مواد في المهنة أو البيئة أو بسبب التماس مع المعالجات الموضعية .

**الموجودات السريرية** : بالإضافة إلى المواضع المفضلة لخلل التعرق يمتد حدوث حويصلات خلل التعرق إلى ظهر اليدين والقدمين ( الشكل ١٢ – ١٩ ) . ومن الممكن أن تتعمم الإكزيمة هذه مع حدوث حكة وتخريش شديدين .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي تسمكاً جلدياً خاصاً بالتهاب الجلد الحاد والمزمن مع حويصلات سفاجية بؤرية وهجرة لمفاويات إلى البشرة ، وهي تبدلات ليس لها علاقة بالغدد العرقية ولا بأورامها .

**التشخيص** : لا يمكن إثبات التشخيص عند مريض لديه خلل التعرق إلا إذا أشارت الاختبارات الرقعية إلى مادة مناسبة مؤرجة بالتماس ، وكانت نتائج تحري الفطور سلبية عند الاشتباه بفطارات اليد والقدم على شكل خلل التعرق . ويجب نفي الإكزيمة التأتبية في اليدين والقدمين ( القصة ، تحديد **IgE** ، الاختبارات داخل الجلد ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب التمييز بين إكزيمة خلل التعرق الأرجية المزمنة والتهاب الجلد الأرجي المزمن من شكل خلل التعرق وذلك بالاستعانة بالقصة السريرية ، حيث يصرح المريض أنه قد عانى في الماضي من حالة خلل تعرق حقيقية وأنه يعاني الآن من الإكزيمة .

## الإكزيمة من شكل خلل التعرق الأرجية المزمنة
## : Chronic Allergic Dyshidrosiform Eczema

**التعريف** : تقتصر هذه الإكزيمة على إصابة الراحتين والأخمصين وتشبه خلل التعرق من الناحية السريرية ، وعلى كل حال ، ينظر إليها مبدئياً على أنها إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس .

**الحدوث** : الآفة شائعة وهي أكثر حدوثاً عند النساء ، وكثيراً ما تنجم عن التماس مع النيكل .

**الإمراض** : تظهر إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس على اليدين والقدمين مبتدئة بحويصلات صغيرة من نموذج خلل التعرق على جلد التهابي محمر .

**الموجودات السريرية** : تتوافق الموجودات السريرية هنا إلى حدٍّ بعيد مع تلك التي تشاهد في إكزيمة خلل التعرق المزمنة وذلك فيما يتعلق بالصورة السريرية ذات الأشكال المتعددة المتواقتة . وتفتقر القصة السريرية لعلامات خلل التعرق الحقيقي .

**التشخيص** : القصة السريرية الدقيقة ، عدم وجود خلل تعرق حقيقي ، نفي وجود سعفة القدم واليد من شكل خلل التعرق ، وجود ما يدل على العلاقة بين الزمن والتوضع وبين المادة المؤرجة بالتماس ( المزوقات ، المستأرجات المهنية أو البيئية ) ، بالإضافة إلى تحديد المادة المؤرجة باستخدام الاختبارات الرقعية .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن إكزيمة خلل التعرق والإكزيمة التأتبية .

## الإكزيمة من شكل خلل التعرق الأرجي الدموية المنشأ Hematogenous Allergic Dyshidrosiform Eczema :

**التعريف** : يحدث هذا النوع من الإكزيمة كتعبير عن تفاعل مناعي آجل متواسط بالخلايا وذلك خلال ٢ إلى ٣ أيام من تناول المستأرج ( النيكل ، الأدوية ، المستضدات الفطرية ) جهازياً ( عن طريق الفم أو الوريد ) . وهي تتكون من تفاعل حاد يتطور إلى إكزيمة مزمنة من شكل خلل التعرق ، خاصة بعد تكرر التماس مع المستأرج . ومن النموذجي أن نشاهد إكزيمة منتثرة في الجسم .

**التشخيص** : يوضع التشخيص بعد الإصغاء لقصة سريرية مفصلة مع إيقاف المستأرج المشتبه به وإجراء الاختبارات الرقعية .

### أشكال خاصة :

**الارتكاسات الأرجية بالتماس على الأغشية المخاطية** : وهي التهاب الفم بالتماس ، التهاب الشفتين بالتماس ، التهاب الملتحمة بالتماس ، التهاب الحشفة بالتماس ، التهاب الفرج بالتماس . وتتألف العلامات من احمرار التهابي ، وأحياناً وذمة وتآكل تال للتحوصل وربما تقرحات . أما الأعراض الشخصانية فتتألف من التخريش وحس الحرق والألم ، وقد تمّ شرح المظاهر السريرية للحالات الفردية في البحث المخصص لذلك ، ومن المهم جداً البحث عن السبب .

*التهاب الفم الأرجي* : المواد اللدائنية والمعدنية الموجودة في البدلات السنية ، المعاجين اللاصقة للبدائل السنية ، معاجين الأسنان ، غسولات الفم ، الأدوية ( المطهرات ، الصادات ، المبنجات الموضعية ، العلكة ، الأقراص الطبية ) .

*التهاب الشفة الأرجي* : مكونات أقلام الحمرة ( أصبغة أو سواغات ) ، واقيات الضياء .

*التهاب الملتحمة الأرجي* : القطرات أو الرهيمات أو المراهم العينية ، المواد الحافظة ، العدسات اللاصقة ، المزوقات ، الأدوية .

*التهاب الحشفة الأرجي* : مزيلات الرائحة ، الواقي الذكري ( المواد القاتلة للنطاف والمواد المزلقة ) ، المزوقات ، الأدوية .

*التهاب الفرج الأرجي* : الارذاذات ، المواد المطهرة ، المواد القاتلة للنطف ، الأدوية ، الواقيات الذكرية .

**التهاب الجلد الأرجي بالتماس دموي المنشأ والإكزيمة الأرجية بالتماس دموية المنشأ** : بعد أن يتم تحسس الجلد تجاه مادة مؤرجة ما ، يمكن للإكزيمة الأرجية بالتماس أن تتحرض داخلياً إذا ما تم تناول المادة المؤرجة عن طريق الفم أو الدم ، وتحدث هذه الحالة بالذات في الأدوية المؤرجة بالتماس ( الصادات ، مضادات للحكة ) ، حيث تظهر لدى المريض بؤر جريبية منتثرة من الإكزيمة التي تتعمم بعد ذلك وتنتشر ، وهي بالطبع من نوع الإكزيمة الحادة الأرجية بالتماس . ولا توجد آفة بدئية تنتشر منها الإكزيمة ، ويشير التوزع ثنائي الجانب إلى المنشأ المجموعي وفي بعض الأحيان يشكو المريض من ترفع حروري ، وزيادة سرعة التثفل ، وتورم العقد اللمفية ، وكثرة الكريات البيض والحمضات . كما يرافقها أحياناً هجمات ربوية وإسهال والتهاب فم وأعراض عصبية مركزية . وللقصة السريرية أهمية تشخيصية ( الأدوية ، الأغذية ، النيكل ، الكروم الذي يدخل في تركيب التعويضات السنية أو الحشوات السنية على سبيل المثال ) .

*الإنذار* : حسن إذا أمكن تحديد العامل المؤرج والابتعاد عنه .

## سير التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس :

يتحسن التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس خلال فترة محدودة ، وتتراجع التبدلات الالتهابية الجلدية بسرعة بعد تحديد المادة المؤرجة والابتعاد عنها ، غير أن الوضع يختلف بالنسبة للإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس والتي تستمر بسبب تكرر التماس مع المادة المؤرجة . في بعض الأحيان لا يمكن الابتعاد عن المادة المؤرجة بالتماس . وينطبق هذا الأمر على النيكل والكروم الموجودين في كثير من المواد المهنية أو المواد التي نصادفها في حياتنا اليومية ( انظر الجدول ١٢ — ٥ ) .

يؤدي التماس الجديد إلى هجمة جديدة قد تأخذ سيراً حادّاً . وبعد تكرر التماس مع المادة المؤرجة أو لدى حدوث خطأ في المعالجة ، عندئذٍ لا يحدث التفاعل الالتهابي في ناحية الإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس فحسب بل يترافق بانتشار هذه الإكزيمة ، وقد يؤدي هذا أحياناً إلى حدوث أحمرية معممة ثانوية .

## معالجة التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس :

تحتاج معالجة الأشكال المختلفة لالتهاب الجلد الحاد والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس إلى خبرة علاجية لا بأس بها .

### الابتعاد والوقاية عن المستأرجات ( المواد المؤرجة ) بالتماس :

من الضروري تجنب التماس مع جميع المواد المؤرجة أو المخرشة الأولية أو التراكمية التي لها علاقة بالمرض . وقد يكون الاستحمام الهادف لإزالة المواد المتماسّة عن الجلد أول التدابير العلاجية التي يجب أن تطبق . وتعطى زيوت الاستحمام المطرية للمرضى الذين لديهم جلدٌ جاف . أما اتقاء المواد المؤرجة فليس دوماً بالأمر السهل وخاصة إذا كان الأرج نحو مواد مهنية أو بيئية مثل النيكل والكروم .

ومن الضروري تنبيه المرضى إلى العوامل التي تسبب أو تؤدي لاستمرار الداء ، ولابد من إعطاء المريض بطاقة خاصة بالمواد المؤرجة بناءً على نتيجة الاختبارات الرقعية في حالات الأرج بالتماس .

### تنظيف الجلد :

لا يسمح لمرضى التهاب الجلد الحاد بالتماس باستخدام الصابون نظراً لما يسببه من سوء في حالة الجلد بالإضافة إلى التخريش . وتفتقر المنظفات الصنعية إلى هذه التأثيرات ، وذلك يعود إلى أنها غالباً ما تكون طبيعية أو أنها معدة لتناسب باهاء (PH) الجلد الفيزيولوجي ( الحامضي ) ، ولها تأثير قابض متوسط الشدة ( ترسيب البروتين ) وتؤدي إلى وذمة جلدية خفيفة فقط . ويمكن للمنظفات الطبيعيّة ، وأحسنها الحامضية إلى أن تتوصل إلى تنظيف جيد للجلد قبل البدء بالمعالجة .

*المعالجة بالاستحمام* : بالإضافة للحمّام المنظف الهادف لإزالة مواد التماس أو المستأرجات ، تستطب المعالجة بالاستحمام إذا كان الداء يغطي مساحات واسعة من الجلد أو إذا كان الداء متعمماً . والمواد التي تضاف للحمّام هي نخالة القمح والشوفان أو خلاصات فول الصويا حيث تمزج مع زيوت مختلفة تحمي الجلد من الجفاف .

تستجيب الإكزيمة المزمنة الميالة للتحزز أو لحدوث التبدلات الجلدية الثانوية الناجمة عن الحكة إلى حمامات القطران (Liquor Carbonis Detergens) . ويجب تفادي إضافة الكبريت لإمكانية إحداثه للتخريش .

### المعالجات الموضعية :

تحتاج المعالجات الموضعية إلى خبرة معقولة وذلك لأن حالات الجلد التخريشية والالتهابية . قد تنتشر وتتعمم إذا ما تم استخدام تدابير موضعية غير ملائمة . ويجب استخدام العلاج

موضعي الأكثر فعالية والأقل تخريشاً . ولابد من الاطلاع على السواغ المناسب أولاً ، وبعد ذلك يمكن تجربة العقاقير المختلفة في السواغ المناسب ( معجون ، سائل ، مرهم ) . ولابد من معرفة المواد المكونة للسواغ حتى نحمي المريض من المواد المؤرجة بالتماس التي يمكن أن تصادف في السواغ ( مثل الأغوال الصوفية ) . وقد تخفق أفضل العلاجات إذا ما كان السواغ غير مناسب ، والعكس صحيح ، فقد يكون للسواغ فعالية شافية بسبب مواصفاته الفيزيائية . ويعتمد اختيار السواغ المناسب على كون الحالة حادة أو مزمنة ، وعلى مكان توضع الآفة ونموذج الجلد المصاب وطبيعته .

**شدة التبدلات الجلدية :**

*التهاب الجلد الحاد بالتماس ، طور الحمامى :* يتراجع هذا الطور عفوياً بعد إبعاد المادة المؤرجة . والعلاج الانتقائي هنا هو الأدوية المضادة للالتهاب السطحية على شكل بودرة أو سائل (Shake Lotions) ، أو الرهيمات المبردة الولوعة بالماء ( من نموذج الزيت في الماء ) . لا تستطب المعاجين أو الرهيمات الولوعة بالدسم ( من نموذج الماء في الزيت ) ، وكذا المراهم والمراهم الدسمة لأنها تعوق تحرر الحرارة أو تبخر الماء وتزيد بالتالي من شدة الالتهاب الحاد . يمكن استعمال رذاذ الستيروئيدات القشرية .

*التهاب الجلد الحاد بالتماس ، طور الحويصلات :* إذا تضمنت الأعراض الجلدية في البدء اندفاعات حويصلية صغيرة فلابد من محاولة تجفيفها باستخدام المحاليل المجففة والرهيمات الولوعة بالماء ( نموذج الزيت في الماء ) . ويمكن استخدام معجون مجفف ( معجون لاسّار (Lassar's Paste) أو معجون منشف على السطوح الراحية والأخمصية . تستطب الضمادات الرطبة عندما تكون الحويصلات كبيرة مع ما يؤشر إلى حدوث خمج جرثومي ثانوي ( تقوبؤ ) . ولهذه الضمادات تأثير معطن على الحويصلات ، كما أنها تؤدي إلى تثبيط الفعل الالتهابي عن طريق التبخر والتبريد ، وفي الوقت نفسه تؤدي إلى تجفيف الجلد المصاب بسرعة . وقد تستدعي الضرورة معالجة الجلد برهيم ولوع بالماء أولاً ( ضماد مرطب بالرهيم ) . ومن أكثر العلاجات مناسبة الرهيمات الحاوية على الستيروئيدات القشرية لوحدها أو مشتركة مع الصادّات .

*التهاب الجلد الحاد بالتماس ، طور التوسف :* تستطب الرهيمات الستيروئيدية الولوعة بالماء وإن تطبيق المستحلبات مع قليل من الدسم يساعد على إعادة محتوى الطبقة المتقرنة من السوائل والدسم إلى وضعه السويّ ويخفف أيضاً من التوسف . لا تستطب هنا المساحيق أو المحاليل أو الضمادات الرطبة أو الرهيمات الولوعة بالماء بسبب تأثيراتها المجففة .

*إكزيمة التماس المزمنة ، طور التآكل والتجلب :* تستطب الضمادات الرطبة والضمادات المرطبة بالرهيمات على حدٍّ سواء . ولابد من إجراء الاختبارات الجرثومية وإعطاء العلاجات المناسبة لدى وجود التقوبؤ . ويجب ألا تستمر المعالجة بالضمادات الرطبة هنا لأكثر من ٢ ــ ٣ أيام لأنها تؤدي إلى تجفاف شديد .

*الإكزيمة المزمنة ، الالتهابية ، المرتشحة ، المتحززة :* يجب رفع محتوى الدسم في السواغ الدوائي كلما زاد الإزمان والارتشاح في الآفة الجلدية . ويمكن استخدام المعاجين اللينة والرهيمات الولوعة بالماء والمراهم الدسمة . ومن المستحب استخدام المعالجة تحت ضماد كتيم ( حيث يطبق رهيم أو مرهم حاوٍ على الستيروئيدات القشرية ثم تغطى الناحية بغطاء لديني ٨ ــ ١٢ ساعة يومياً ) . فهذه طريقة تحسن من نفوذية الدواء وامتصاصه من قبل الجلد المؤوف . لا يستطب هنا تطبيق المساحيق أو المحاليل أو الرهيمات الولوعة بالدسم أو المحاليل الحاوية على الماء باعتبار أنها لا تملك سوى تأثير مضاد للالتهاب السطحي وتؤدي إلى الجفاف . قد تخفف الراحة والضمادات المرطبة برهيمات ستيروئيدية قشرية من شدة الحكة والالتهاب ولكن يجب مراقبة الحالة جيداً خوفاً من الجفاف الشديد .

**مكان توضع الآفات الجلدية :** لدى انتخاب السواغ المناسب من الضروري جداً الأخذ بعين الاعتبار المكان الذي تتوضع فيه التبدلات الجلدية .

*جلد الثنيات Intertriginous Skin :* يبدي جلد الثنيات حرارة موضعية ونقصاً في استبخار الماء وتعطيناً ، كما تشيع في هذه النواحي كثرة الإفرازات والخمج الجرثومي الثانوي ، لذلك لا يستطب هنا أي سواغ يؤدي إلى حدوث هذه الظواهر أو زيادتها مثل المساحيق ، المعاجين الملينة ، الرهيمات الولوعة بالدسم والمراهم الدسمة . بينما يستطب تطبيق الضمادات الرطبة أو ربما التطبيق للرهيمات الولوعة بالماء أو المحاليل ( المعلّقات ) لفترة وجيزة . كما توجد تأثيرات مستحبة للمحاليل المائية الحاوية على الصباغات الملونة ( الخضرة اللامعة ١٪ بيوكتانين ٠,٥٪ ) .

*اليدين والقدمين :* لابد من إزالة الشثن وفرط التقرن وأسبابهما الالتهابية . وهذا يقتضي استخدام المراهم الحاوية على الدسم أو الرهيمات الولوعة بالدسم ( من نموذج الماء في الزيت ) أو المراهم الدسمة الخالصة ( مرهم Unguentum Molle, Unguentum Diachylon Hebra ) التي يمكن استخدامها مع الضمادات الرطبة ( معالجة رطبة ــ دسمة ) . ومن مضادات الاستطباب

هنا استخدام التدابير المجففة مثل الضمادات الرطبة لوحدها أو المساحيق أو المحاليل أو الرهيمات الولوعة بالماء أو المعاجين الصلبة .

*الفروة :* كثيراً ما يصعب معالجة التهاب الجلد في هذه المنطقة . لا تستطب السواغات التي لا يمكن تنظيفها أو غسلها مثل الرهيمات الولوعة بالدسم والمراهم وكل أشكال المعاجين ، بينما يستطب استخدام الرهيمات الولوعة بالماء والمحاليل ومراهم ( البولي إيتلين غليكول ) التي يمكن تنظيفها من الفروة .

*الناحية الصفنية Scrotal Region :* من الضروري أن نعلم أن أدوية كثيرة ومختلفة يتم امتصاصها بشكل كاف وسريع عبر الناحية الصفنية بالمقارنة مع جلد النواحي الأخرى ، فالهدروكوتيزون تزيد نفوذيته عبر جلد الصفن حوالي ٤٠ مرة عما هو عليه في جلد الساعد . ويميل جلد الصفن بسرعة إلى الجفاف . لذا يجب استخدام السواغات المجففة ( المساحيق - المحاليل - الرهيمات الولوعة بالماء ) لفترات قصيرة فقط ويجب أن تتحول بعدئذٍ لاستخدام المعاجين اللينة أو الرهيمات الولوعة بالدسم . ويجب تجنب استخدام المراهم الدسمة لكون الناحية ثنية جلدية وبالتالي فهي عرضة لحدوث الخمج الثانوي . كما يجب تجنب استخدام الصبغات الغولية لأنها تؤدي إلى حروق واضحة . وينصح باستخدام المعاجين اللينة وزيوت الزنك وبشكل خاص عند الأطفال .

**إفراز الغدد الزهمية Sebaceous Gland Secretion :**

يفضل تحديد نوع الجلد لدى المريض قبل البدء بالمعالجة . وتشير الخبرات إلى أن المرضى الذين لديهم زيادة في الإفراز الزهمي يتحملون السواغات ذات المستوى المنخفض من الدسم ، والمساحيق والمحاليل الغولية والرهيمات الولوعة بالماء والمعاجين القاسية بشكل جيد نسبياً . أما المرضى ذوي الجلد الجاف فإنهم يتحملون بشكل أفضل بكثير السواغات الغنية بالدسم مثل زيت الزنك والمعاجين اللينة والرهيمات الولوعة بالدسم والمراهم . ويمكن استخدام السواغات متوسطة المحتوى الدسمي في الحالات ذات الإفراز الدهني المتوسط .

**معالجات خاصة :**

*الستيروئيدات القشرية السكرية :* لقد حقق استخدام الستيروئيدات القشرية موضعياً تقدماً هائلاً في معالجة التهاب الجلد . وهي معالجة جيدة وتقصر من أمد التهاب الجلد ، ولهذه الستيروئيدات تأثيرات مضادة للنضح والالتهاب والأرج ، لذلك يحدث في العادة تحسن ملموس خلال بضعة أيام . ومن الضروري استخدام الستيروئيدات ضمن سواغ ملائم . ويستطب استخدام الستيروئيدات القشرية القوية كمعالجة بدئية ثم تبدل بستيروئيد أقل قوة بالسرعة الممكنة بعد السيطرة على الحالة وذلك لتلافي حدوث التأثيرات الجانبية للستيروئيدات ( راجع الفصل ٦٧ - التأثيرات الجانبية ) . ويمكن استخدام الرهيمات أو المراهم الستيروئيدية تحت ضماد كتيم في حالات التهاب الجلد الأرجي بالتماس المتحزز أو المزمن المرتشح وذوي الحدود الواضحة . ويجب عدم وضع هذا الضماد الكتيم لفترة تتجاوز مدة ١٢ ساعة في اليوم الواحد لتجنب حدوث الخمج الثانوي .

تعتمد نفوذية الستيروئيدات على الطبقة المتقرنة حيث تشكل فيها مخزناً يبدأ منه النفوذ . ويجب أن نتذكر دوماً أن تطبيقها موضعياً على مساحات واسعة ، وخاصة إذا كان التطبيق تحت ضماد لديني كتيم ، يؤدي إلى امتصاص كميات كبيرة من هذه الستيروئيدات . والحالة هذه مهمة بشكل خاص إذا أصابت التبدلات الالتهابية الطبقة المتقرنة السويّة وأدت إلى تخربها . وكذلك عند الأطفال ، إذ يكون الجلد عندهم رقيقاً . ويمكن لالتهاب الجلد الذي يتظاهر على شكل لويحات إفرادية ( مثل الإكزيمة المتحززة والتهاب الجلد مفرط التقرن المتشقق في اليدين ) أن يعالج بالحقن الموضعي للكورتيزون من معلق بلوري ( تريامسينولون أستيتونيد ) . ومن المهم جداً أن يكون الحقن داخل الأدمة وليس في النسيج الشحمي وذلك لتجنب حدوث ضمور الشحم ، وبالتالي إمكانية حصول انطباع جلدي . وفي الحقيقة فإن الاستخدام الفوري للعلاجات الموضعية الحاوية على الستيروئيدات يمكّننا من تقصير المدة للحصول على الشفاء في التهاب الجلد الحاد والإكزيمة المزمنة ، إلا أنه يجب أن نعلم أن هذه المعالجة شكلية وعرضية وليست سببية ، ولذا يشيع حدوث النكس عند التوقف عن تطبيق العلاج وخاصة في حالة التهاب الجلد المزمن .

*المواد المضادة للجراثيم :* يمكن تحرّي وجود الخمج الثانوي بالجراثيم أو الفطور في حالات التهاب الجلد تحت الحاد أو المزمن . وتتظاهر الآفات الجرثومية على شكل تقوبؤ أو شكل بثرات إذا أصابت ، اليدين أو القدمين . أما الآفات الفطرية فتشاهد بشكل رئيسي في مناطق الثنيات .

ويعتبر المصل الفيزيولوجي مناسباً لإجراء الضمادات الرطبة ، وكذلك نترات الفضة ( المحلول المائي بتركيز ١ إلى ١٠٠٠ ) أو برمنغات البوتاسيوم ( بتركيز ١ إلى ٣٢٠٠٠ ) . ويمكن دهن الآفات الفردية بصبغات التري ميتيل ميثان ( الخضرة اللامعة أو بنفسجية الجانسيان ) وهي فعالة ضد الجراثيم إيجابية الغرام والعفن Mold ، ولكن يجب عدم استخدامها بمحاليل ذات تركيز أعلى من (٠,١٪) في النواحي

مذحية ( الثنيات ) خوفاً من إمكانية حدوث النخر . وإذا ما اشتبه بوجود خمج ثانوي فطري فيمكن استخدام الأدوية المضادة للفطور واسعة الطيف والتي يمكن أن تتوفر ممزوجة مع الستيروئيدات في بعض المستحضرات . وقد وجد أن الكليوكينول ٠,٥٪ مع زيت الزنك أو مع معجون ليِّن فائدة وقيمة خاصة في التهاب الجلد في النواحي المذحية . ويمكن أن تطبق أيضاً معالجة مزدوجة الطبقة ( تطبيق رهيم حاوٍ على ستيروئيد قشري ضعيف ويدهن فوقه الكليوكينول في سواغ ملائم ) .

*الصادات* : لقد توقف استخدام البنسلين موضعياً بسبب قدرته المحسسة العالية . وأكثر الصادات شيوعاً في التطبيق الموضعي هي النيومايسين ، الباسيتراسين ، الفراميسيتين ، الاريترومايسين ، الكلورامفينيكول ، التتراسيكلينات ، والجنتامايسين . ويجب أن نتذكر دوماً أن المقاومة للنيومايسين في تزايد مستمر وأن المرضى المحسَّسين بالتماس في ازدياد أيضاً ، وأن التحسس تجاه التتراسيكلينات أقل نسبياً ، لكن مقاومة المكورات العنقودية لها تتزايد .

*الأدوية المضادة للالتهاب* ***Antiinflammatory Drugs*** : من السهل عادة أن يحدث الشفاء خلال بضعة أيام في حالات التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد وذلك لدى اختيار السواغ المناسب مع الستيروئيد القشري السكري الموضعي ، بينما توجد صعوبات علاجية كبيرة للتخلص من الارتشاح الالتهابي المزمن والتحزز في التهاب الجلد المزمن بالإضافة لوجود ميل للنكس لدى إيقاف العلاج .

لهذا السبب لا تزال الأدوية القديمة تحتل مكانة مهمة في خطة المعالجة وخاصة إذا ما استخدمت بالاشتراك مع الستيروئيدات الخارجية بالتناوب ليلاً ونهاراً أو باتباع طريقة العلاج مزدوجة الطبقة .

*القطران* : يمكن إضافة القطران الفحمي أو الاكتامول **Ichthammol** إلى سواغات مختلفة ، ويفضل منها المعاجين اللينة والرهيمات الولوعة بالدسم أو المراهم ( راجع الفصل ٦٧ المعالجة الموضعية المحددة ـ القطران ) ، ولكن لون القطران الأسود ورائحته يحدِّدان قليلاً من استخداماته . ومن الشائع استخدام القطران الفحمي الصافي في حالات الإكزيمة المتحززة وخاصة إذا كان فيها عنصر أكالي ( حكاك **Prurigo**) . وتقل النفوذية لدى استخدام المحاليل الحاوية على القطران مثل **(Liquor Carbonis Detergens)** . إنّ تحمل القطران النباتي مثل مادة **Brickwood** ( أو **Oleum Rusci** بنسبة ٣٪ في غول ممدد ) أقل من تحمل القطران الفحمي . وتعتبر الرهيمات الحاوية على الستيروئيد والقطران ذات قيمة جيدة . ويجب أن يبقى في الذهن دوماً أن استخدام القطران الفحمي الصافي أو المحاليل الحاوية عليه تؤدي إلى التحسيس من الأشعة فوق البنفسجية ( التهاب جلد ضيائي انسمامي ) . لذلك يجب تجنب التعرض لأشعة الشمس أو المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية أو الأشعة السينية في المناطق المعالجة بالقطران . وفيما عدا ذلك ، يجب استخدام القطران والمواد المشابهة لبضعة أيام فقط بسبب ما يحدثه من تخريش لا نوعي في الجلد المعالج به ، وقد تظهر تأثيرات جانبية مثل التهاب الجريبات الشعرية والعد القطراني .

*الكبريت* : لقد لعب الكبريت دوراً لا بأس به في المستحضرات القديمة . فللكبريت فعاليات مضادة للجراثيم ، ومضادة لانحلال القرنين . وقد كان الكبريت أحد مكونات المراهم الطبية المستخدمة قديماً . مثال : مرهم ويلكنسون الذي استخدم في إكزيمة اليدين المزمنة المتشققة مفرطة التقرن ، وقد يحدث تفاقماً لا نوعياً في التهاب الجلد المزمن .

*حمض الصفصاف* ***Salicylic Acid*** : استخدام حمض الصفصاف في معالجة التهابات الجلد بسبب تأثيراته الحالّة للقرنين والمضادة للجراثيم . ويقال بأنه يزيد من امتصاص الستيروئيد القشري السكري . يستخدم حمض الصفصاف في سواغ دهني ( ٥ ــ ١٠٪ في الوذلين أو في ( **Unguentum Diachylon** أو **Unguentum Molle** ) حيث يحدُّ من حدوث التوسف والتجلب . ويمكن إضافة حمض الصفصاف إلى **Hebrais Unguentum Diachylon** الحاوي على الستيروئيدات . ويجب عدم استخدام حمض الصفصاف لمعالجة مساحات واسعة بسبب حدوث الانسمام الناجم عن امتصاصه .

*مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية* : لقد بذلت جهود كبيرة للتعرف على مواد مضادة للالتهاب غير ستيروئيدية ، وذلك بسبب التأثيرات الجانبية الناجمة عن الاستخدام المديد للستيروئيدات . وتبين أن الأدوية المضادة للالتهاب المستخدمة في الحمى الرثوية ليست بذات فعالية جيدة . ويعتبر **Bufexamac** المشتق من حمض الفينيل أسيتيك قريب في تأثيره من تأثير الستيروئيدات القشرية الضعيفة .

*المعالجات الشعاعية الجلدية* : تستخدم الأشعة السينية اللينة كعلاج فقط في حالات الإكزيمة المزمنة المحددة عندما تكون معندة بشدة على العلاجات الأخرى . ويمكن إعطاء جرعات صغيرة من الأشعة السينية اللينة تحت شروط مناسبة ( ٠,٦ ــ ١ **Gy** ، ثلاث مرات بفاصل مقداره من ٨ ــ ١٠ أيام ) . ويمكن لهذه المعالجة أن تبدل من تفاعل الجلد المريض

وبالتالي تؤدي الستيروئيدات إلى نتائج أفضل . ومن المهم عدم استخدام أية مواد مثل القطران أو الكبريت أو حمض الصفصاف أثناء المعالجة الشعاعية أو بعدها ( التأثير التشاركي ) ، ويسمح فقط هنا بالستيروئيدات الموضعية . ويمكن الحصول على نتائج جيدة في الاكزيمة المزمنة المعممة باستخدام المعالجة الشعاعية البُعادية Teleroentgen Therapy .

**المعالجة الجهازية :**

كثيراً ما لا تتوفر سوى المعالجات العرضية للأشكال المختلفة من التهاب الجلد الحاد وتحت الحاد بالتماس أو الإكزيمة المزمنة بالتماس .

*الستيروئيدات القشرية السكرية :* وهي مواد فعالة جداً في معالجة التهاب الجلد الحاد بالتماس والإكزيمة المزمنة بالتماس . وعلى كل الأحوال يجب أن تستخدم لفترات قصيرة أو متوسطة فقط ( ١ - ٦ أسابيع ) . تعطى في البدء جرعات بين ٤٠ - ٦٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها في اليوم الواحد ، ثم يتم التخفيض وحتى ٥ - ٧,٥ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها بعد أن يحدث تحسن ملحوظ . تعطى الستيروئيدات القشرية السكرية في الآفات الجلدية الشديدة والميّالة للتعمم بشكل خاص ، ويجب ملاحظة مضادات الاستطباب بدقة . وعند حديثي الولادة ، يوصى بإعطاء جرعة أولية بمقدار ١ - ٢ ملغ/ لكل كغ من وزن الجسم من البريدنيزولون أو ما يعادله . أما الستيروئيدات ذات الاستخدام المديد فلا ينصح بها إلا في الحالات الوخيمة من التهاب الجلد من نمط خلل التعرق الناكس المزمن . ويجب أن تكون الجرعة الدوائية أخفض من عتبة داء كوشينغ قدر الإمكان ( ليس أكثر من ٥,٧ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها ) .

*مضادات الهستامين :* كثيراً ما تساعد مضادات الهستامين الفموية على تثبيط الحكة . وكمبدأ علاجي يعتبر منع ارتباط الهستامين بالمستقبلات الخلوية أقل أهمية من التأثيرات المركّنة والمضادة للحكة . لقد جرت عدة محاولات لتقسيم المعالجة بمضادات الهستامين إلى معالجة مركّنة ليلية ومعالجة غير مركّنة نهارية . وتختلف الاستجابة لمضادات الهستامين من شخص لآخر ، لذلك يجب أن نحدد ما إذا كان مضاد الهستامين بتأثيره المركّن سيؤثر على الفعاليات المهنية للشخص . وتستطب المشاركة بين الستيروئيدات ومضادات الهستامين بشكل خاص في معالجة حالات التهاب الجلد بالتماس ذي المساحات الواسعة والمخرش جداً ، ويمكن لمضادات الهستامين أن تعمل عملَ المواد المؤرجة (Allergens) .

*الكالسيوم :* لا تزال مستحضرات الكالسيوم تستخدم كحقن وريدية أو على شكل عقاقير عن طريق الفم لمعالجة الحكة ، بالرغم من أن الشكّ لازال قائماً حول فعاليتها .

*الصادات والعناصر العلاجية الكيميائية :* تستطب هذه المستحضرات في حالات الخمج الجرثومي الثانوي فقط ولابد من تقييم الزمر المقاومة لدى اختيار الصاد المناسب ، وأكثر ما يستخدم التراسيكلين والأوكسي تتراسيكلين والسيفالوسبورين والاريترومايسين ، ويجب تجنب البنسلينات بسبب تأثيراتها المحسِّسة ، كما يتم استخدام مزيج السلفاميتوكسازول مع التري ميثوبريم بحذر للأسباب نفسها .

*مدرّات الملح **Saluretics** :* تستخدم هذه الأدوية أحياناً لمعالجة التهاب الجلد الحاد بالتماس في حالاته الشديدة والمتميزة بالنضح الشديد والوذمة وذلك لتخفيف الوذمة .

**المعالجة العامة :**

يعاني المريض المصاب بالتهاب الجلد المزمن من ضغوط طبية واجتماعية ملحوظة . ولابد من دراسة كل حالة لوحدها حتى نتمكن من انتقاء العلاج المناسب حسب العوامل المسببة . وكثيراً ما تتحرض الإكزيمة وخاصة التأتبية منها بالعوامل النفسية - البدنية . ولذا فإنه من الأهمية بمكان التعاون مع المعالج النفسي أو اختصاصي الأمراض النفسية . ويمكن أن نأخذ بعين الاعتبار استخدام المهدئات والمركّنات .

*القوت :* السؤال الوارد دوماً في حالات التهاب الجلد المزمن هو : هل للقوت علاقة به ؟ وفي الواقع فإنه يمكن للقوت الذي يحتوي على القمح والأرز والخضار لعدة أيام أن تخفف من حدة الوذمة الالتهابية في حالات التهاب الجلد الحاد بالتماس الواسعة الامتداد . ومن المعروف أيضاً أن القوت قليل الملح له فوائده في حالات الإكزيمة المزمنة إلا أنها نادراً ما تطبق بشكل كافٍ . وينصح المريض عادة بالابتعاد عن العوامل التي يعرف عنها بأنها تؤدي إلى التخريش أو إلى تفاقم الآفة مثل الغول والنيكوتين والكافئين والحمضيات . ويفيد تحديد القوت في حالات الإكزيمة التأتبية فقط وذلك إذا ما ثبت وجود أرج لمادة ما عن طريق الاختبار أو إيقاف تلك المادة أو إمكانية التعرض لها ثانية .

*العناية المحافظة وتنظيف الجلد :* إذا ما تم شفاء التهاب الجلد الأرجي بالتماس فمن الضروري العمل على الوقاية من حدوث النكس . فالمريض يُعْلم بأنه يجب أن يتجنب التماس مع المادة المؤرجة المسببة . وينصح بتغيير مكان العمل أو تبديل المهنة كلياً إذا ما كانت الحالة عبارة عن التهاب جلد مهني . وقد

يكون من مسؤولية الطبيب تجاه المريض تحديد وجود عجز مهني وبالتالي مساعدته على التدرب على مهنة أخرى . ومن النصائح المناسبة التي تعطى للمريض هو استخدام العناصر المناسبة المنظفة للجلد لعدة أسابيع . ومن العوامل الهامة لتجنب النكس هو المعالجة المستمرة بعيارات خفيفة من الستيروئيدات السكرية القشرية مقرونة باستخدام المطرِّيات والمرطبات . ويقترح بعض المؤلفين أنه يمكن للمريض أن يتابع مزاولة المهنة بعد أن يصبح اختبار أصفر النترازين سلبياً ( مؤلف البحث لا يستخدم هذا الاختبار ) .

*حماية الجلد* : قد يكون من الضروري ارتداء قفازات مطاطية مبطنة بالقطن ( التحسس تجاه المطاط ) في معظم حالات الإكزيمة المهنية في اليدين . ومن الضروري أيضاً استخدام مرهميات واقية لتجنب حدوث النكس . يتوفر السيليكون ومستحضرات أخرى يعتمد بعضها على الراتين المبدل لشوارد ، مثال : حالة الأرج تجاه الكروم . ومن جهة أخرى ، يعتبر تجنب المواد المؤرجة بالتماس أفضل بكثير من المرهميات الواقية والعازلة .

*إنقاص التحسس النوعي* ***Specific Hyposensitization*** : لقد أجريت عدة تجارب غايتها إحداث تحمل مناعي تجاه مادة ما مؤرجة بالتماس وذلك بتقديم المادة للعضوية عن طريق الفم إلا أن محاولات إنقاص التحسيس ما زالت تفتقر للقيمة العملية .

## الإكزيمة المثيّة Seborrbeic Eczema :

*المرادفات* : التهاب الجلد المثي ، داء أونّا (Unna) ، التهاب الجلد بخلل المث .

**التعريف** : تعتبر الإكزيمة المثيّة جلاداً مزمناً معروفاً جيداً يصيب الأشخاص الذين لديهم مث في الفروة والنواحي الأخرى الغنية بالغدد الزهمية وكذلك النواحي المذحية ( الثنيات ) . وتتميز هذه الإكزيمة بصورة سريرية نموذجية ، كما تظهر الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة وعند البالغين وتأخذ أشكالاً مختلفة . ولا يعرف الكثير عن أسبابها ولقد تمت مناقشة العلاقة بين الإكزيمة المثية والصداف وذلك لأنه يبدو أن الإكزيمة المثية قد تسبق الصداف عند شخص مؤهب وراثياً .

**الحدوث** : لم يتم التأكد من نمط وراثي محدد حتى الآن بالرغم من وجود إصابات عائلية . وقد تصيب هذه الآفة حديثي الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، كما تصيب البالغين والأشخاص الأكبر سناً . وإن نسبة إصابة الذكور أعلى بقليل من نسبة إصابة الإناث ، وكثيراً ما تصيب الشباب الذين لديهم إيجابية مصلية لحمة عوز المناعة الإنسانية **(HIV)** .

**الإمراض** : لا تعرف الأسباب بشكل محدّد غير أنه تم مناقشة العوامل التالية :

*المث ( السيلان الدهني )* ***Seborrhea*** : يبدو أن زيادة نتاج الغدد الزهمية بشكل عاملاً مؤهباً واضحاً . ولا توجد اختلافات ثابتة فيما يتعلق بتركيب الزهم .

إن الأندروجينات الوالدية تُفعِّل نشاط الغدد الزهمية عند حديثي الولادة ، وتوجد زيادة في نتاج الأندروجين من منشأ داخلي في الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، لذا تقتصر هذه الآفة عند حديثي الولادة على الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، والنواحي المفضلة هي الفروة والناحية خلف الأذنية والوجه والصدر والأليتين .

يميل مرضى داء باركنسون للإصابة بالمث والإكزيمة المثية أيضاً . وتؤدي العوامل التي تساعد على احتباس الزهم أو العرق على سطح الجلد ( الصوف ، الحرير الاصطناعي ، الملابس الداخلية المصنوعة من النايلون ) إلى حدوث هذه الإكزيمة ولذا سميت بالإكزيمة الفلانيليرية **Eczema Flanellaire** . لا يوجد أي دليل على وجود تبدلات كيفية في الزهم ، ولا يوجد أي مبرر للمصطلح الطبي « خلل الإفراز المثي » .

*التأثيرات الجرثومية* : لقد اقترح كل من **Unna** و **Sapporo** مسؤولية الجراثيم أو العفن ( الوُبَيْغاء البيضوية ) . إن الاستعمار الجرثومي عالٍ بشكل غير عادي في النواحي المفضلة للإصابة بالإكزيمة المثيّة . وكثيراً ما يكتشف وجود المبيضات البيض في براز حديثي الولادة المصابين بالإكزيمة المثية ، أو في الآفات الجلدية عندهم . ويمكن التحقق من وجود تحسيس تجاه المبيضات البيض عند حديثي الولادة بعدة طرق وهي الاختبارات داخل الجلد ، والكشف عن الأضداد في المصل ، واختبار نقل الخلايا اللمفاوية وكذلك قد يوجد تحسيس تجاه مكونات الجراثيم ( المكورات العنقودية ) . ويبدو أن فعالية الكيتوكونازول في الإكزيمة المثيّة تؤيد فكرة أونا **Unna** .

*عوامل أخرى* : هناك مؤشرات تدل على أن الجهاز العصبي قد يتدخل في الإمراض وذلك من خلال ملاحظة الآفات الجلدية التي تتوضع في ناحية أذية العصب مثلث التوائم ، أو في التهاب سنجابية النخاع ، أو التهاب النخاع التكهُّفي . وكثيراً ما تتطور الآفات الجلدية أو تترقى لدى المرضى الذين يعانون من الشدّة النفسية . وهناك رجحان فصلي واضح مع كثرة الإصابات في فصل الشتاء . وهناك تشابه كبير بين الآفات الوجهية في عوز الزنك والتهاب جلد النهايات المعوي وبين

الإكزيمة المثية على الوجه ، لكن في كل الأحوال لا تستجيب الإكزيمة المثيّة على المعالجة بالزنك الفموي . وتعتبر الإكزيمة المثية شائعة نسبياً لدى الشباب المصابين بالإيدز مما يجعل منها مؤشراً قد يدل على الإصابة بهذا المرض .

ومن الناحية التشريحية المرضية يوجد بعض التشابه بين الإكزيمة المثية والإكزيمة صدافية الشكل المزمنة ، مثل التفاعل الأرجي الآجل ( تفاعل من النموذج الرابع بعد كومبس وجِل ، نموذج إكزيمي ) . وقد يصاب المرضى البالغين المؤهبين للصداف بالإكزيمة المثية التي قد تؤدي بدورها للصداف عبر ظاهرة كوبنز . ويصعب في الواقع تصنيف مثل هذه التبدلات سريرياً ، لذلك تمّ وضع مصطلح الصداف المثّي Seborrhiasis لوصف هذه الحالات الانتقالية .

**الموجودات السريرية** : يوجد لدى أكثر المرضى جلداً مثيّاً . وهذا يرتبط عند البالغين بالجلد الأبيض ـ الضارب للرمادي أو الجلد ذي اللون المائل للصفر ، وخاصة على الرأس والوجه . وكذلك يرتبط بالمسامات الكبيرة والتوسف الخفيف النخالي الشكل .

ويمكن تميز بعض الأشكال سريرياً دون أية صعوبات .

## الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة :

*المرادفات :* التهاب الجلد المثي عند الرضع ، التهاب الجلد المَثّاني Seborrhoid عند الرضع .

**التعريف** : هو داء التهابي إكزيمي يصيب الفروة والثنيات ، يترافق مع احمرار وتوسف دهني عند حديثي الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر عادة .

**الحدوث** : نادر ، وتصيب الإكزيمة المثية هذه بشكل رئيسي الأطفال الذين يعتمدون على التغذية الاصطناعية والميالين لزيادة الوزن ( البدانة ) ، ولا توجد دلائل على العوامل الوراثية .

**الإمراض** : لم تتوضح بعد الآلية الإمراضية . ومن المحتمل أن يكون هناك زيادة في إفراز الغدد الزهمية ناجمٌ عن التحريض بالأندروجينات الوالدية أو الداخلية المنشأ خلال الأسابيع الأولى من العمر . وحديثاً بدأ التركيز على فكرة استعمار الجلد بالمبيضات البيض . وقد بينت إحدى الدراسات المجراة على مائتي طفل مصابين بهذا المرض أنه تم الكشف عن المبيضات في الجلد في ٩٤٪ من الحالات وفي الأمعاء في ٩٧٪ من الحالات .

**الموجودات السريرية** : تتطور الإكزيمة المثية عند الأطفال عادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، ولكنها يمكن أن تظهر كذلك خلال الأشهر الثمانية عشرة الأولى من العمر . والنواحي الأكثر إصابة هي الناحية الجدارية والأجزاء المتوسطة من الوجه ، وثنيات العنق ، والصدر ، والثنيات المذحية الكبيرة ( راجع الشكل ١٢ ــ ٢٠ ) . تظهر وسوف دهنية سميكة صفراء اللون على الفروة دون وجود احمرار التهابي وذلك في الناحية الجدارية وفوق اليوافيخ الأمامية في رأس الطفل . ويعود ذلك لزيادة نتاج الغدد الزهمية وفرط التقرن الخفيف . كما توجد مظاهر فردية للإكزيمة المثية التي قد تتلاشى أو تستمر . ويحدث تخريش جلدي عفوي نتيجة الاستخدام الزائد للمعالجات بالزيوت أو المراهم الدهنية . وتظهر بقع واضحة من الاحمرار الالتهابي ، والتوسف أو تحدث جلبات وسفية الشكل . وتصاب الثنيات الجلدية ( ثنيات العنق ، الإبط ، الثنيات الشرجية التناسلية الفخذية ، وناحية الحفاض ) خلال سير الداء بسبب الحرارة والرطوبة والتعطين . ويمكن مشاهدة سطوح حمامية التهابية ذات قياسات مختلفة وحدود واضحة . وقد يحدث النز في الثنيات ، أو وسوف دهنية أو جلبات وسفية . ويفترض وجود المبيضات البيض أحياناً بسبب وجود التوسف الطوقي لبعض البقع الإفرادية في الناحية الهامشية . وكثيراً ما توجد بقع منتشرة في الناحية الأليوية ، وقد اقترحت تسمية « الصدافاني Psoriasoid » بسبب الشبه الكبير بين هذه الآفات وبين الصداف الشائع . وفي الطب الجلدي الإنكليزي ـ الأمريكي يكثر الحديث عن « الصداف الحفاضي » في الحالات التي يظهر فيها الداء على ناحية الحفاض ممتدة من الناحية حول الشرجية والناحية الأربية ، كما قد تظهر بقع على الوجه أيضاً . وتشبه الاندفاعات البقعية الصداف الشائع إلى حدٍّ كبير ، غير أنه باعتبار أن هذه الاندفاعات الجلدية تشفى خلال أشهر عدة دون أن تنكس فهي ليست بصداف حقيقي .

يكثر حدوث الخمج الثانوي الجرثومي ( المكورات العنقودية المذهبة ) والفطري ( المبيضات البيض ، الفطور البشروية الندفية ) . ويجب فحص البراز في كل حالة لتحري وجود الإصابة بالمبيضات البيض في الجهاز الهضمي ، وكذلك تفحص الأم لتحري وجود المبيضات البيض لديها ( في المهبل أو في الجهاز الهضمي ) .

**الأعراض** : حكة خفيفة أحياناً .

**السير** : مزمن . وقد تختلط بالانتشار العفوي وإلى حدوث أحمرية توسفية ، والتي قد تحدث أيضاً بعد المعالجات المخرشة أو المهيجة والإنذار حسن بشكل عام .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بالتهاب الجلد التأتبي بشكل خاص ولكن هذه الآفة تبدأ عادة بعد الشهر الثالث من

العمر وتتميز بحكة أكثر شدة في مكان الاندفاعات الجلدية . وكذلك يجب تفريقها عن الجرب وداء المنسجات X .

**المعالجة :**

*موضعيّ :* العلاج الأساسي هو إبقاء الجلد جافاً والعمل على تخفيف الالتهاب . يجب تطبيق العلاج الموضعي بحذر بسبب إمكانية حدوث تفاقم الاندفاعات .

*القوت :* لا ينصح إلا بقوت متوازن .

*جهازيّ :* نادراً ما تستطب الستيروئيدات ( بريدنيزولون بجرعة قدرها ١,٠ ملغ/كغ من وزن البدن يومياً ) . لا تعطى الصادّات إلا بعد إجراء اختبارات التحسس إذا كانت هناك دلائل سريرية على وجود الخمج الثانوي . ولا زال موضوع ترافق الآفة مع عوز الفيتامين ب موضع نقاش . تستخدم مضادات الهستامين على شكل شراب في حالات وجود حكة .

*موضعياً :* التبديل المتواصل للملابس الخفيفة ، عدم استعمال خفاضات في الطقس الدافىء أو إذا كانت الظروف غير مناسبة .

*الفروة :* يتم نزع الوسوف بواسطة حمض الصفصاف مذاباً في زيت الزيتون بنسبة ٣٪ . ويمكن للشامبو الحاوي على المنظفات وزيت الزيتون أن ينزع الجلبات الوسفية ، ثم يتم معالجة الآفات على الرأس برهيم ستيروئيدي . ومن الضروري معالجة الخمج الثانوي الجرثومي المحتمل . ويجب تجنب استعمال الضمادات المكتيمة أو الرطبة بسبب احتمال حدوث ترفع حروري أو تفاقم الآفة ، لكن ينصح أحياناً باستخدام الضمادات الرطبة مع فواصل زمنية مجففة .

*الآفات الجسمية :* ينصح بتطبيق الدهونات ( محلول الزنك مع ٥,٠ كليوكينول ) . ويمكن معالجة الثنيات بزيت زنك - كليوكينول (٥,٠٪) . ويجب ألا تستخدم الستيروئيدات إلا على شكل محلول أو رهيم ولفترة قصيرة فقط مع إضافة الصادات عند وجود الخمج الثانوي الجرثومي . ويجب إضافة المعالجات الموضعية بالأمفوتريسين ب أو النستاتين أو الكيتوكينازول في حال الخمج الفطري بالمبيضات البيض . كما يجب معالجة داء المبيضات البيض الهضمي ( فحص البراز ) بالطريقة المناسبة . ويجب تجنب التغسيل بالصابون لما يسببه من تخريش . وقد يكون من المفيد الاستحمام بخلاصة الشوفان أو نخالة القمح أو فول الصويا . ويمكن تطبيق الكبريت في محاليل أو معاجين الزنك ( الكبريت المرسب ٢٪ ) بحذر شديد وذلك بسبب شيوع التخريش الناجم عنه .

## الأحمرية التوسفية
## : (Leiner 1908) Erythrodermia Desquamativa

*المرادفات :* داء لينير .

**التعريف والموجودات السريرية :** قد يؤدي امتداد انتشار الإكزيمة المثية عند حديثي الولادة ( التهاب الجلد الزهمي عند الرضع ) بالنهاية إلى أحمرية ثانوية معممة . تظهر هذه الحالة بالشكل الحاد وتؤدي إلى احمرار التهابي متعمم مع وسوف صفيحية دهنية أكثر وضوحاً على الرأس ومنطقة منتصف الوجه .

**الأعراض العامة :** يحدث ترفع حروري وفقر دم . وبشكل خاص يشاهد إسهال وإقياء . لا يحدث اعتلال عقد لمفي محيطي أو حكة . قد يختلط الداء بالخمج الجرثومي الثانوي ويؤدي إلى الوفاة . يتميز داء لينير باضطراب وظائف الكريات البيض ( اضطراب الجذب الكيميائي ) ويعزى ذلك لوجود عوز في مثبطة المتممة (C5) .

## الإكزيمة المثّية عند البالغين
## : Seborrheic Eczema in Adults

**الموجودات السريرية :** قد يصعب تشخيص الإكزيمة المثية بسبب الاختلافات في الشكل أو التوضع أو السير وذلك على الرغم من أنها تميز على أساس التهاب جلد للوهلة الأولى . ويمكن تمييز الأشكال التالية :

*الإكزيماتيد المثية ( الطفحة الإكزيمية المثية ) :*

وهذا أخف الأشكال إذ تعتبر الإكزيماتيد حالة ما قبل الإكزيمة . تتظاهر بمثٍّ ( سيلان دهني ) واضح مرتبط بفرط تعرق ( فرط تعرق زيتي ) . وتوجد وسوف نخالية الشكل صفراء دهنية على الفروة وعلى الوجه ( وبشكل خاص على الحاجبين ، والأثلام الأنفية الشفوية ) وفي الناحية خلف الأذنية وفي كثير من الأحيان في منطقة منتصف الصدر ، ويحدث التوسف في اللويحات الحمامية ذات الحدود الواضحة غير المنتظمة .

*الحمامى حول الأنف عند النساء الشابات :* وهي أيضاً شكل آخر لكنه معند جداً على العلاج ، سيره مزمن جداً ، والحكة فيه إما غائبة أو خفيفة الشدة ( راجع الشكلين ١٢ - ٢١ و ١٢ - ٢٢ ) .

*الإكزيمة المثية البقعية :*

وهي التظاهرة النموذجية للداء مع سير مزمن أو ناكس في كثير من الأحيان . أكثر النواحي إصابة هي النواحي ذات

الإفراز المثي الشديد : الفروة ، والناحية خلف الأذن ، والأجزاء الخارجية من الأذن والحاجبين وحواف الأجفان ، وفي الأجزاء المتوسطة من الوجه بما في ذلك الأثلام الأنفية الشفوية والجزء المتوسط من الصدر والظهر بالإضافة إلى النواحي المذحية مثل الأقسام الوحشية أو الجانبية للعنق والإبطين والسرّة والناحية التناسلية الفخذية . وتتميز بمث صريح ، وبقع مصفرّة التهابية ، وأخرى احمرارية ذات ارتشاح خفيف وحدود واضحة جداً ، لكنها غير منتظمة وعليها وسوف مصفرّة .

*الفروة :* تبدأ التبدلات باحمرار وتوسف حول الجريب الشعري . ويؤدي اتحاد الآفات إلى تشكل بقع ذات قياسات مختلفة وحدود واضحة وميّالة للاتحاد مع بعضها من جديد مع حمامى التهابية واضحة وارتشاح ووسوف بيضاء مصفرّة مشربة بالزهم . وكثيراً ما تظهر هذه البقع على النقرة وجانبي العنق وخلف الأذنين ، ومن الشائع حدوث شق خلف الأذن يصعب التئامه في العادة ، ويتطور هذا الشق بحدوث الخمج الثانوي الجرثومي ( تقوبؤ ) . كما يمكن أن تصاب القناة السمعية ( مجرى السمع ) أيضاً ، وحينئذٍ يكون هذا التوضع هو التوضع الوحيد ويتميز بحمامى ووسوف دهنية وحكة أحياناً . ومن الصعوبة بمكان معالجة هذه الحالة ، وهي ميّالة للنكس .

*الوجه :* تفضل الإكزيمة المثية المناطق المركزية من الحاجبين والأنف وبشكل خاص الثلم الأنفي الشفوي والثنيات تحت الذقنية . وتتصف باحمرار واضح الحدود ، أو بحدود غير منتظمة مع وسوف دهنية ، ويعتبر نموذجياً ، في العادة ، أن تكون البقع مرتشحة بشدة . ويلاحظ أحياناً حدوث تحسس ضيائي أو تخريش بسبب الأشعة الشمسية أو الأشعة فوق البنفسجية الصنعية .

*الجذع :* يحدث احمرار التهابي حول الجريبات الشعرية في ناحية منتصف الصدر وأقل من ذلك بين لوحي الكتف . تتحد هذه البقع مع بعضها البعض لتشكل سطوحاً بَتَلانية[1] الشكل Petaloid لها حدود واضحة أو ذات مراكز متعددة وحمامى هامشية . التوسف خفيف عادة بسبب انفصال الوسوف المستمر الناجم عن فرط التعرق ، ويندر حصول تحوصل أو تجلّب . وكثيراً ما تحدث الإكزيمة المثيّة أمام القص في فصل الشتاء بسبب اضطراب التهوية الناجم عن الملابس الشتوية .

*الإكزيمة المثية المذحية :*

ليس هناك اتفاق في وجهة النظر العالمية على أن هذا الشكل هو أكزيمة مثية . وتعرف من قبل الكثيرين على أنها إكزيمة مذحية مزمنة ( راجع الإكزيمة المذحية في نفس الفصل ) . وعلى كلٍّ فإنها يمكن أن تنشأ نتيجة لتفاقم إكزيمة مثية بقعية . تصاب بهذه الآفة النواحي المذحية ( الثنيات ) : الإبط ، الناحية تحت الثدي ، السرّة ، المغبن والناحية حول الشرج . وكما هي الحال عليه في الإكزيمة المذحية المزمنة ، تشاهد حمامى واضحة الحدود مع وسوف دهنية ، وتشققات أحياناً مترافقة مع خمج ثانوي جرثومي أو فطري ، وذلك بسبب عدم العناية بالنظافة . ويمكن أن تصاب الناحية التناسلية كذلك . ومن العلامات البارزة الاحمرار والتوذم الالتهابيين . وفي مثل هذه الحالات لابد من التميز بين داء المبيضات البيض والمذح .

*الإكزيمة المثيّة المنتثرة :*

يمكن لهذه الآفة أن تكون حادة أو تحت حادة ، وتظهر على شكلين : فإما أن تحدث دون وجود أي سبب معروف ، أو أن تنتج عن آفة مخرشة موجودة سابقاً . مثال : بعد التعرض لأشعة الشمس ، أو بسبب وجود عدم تحمل لعلاج موضعي ما حيث تنتشر تبدلات التهابية جديدة ونضحية بشكل أشد . تتوضع هذه الآفة في الرأس وخاصة منتصف الوجه ، وجانبي العنق ، والصدر ومنتصف الظهر بالإضافة إلى الإبطين والناحية تحت الثدي والحلمتين والسرّة والناحية المغبنية التناسلية والثنيات الخاصة بالمفاصل الكبيرة . وتكون الآفات ذات قياسات مختلفة ، وتنتشر بشكل متناظر ، وتبدي احمراراً التهابياً وتوسفاً ، وقد تكون تآكلية ، نازّة أو تجلبيّة . وهناك تشابه كبير مع الإكزيمة المذحية . وكثيراً ما تختلط الافة بالاخماج الثانوية الجرثومية أو الفطرية ، وخاصة بالمبيضات البيض التي تتوضع في النواحي المذحية . وتزداد الأعراض التخريشية والحكة في مثل هذه الحالات . ويجب تميز هذه الحالة عن إكزيمة التماس والصداف الشائع والإصابة بالمبيضات البيض .

*الإكزيمة المثّانية النخالية الشكل* **Pityriasiform : Seborrheid**

وهي آفة نادرة جداً يحتمل أن تكون أحد أشكال الإكزيمة المثية . وتحدث على شكل حاد أو تحت الحاد كطفح على الجذع شبيه بالنخالية الوردية إلى حدٍّ كبير . تتظاهر على شكل بقع مدورة أو بيضاوية متطاولة تبعاً للخطوط الوربية الصدرية ، وهي بقع حمامية التهابية عليها وسوف خفيفة نخالية الشكل ذات توضع مركزي غالباً ، أو تكون ممتدة فوق سطوح واسعة . تصاب الأجزاء القاصية من الأطراف أيضاً ، وكذلك الوجه والعنق . لا تشاهد هنا بقعة الطليعة ( البقعة الأم ) خلافاً لما يحدث في النخالية الوردية ولا توجد وسوف محيطية .

(١) بتلانية نسبة للبتلات وهي وريقات التويج في الزهرة

الأحمرية المثيّة **Seborrheic Erythroderma** :

في بعض الأحيان يكون ميل الإكزيمة المثية للتفاقم واضحاً . ويحدث تعمم الآفة نتيجة عدم تحمل المعالجات الخارجية أو بسبب التحسيس بالتماس مع العلاجات الموضعية .

**الأعراض** : الأعراض الشخصية خفيفة عادة في الإكزيماتيد المثية والإكزيمة المثية البقعية ، وقد تترافق بحكة إذا ما كانت البقع مرتشحة . لا تتأثر الحالة العامة في هذه الإصابة . ومن الشائع جداً حدوث تبدلات في الأجفان ( التهاب الأجفان مثلاً ) . وقد يكون التهاب الأجفان الإكزيمي المزمن التظاهرة الوحيدة للإكزيمة المثية .

**التشريح المرضي النسجي** : هناك تسمك شُواكي على حساب البشرة مع فرط تقرن وخطل تقرن ، ونتح مصلي في الطبقة المتقرنة ، ويشاهد تجلّب ووذمة بين الخلايا في الطبقات البشروية السفلى ( سفاج ) ووذمة في الأدمة العليا ، علاوة على رشاحة التهابية حول الأوعية باللمفاويات والمنسجات . وإن خراجات مونرو Munro التي تصادف في الصداف تكون غائبة هنا .

**السير** : تتميز الإكزيمة المثية والإكزيمة المثية البقعية بسير مزمن عادة . تتحسن التبدلات الجلدية باستخدام العلاج المناسب ولكنها سرعان ما تنكس لدى إيقاف العلاج . ويجب تحديد الإنذار بدقة في الأشكال المنتثرة أو المذحية بسبب صعوبة العلاج والميل لحدوث التحسيس بالتماس . وكثيراً ما يصعب التميز بين الإكزيمة المثية والصداف الشائع عند المرضى ذوي الإفراز المثي الزائد . وقد تتحول الإكزيمة المثية إلى صداف شائع من خلال ظاهرة كوبنر Koebner عند الأشخاص المؤهبين للإصابة بالصداف .

**العوامل المساعدة في وضع التشخيص** : مث زائد وواضح عند مريض مصاب ببقع التهابية ذات وسوف دهنية في نواحي الإفراز المثي الشديد أو في النواحي المذحية .

**التشخيص التفريقي** : من الصعوبة بمكان التميز بين الإكزيمة المثية والإكزيمة المثية البقعية وبين الصداف الشائع عند المرضى ذوي الإفراز المثي المفرط . وأكثر ما يظهر الصداف الشائع على الفروة عند خط نبت الأشعار . وتكون الوسوف في البقع جافة في العادة . وتساعد الظواهر الصدافية النموذجية الموجودة في الاندفاعات الجلدية في وضع التشخيص ، وكذلك الكشف عن آفات صدافية أخرى ، ووجود التبدلات الظفرية النموذجية . ويجب التفكير بالقوباء المعدية لدى وجود اندفاعات على الرأس والوجه . ويجب التفكير بالصداف الشائع وأدواء المبيضات في الثنيات بشكل خاص في حالات الإكزيمة المثية المذحية . أما حالات الإكزيمة المثية المنتثرة فلابد من تفريقها عن النخالية الوردية والإكزيمة الأرجية بالتماس المنتثرة والإكزيمة النُمية ( الدرهمية ) . أما في حالات الأحمرية الناجمة عن الإكزيمة المثية فلابد من تفريقها عن الأحمرية الشيخية المترافقة بتورم العقد اللمفية والدنف ، وعن متلازمة سيزاري التي قد تتظاهر بتبدلات جلدية تشبه الإكزيمة المثيّة في بادىء الأمر .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى الصادّات تبعاً لنتائج اختبارات التحسس فقط في حالات الخمج الثانوي الشديد . وفيما عدا ذلك يمكن تجربة التراسيكلين عند البالغين المصابين بالأشكال المزمنة الناكسة ( في الأسبوع الأول : ١ غ يومياً ، وفي الأسبوع الثاني : ٠,٥ غ يومياً ، واعتباراً من الأسبوع الثالث : ٠,٢٥ غ يومياً ) . لا يستطب إعطاء الستيروئيدات القشرية إلا في حالات الإكزيمة المثيّة المنتثرة الميالة لحدوث اختلاطات وذلك بجرعة متوسطة ( بريدنيزولون ٤٠ — ٦٠ ملغ/اليوم للكبار ) . ويعطى الإيزوتريتينوئين عادة بجرعات خفيفة لإنقاص الإفراز المثي .

*المعالجة الموضعية* : يجب أن تكون المعالجة طويلة الأمد بسبب الميل للنكس . تصمّم المعالجة وتوجّه لتخفيف الالتهاب وتثبيط الجراثيم . ومن المهم إدراك كون الإكزيمة المثيّة جُلاد تخريشي ، لذا يجب تجنب استخدام السبل العلاجية الشديدة .

*آفات الفروة* : تدعو الحاجة للشامبو لغسيل الفروة ، وبشكل خاص تلك التي تحوي مواداً حالّة للقرنين ومضادة للجراثيم مثل كبريت السيلينيوم وكبريت الكادميوم ، بيريتيون الزنك ، الإيكونازول ، حمض الصفصاف ، القطران . وفيما عدا ذلك ينصح باستعمال الشامبو المنظف غير الحاوي على مواد إضافية خاصة .

أما الصبغات المضادة للإفراز الدهني فتحوي على الكبريت وحمض الصفصاف والريزورسينول ، أو الأستروجينات غير المؤنّثة . وينصح بتطبيق التركيبة التالية : حمض الصفصاف ٢ ، ريزورسينول ٢ ، غول ٣٠٪ تكمل حتى المائة ) .

كما يمكن وصف الستيروئيدات القشرية السكرية ضمن سواغ غولي لفترات قصيرة الأمد ، ويمكن إضافة القطران إليها . ولا يمكن الاستغناء عن الستيروئيدات عندما تكون التبدلات الالتهابية أكثر وضوحاً . ويمكن استخدام الرهيات أو المحاليل أو الهلامات كسواغ مناسب باعتبار أنّ المراهم قليلة التحمُّل هنا لأنها تؤدي إلى التصاق الأشعار بعضها ببعض . وينصح بتطبيق الإجراءات التالية ٢ ـ ٣ مرات أسبوعياً :

تطبيق رهيم ستيروئيدي تحت ضماد لديني كتيم مساءً ثم غسل الفروة صباحاً بالشامبو المناسب ثم تطبق صبغة غولية ، علماً بأن بعض المرضى لا يتحملون الصبغات الغولية .

ويمكن إزالة التجلبات التوسفية في الفروة والرأس باستخدام حمض الصفصاف (٣ – ٥٪) ضمن مرهم من البولي إيتلين غليكول أو من Adeps Benzoinatus خلال الليل والذي يغسل صباحاً . ويمكن تجريب رهيم حاوٍ على الكيتوكينازول أيضاً .

*البقع الموجودة على الوجه والجسم :* لا شك أن معالجة الإكزيمة المثية صعبة وتحتاج إلى صبر كثير . ومن العوامل المهمة لدى مرضى الإكزيمة المثية هو أنهم لا يحتملون السواغات الدهنية بشكل جيد . وينصح باستخدام المواد المنظفة الخالية من القلويات . ويمكن استخدام محلول حاوٍ على حمض الصفصاف (٢ – ٣٪) والريزورسينول (٢٪) في إيتانول ٥٠٪ لإزالة الإفراز الدهني عن جلد الوجه ، ويمكن أيضاً استخدام مسحوق حاوٍ على الكبريت أو المواد التزويقية القابضة المستخدمة في معالجة العُد أثناء النهار .

وكثيراً ما يحتاج الأمر إلى استخدام الرهيمات الحاوية على الستيروئيدات القشرية السكرية . وعلى كل يجب استخدام الستيروئيدات الخفيفة إلى متوسطة الشدة ولفترة قصيرة نسبياً مع الكليوكينول لأنها تؤدي إلى ظهور تأثيرات جانبية ( التهاب جلد ما حول الفم شبيه بالوردية ، حمامى متوسعة الشعريات أو ضمور ) ، كما يشار باستخدام الكيتوكينازول في سواغ رهيمي .

أما خلال الليل فيجب استخدام العلاجات المجففة [ محلول الزنك مع الكليوكينول (٠,٥) مع الاكتيول (٢ – ٥٪) أو أحدهما أو مع الكبريت (٥٪) ] . وتستجيب البقع النازة بشكل خاص إلى الصباغات ( الخضرة اللامعة في الماء بنسبة ١٪ ) .

ولقد تبين أن الاستحمام بنخالة القمح أو دقيق الشوفان أو خلاصة الصويا يساعد كثيراً ، وكذلك الأمر بالنسبة للمنظفات المستخدمة على شكل مواد إضافية مزيلة للإفراز الزهمي . وقد تؤدي إضافة الكبريت إلى حدوث تخريش .

ويمكن استخدام المراهم العينية الحاوية على الهدروكورتيزون بعد استشارة الطبيب العيني في التهاب الأجفان المثي ( الزهمي ) ويحتمل إضافة الصادات .

*تحذير :* مضادات الاستطباب : السادّ والزرق .

## الإكزيمة النُّمية ( الدرهمية ) Nummular Eczema : [ Devergie : ١٨٥٧ ]

*المرادفات :* التهاب الجلد النمي ، الإكزيمة الجرثومية النمية ، الإكزيمة القريصية .

**التعريف :** هي عبارة عن بؤر إكزيمية نازة ومتجلبة منتثرة ذات شكل درهمي وحدود واضحة عادة .

**الحدوث :** تصيب الكهول غالباً الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ – ٧٠ سنة وهي أكثر حدوثاً عند الرجال .

**الإمراض :** لا تعرف الآلية الإمراضية بشكل جازم ، وقد تتداخل عدة عوامل . ولقد افترض أن الآفة يمكن أن تتحرض بواسطة الجراثيم ، إما بشكل مباشر ، أو عن طريق تفاعل أرجي بالتماس نحو المستضدات الجرثومية ، ومن هنا جاءت تسميتها بالإكزيمة الجرثومية . وبالرغم من أنه يغلب الكشف عن وجود مكورات عنقودية وعقدية في البؤر الإكزيمية النضحية إلا أنّ دورها في الآلية الإمراضية ما يزال غير واضح . كما أن العلاقة بين الإكزيمة النمية والتأتبية ما تزال موضع شك . ويمكن العثور على بؤر خمجية في بعض الأحيان ( التهاب قصبات مزمن ، توسع قصبي ، التهاب موثة مزمن ، التهاب لوزات مزمن ) إلا أن دور هذه البؤر الإمراضي لا يزال مجهولاً . وقد تكتشف الاختبارات الرقعية وجود التهاب جلد حاد أرجي بالتماس .

وقد يكون الأرج بالتماس الجرثومي مسؤولاً عن الإزمان والميل للانتشار . ولا توجد أية أسس يمكن الاعتماد عليها في اعتبار التحسس الطعامي أو الشدّة النفسية أسباباً . وكثيراً ما لا يمكن التعرف على السبب .

**الموجودات السريرية :** يبدأ الداء عادة ببؤرة صغيرة وذمية قليلاً ، حمامية ، ذات حدود واضحة أبعادها من ٠,٣ – ١ سم وحطاطات حويصلية يسهل جَسُّها أحياناً أكثر من رؤيتها . تؤدي الحدثية النضحية إلى تآكل الحويصلات ، وبذا يتكون المظهر السريري عادة من بؤر حمامية ذات شكل درهمي وحدود واضحة وبقطر يصل إلى ٥ سم أو أكثر مع جلبات صفراء أو سوف تجلّبية . وقد يؤدي الامتداد المحيطي ( الهامشي ) للآفة مع التراجع المركزي إلى منظر يشبه الإصابات الفطرية . أما عدد الاندفاعات فمختلف وقد تصادف أحياناً آفة واحدة فقط . وقد تتطور أعداد كبيرة من الاندفاعات معاً وبشكل حاد وثنائي الجانب أو حتى بشكل متناظر أحياناً . تأخذ هذه الاندفاعات بالزيادة في الحجم . كما يمكن للبؤر الإكزيمية الجريبية أو ذات البؤر الصغيرة الواسعة

الانتشـار والمتناظرة أن تتطور بشكل حاد . وأكثر النواحي إصابة هي الساقين والجذع وخاصة في القسم العلوي من الظهر والذراعين . وكثيراً ما يبدأ الداء عند الشباب والشابات على ظهر اليدين والساعدين ( راجع الشكل ١٢ ـ ٢٣ ) .

**الأعراض** : لا توجد أعراض مجموعية ، ولا تصاب الأغشية المخاطية الفموية . يشكو المرضى من حكة متوسطة الشدة أو شـديدة مع خدوش عادة . لا يزداد عيـار IgE في المصـل ، وتحدث زيادة في عيار الأنتي ستربتوليزين .

**التشريح المرضي النسجي** : عبارة عن صورة نموذجية لإكزيمة حادة أو تحت حادة مع تبدلات التهابية نضحية وحويصلات سفـاجيـة بشـروية . كما توجد وذمة ورشـاحة التهابية يغلب توضعهـا حول الأوعيـة في الأدمة العـليـا مع تسمُّك صدافي الشـكـل في البشـرة ( شُـواك مع فرط تقرن وخطـل تقرن متقطعين ) دون وجود خراجات مونرو المميزة للصداف .

**السير** : تميل الإكزيمة للإزمان مع سير متموج ، وكثيراً ما يعاني المصابون من الداء سنوات عدة . ويعطى الإنذار بحذر بسبب الميل للنكس والصعوبة النسبية في المعالجة . ويجب البحث عن الخمج الجرثومي الثـانوي وعن العوامل المسببة لالتهاب الجلد التخريشي أو الأرجي بالتماس .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يميز عن العديد من الجلادات :

*البؤر الوحيدة :*

وهذه قد تشبـه السعفـة الجسميـة ، ويحسم الأمر بإجراء التحري المبـاشـر للفطور . أما الاندفاعات الإفرادية الدرهميـة الصـدافية فتخلو من الحويصـلات ، كما يجب التفكير بالقوباء المعدية .

*البؤر النمية المنتشرة :*

وهنـا يكون عدد الاحتمالات التشخيصية التفريقية البديلة أكبر :

ـ *الإكزيمة التأتبية النمية* : قد يتظاهر التأتب عند الأطفال ( قبل سن البلوغ ) ، وبشكل خاص على الساعدين والساقين ، على شكل آفات قريصية منتشرة مع حمامى التهابية وارتشاح خفيف يترافق عادة مع توسف وعلامات التخديش . أما عند البالغين ، وبشكل خاص عند النساء اللواتي لديهن نقصاً في الإفراز المثي ، فقد يتظاهر الميل للتأتب عندهن على شكل آفات إكزيمة نمية فقط ، تأخذ عادة شكـلاً قريصيـاً ، لكنهـا في الأغلب قليـلة النضح وتصيب ظهر اليدين والسطوح البـاسطة للسـاعدين ونـادراً السـاقين . تميـل الآفات للتحزز عادة . ومن العوامل المساعدة في وضع التشخيص : وجود تأتب في قصة المريض ، والاختبارات داخل الجلدية ، واختبار RAST وتحديد IgE .

ـ *إكزيمة بانعدام الإفراز المثي المنتشرة* : تتوضع هذه الإكزيمة على السطوح الانبسـاطيـة للأطراف عند الأشخاص الذين لديهم نقص في الإفراز المثي ، وعند متوسطي العمر ، والأشخـاص الكهول الأكبر سناً .

ـ *نظير الصداف اللويحي ( داء بروك Broeq's Disease )* : تتوضع الآفات الإكزيمية النمية المعندة على العلاج والتي لا تنضح أبداً ( لا توجد حويصلات أو جلبات ) على الجذع عادة . وفي معرض تمييزها لابد من الانتبـاه إلى متلازمة أخرى شبيهة بها تدعى بالصداف الكاذب ( التهاب الجلد السطحي المزمن ) ، كما تدعى أيضاً بالجلاد الأصبعي بسبب التوزع الذي تأخذه . تصيب هذه المتلازمة الأطراف عادة وتتميز باندفاعات واضحة الحدود ، بيضوية أو مدورة أو ذات شكل غير منتظم ، حمامية وغير مرتشحة مع وسـوف نخالية الشكل وحكة خفيفة إن وجدت . المرضى هم عادة من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ ـ ٥٠ سنة . وتشكل هذه الاندفاعات مشكلة تجميلية بسبب مقاومتها للمعالجة ، ومن المحتمل عدم تحولها إلى الفطار الفطراني (Mycosis Fungoides) .

ـ *الإكزيمة الأرجية بالتماس* : يمكن لهذه الآفة أيضاً أن تتظاهر على شـكـل نُمي . ويجب التفكـير بها إذا كانت الاندفاعات مقتصرة على ظهر اليدين والقدمين . أما المستضـدات المتهمـة فهي النيكـل ، والكـرومـات ، الفـورمـالدهيـد والعـلاجات الموضعية ، مع وجود قصه مهنية تساعد في التشخيص .

ـ *التهـاب الجلد القريصي النضحي والحزازاني* : وسمي بداء Sulzberger – Garbe ، ولا يزال موضوع وجود مثل هذا الداء مـوضـع شـك . يصـيب الرجـال عـادة في عمـر من ٤٠ ـ ٧٠ سـنـة ، ويوصف بأنه جلاد منتشر شـديد الحكة يتوضع على السطوح الانبساطية للأطراف والأقسام العلوية من الصدر وكذلك على البطن والإبط والجزء السفلي من الوجه . ويصاب القضيب والصفن أيضاً بشكل منتظم . وهناك خلاف حول البدء الحاد لهذا الجُلاد الغـامض من النـاحيـة السببيـة . وتصادف أحياناً كثرة الحمضات في الدم .

وتحدث ثلاثة أنواع من الآفات : (١) آفات قريصية تجلبية تذكرنـا بـالإكزيمـة النميـة ، (٢) نواحي من التحزز المنتشـر ، (٣) حطاطات حزازانية ( من هنا جاءت التسمية oid – oid Disease ) .

**المعالجة** : يجب البحث عن العوامل المحرشة .

*المعـالجة الجهازية* : تعـالج البؤر الخمجيـة ، حيث تستخدم

الصـادات واسعة الطيف إذا اقتضى الأمر بعد تحديد المقاومة الجرثوميـة للآفات الجلدية عندما يكون ذلك ممكنـاً . تعطى الستـيروئيـدات القشـرية السكرية بجرعة متوسطـة ( ٤٠ – ٨٠ ملغ من البريدنيزولون أو ما يعادله ) في الحالات الشديدة فقط ولمدة قصيرة من الزمن .

*المعالجة الموضعية :* الإكزيمة الثمية ( الجرثومية ) عبارة عن التهاب جلد مخرش . قد تكـون الراحة في السـرير مهمـة جداً . لا تُحتمل المراهم الدهنية أو المستحضرات الحاوية على القطران في الآفات الجلدية النضحية ( خطر التفاقم ) . تساعد الضمادات الرطبـة والرهيمات الستيروئيدية إلى حدٍّ بعيد . أما في الآفات النـازة بشـدة فتطبق الأصبغـة القـابضـة والمجففـة ( بنفسجية الجانسيـان أو الخضرة اللامعـة محلولة في الماء بنسبة ١٪ ) ، وكـذلك صبغـة كاستـلاني . وللستيروئيدات القشرية المفلورة فوائد إضافية بالرغم من أنها كثيراً ما تؤدي إلى أعراض جانبية ، ويجب استخدامها ضمن سواغات غير دهنية ( محلول ، رهيم ، معجـون ) مع النيـومـايسـين ، أو مع الكـليوكينول بشكـل خاص . أما بعد تراجع الحدثيـة النضحيـة ، فيمكن استخدام المعـاجين أو المستحضرات الجافة المضـاف إليها الكليوكينول (٠,٥ – ١٪) ، والاكتيـول (٢ – ٥٪) أو تجريب القطـران بـالتنـاوب مع الرهيمات الستـيروئيـديـة بـالتراكيز الأقل قدر الإمكـان . ويمكن أن تشـرك هذه المعـالجة مع الأشعـة فوق البنفسجية .

يمكن استخدام المحاليـل الستيروئيدية حقناً ضمن الآفة في الآفـات الوحيـدة ذات الارتشـــاح الواضـح . ومن المفيـد الاستحمام بالزيوت أو العناصر الحاوية على مضادات الالتهاب الإضافية . ولابد من استخدام المطريات يومياً على الجلد .

## التأتب والإكزيمة التأتبية

## Atopy and Atopic Eczema :

### التأتب Atopy :

**التعريف والمقدمة** : لقد عَرَّف كلٌ من كوكا Coca وكوك Cooke ( عام ١٩٢٣ ) التأتب بأنه الميل لحدوث اضطرابات أرجية نوعية ، وخصّوا بالذكر الإكزيمة التأتبية والربو القصبي الأرجي والتفـاعـلات الأرجيـة النـاجمـة عن غبـار الطلـع "Pollen" مثـل حمّى الكـلأ Hay Fever والتهاب الأنف والتهاب الملتحمة . إن هذا الميل وراثي ويمكن الكشف عن الغلوبولين المناعي IgE بالطرق المناعية الشعاعية ( RIST أو PRIST ) .

يكـون التفـاعـل المنـاعي من النموذج المبـاشـر أو العـاجل ( النمـوذج I ، Coombs و Gel ) ويمكـن أن تحدث نمـاذج سـريرية مختلفة اعتماداً على المستأرج ، مثال : التهاب ملتحمة وأجفـــان أرجي ،والتهـــاب الأنف الأرجي والربـو القصبي الأرجي ، وكـذلك الشـرى والخزب الوعـائي ولاسيّما بعد دخول المستأرج إلى الدم ( عن طريق الفم ) . ويجب ألا تفسَّر التظاهرات السر. ة للإكزيمة التأتبية بشكل مطلق على أنها تفاعل من النموذج العاجل المتواسط بالغلوبولين IgE .

ويعتقد أن الميل للتأتب ، أي الزيادة في إنتاج الغلوبولينات المناعية من نوع IgE ذو وراثة عديدة المورثات ( الجينات ) . وقد تؤدي الجينـات المنظمة مناعياً والمرتبطة بالهلا HLA إلى حدوث التفـاعـل من النموذج I . وعلى كل حـال فقـد تتبع تظاهرات المتلازمات السـريرية طرقاً وراثية متعددة العوامل بحيث يمكن للعوامل البيئيـة ( الخمج ، الشـدّة ، الاضطرابات النفسية ) أن تلعب دوراً هاماً فيها . والمريض التأتبي عادةً مفرط التفـاعـل Hyperreactor ، ويحتمـل أن يكون ذلك بسبب الزيادة النسبية في قابلية إطلاق Releasability الوسائط المحدثة للمرض .

وفي العـادة ، فإن التـأتب يتظـاهر سـريرياً على شكل ربو قصبي أرجي أو التهاب أنف أرجي أو إكزيمة تأتبية ، وقد تظهر هذه الأمراض في وقت واحد أو أنها قد تتعـاقب بالظهور . فالطفولة البـاكـرة تتميز عادة بوجود الإكزيمة التـأتبيـة ( قبعة المهد ) ، بينما يسيطر حدوث الأرج بغبار الطلع في سن الطفولة المتـأخرة واليفع البـاكـر ، أما في سن الكهولة فيغلب حدوث الإكزيمة التـأتبيـة أو الربو القصبي الأرجي أو كليهمـا . ومن الضروري جداً التعرف على المستـأرجات الموجودة في البيئـة والتي تحرِّض على الداء وتسيطر عليه ، والبدء بالمعالجة المخففة للتحسيس إذا اقتضى الأمر ذلك .

وينصح بإجراء الاختبارات داخل الجلدية إذا ما أريد إثبات وجود التـأتب وذلك بـاستخدام مستـأرجات سـوس الغبـار المـنزلي ، وأشعـار القطط والطلع العشبي . ويبدو أن هذه المستأرجات كثيراً ما تعطي تفاعلات جلدية إيجابية من النموذج العاجل ( انتبار ووهيج ) عند التأتبيين . كما يمكن معايرة أضداد من نمط IgE الموافقـة في المصـل بواسطـة اختبـارRAST . ويتوافق الابيضـاض الآجل بعد الاختبارات الجلدية بالأستيل كولين أو الميكوليل Mecolyl أو الحمض النيكوتيني مع التأتب أيضاً .

**الإمراض** : يبـدي مرضى التـأتب فرط تفـاعل داخلي المنشـأ ويستطيعـون التفـاعـل من جراء التماس مع المستـأرج بحيث

يتكون أضداداً غير سويّة من الناحية الكمية من النموذج IgE . وستتم مناقشة لاحقاً فيما إذا كانت التفاعلات الأرجية تلعب دوراً في إمراض الإكزيمة التأتبية .

المستأرجات الهامة التي يجب أخذها بعين الاعتبار فهي عدة بروتينية أو بروتينية سكرية كتلك الموجودة في الغبار المنزلي ، وغبار الطلع ، وظهارة الحيوانات ، وأبواغ الفطور والمواد الغذائية ، حيث تشكل اللمفاويات البائية ( البصوريات ) أضداداً من نوع IgE مضادة لهذه المستأرجات . ويمكن الكشف عن هذه الأضداد في مصل المرضى بواسطة اختبار RAST . وتحدث التبدلات السريرية في الناحية من الجسم التي حدث فيها تفاعل الضدّ ـ المستضد ، وترتبط أضداد IgE النوعية بالخلايا البدينة والكريات البيض الأسسة من خلال المكونة Fc وبالتالي إلى المستقبلات النوعية . تطلق إشارة لدى التماس مع المستأرج عن طريق ترابط جزيئات الغلوبولين IgE المتجاورة ، وتدخل شوارد الكالسيوم مسببة تبدلات في النيوكليوتيد الحلقي داخل الخلوي مما يؤدي إلى تفعيل خلوي معتمد على الطاقة وبالنهاية إلى تحرر الهستامين من الحبيبات متبدلة اللون لهذه الخلايا . كما يتم تحرر وسائط أخرى فعالة حيوياً غير الهستامين ، مثل العامل المفعِّل للصفيحات (PAF) ، وعامل الجذب الكيمياوي للحمضات (ECF) ، وعامل الجذب الكيميـاوي للعَـدِلات (NCF) ، والكنيكرين : الخميرة المحرِّرة للبراديكينين . وفي النهاية تتشكل البروستاغلاندينات واللوكوترينات التي هي عبارة عن المواد المبطئة التفاعل الخاصة بالتأق (SRS.A) هذه الوسائط المحرِّرة هي التي تسبب المظاهر النضحية ـ الالتهابية .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر التأتب عند المرضى في ناحية التماس مع المستأرج :

ـ على *الجلد* كإكزيمة تأتبية ( وكذلك الشرى ) .

ـ في *العينين* على شكل التهاب ملتحمة أرجي .

ـ في *مخاطية الأنف* على شكل التهاب أنف أرجي ( حُمّى الكلأ ) .

ـ في *الرئتين* على شكل ربو قصبي أرجي .

أما المستأرجات المحرضة التي يجب أخذها بعين الاعتبار فتتضمن غبار الطلع وسوس الغبار المنزلي وظهارة الحيوانات والأبواغ الفطرية والألياف ، والغبار المهني وكثيراً من مواد أخرى موجودة في البيئة .

**التشخيص** : لدى التقصّي عن وجود التأتب يجب أن تولى أهمية خاصة للقصة الأرجية التي تعتبر حاسمة وتفرض إجراء الاستقصاءات المشخِّصة .

ـ *كثرة الحمضات* : إن لكثرة الحمضات في الدم المحيطي أسباباً عديدة أخرى . وإن لوجود الحمضات في المفرزات القصبية فائدة تشخيصية إذا ما وجدت بعد التماس مع المستأرج .

ـ *الاختبـارات الجلدية* : تتضمن الاختبـارات الجلدية تطبيق المستأرجات على الجلد . ويتم عادة إجراء أنواع مختلفة من الاختبـارات الجـلدية اعتماداً على درجة التحسس ونموذج المستأرج ( راجع الفصل ١١ ـ اختبارات الجلد ) : اختبار الاحتكاك ، اختبار الوخز ، اختبار التخديش ، والحقن ضمن الجلد .

وكثيراً ما يكون البدء بإجراء الاختبارات داخل الجلد باستخدام خلاصات المستأرجات الممزوجة التي تحتوي على عدة مستأرجات ، مثال : خلاصات غبار طلع الأشجار المركبة ، أو خلاصة مستأرج الأسماك . ولا تجرب خلاصات المستأرجات الفردية إلاّ عندما تكون نتيجة اختبارات المستأرجات الممزوجة إيجابية ، مثال : خلاصة غبار طَلْع أشجار البتولا .

يصل التفاعل الشروي العاجل إلى أوجه خلال ١٥ دقيقة ويبدو على شكل انتبار حاك مع أرجل كاذبة **Pseudopodia** وحمامى منعكسة محيطية ، ويتم تقييم هذا التفاعل بمقارنته مع الانتبار الشاهد والناجم عن استخدام محلول ملحي فيزيولوجي والانتبار الأعظمي الناجم عن استخدام محلول الهستامين بنسبة واحد بالعشرة آلاف . يتم قياس قطر الانتبار والحمامى المنعكسة . ويمكن أن تحدث تفاعلات إيجابية كاذبة في الشرى الصنعي ، وتفاعلات سلبية كاذبة لدى وجود معالجة سابقة بالستيروئيدات القشرية السكرية أو بمضادات الهستامين . ويجب أثناء إجراء الاختبارات داخل الجلد أن نأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث تأثيرات جانبية ، أي إمكانية حدوث الصدمة التأقية بشكلها الكامل أو الجزئي . لذا يجب توفير الوسائل العلاجية الإسعافية اللازمة ( العدة أو الأدوات الخاصة لمعالجة التأق ، الأكسجين ، مضادات الهستامين الوريدية ، الستيروئيدات القشرية السكرية ) .

ـ *الاختبار المحرِّش* ***Provocation Test*** : تفيد الاختبارات المحرشة لتوضيح ما إذا كان المستأرج المُختَبَر ذو أهمية إمراضية ، ويجب إجراء هذه الاختبارات في المشفى وبحذر شديد .

ـ *الاختبـار الأنفي* ***Nasal Test*** : يتضمن الاختبار الأنفي تطبيق محلول أو محاليل المستأرجات المتهمة على مخاطية الأنف وقياس التفاعل الأرجي الناجم من النموذج العاجل ( تورم المخاطية الأنفية ) بواسطة مقياس الأنف **Rhinomanometry** .

– *اختبـار الاستنشـاق Inhalation Test* : تعتمد هذه الاختبارات على إعطاء جرعات مدروسة من المستأرج ، ولدى وجود تفاعلات إيجابية يُعمد إلى تسجيل دقيق للتفاعلات التشنجية القصبية وذلك بالقياس المستمر للسعة الحيوية والتقييم الكمّي للطور الزفيري ( حجم الزفير الإجباري ، مقاومة الطرق الهوائية ، الجريان الزفيري الأقصى ... إلخ . ) . لقد اكتسب اختبار الاستنشاق أهمية خاصة في مجال تشخيص الربو القصبي الأرجي . وعلى كل فإن اختبارات الاستنشاق تتطلب مهارات خاصة ويجب أن تجرى فقط ضمن ظروف علاجية مناسبة وحذرة .

– *الاستقصاءات في الزجاج (In Vitro)* : وتتضمن تقدير عيارات الغلوبولين IgE في المصورة باستخدام اختباري RIST و PRIST والتقدير الكمي للغلوبولين IgE النوعي للمستأرج باستخدام اختبار RAST .

## الأرج الطلعي Pollen Allergy :

يعتبر الأرج الطلعي أكثر التفاعلات الأرجية ذات النموذج العاجل شيوعاً . وينجم عن التحسس تجاه الأنواع المختلفة لغبار الطلع .

**الحدوث** : يشكل الأرج الطلعي جزءاً من التأهب للتأتب ، أي : الميل الوراثي للتأهب المفرط للتحسس . وهناك تقديرات بأن ٥ – ١٠٪ من سكان ألمانيا الاتحادية مصابون بالأرج الطلعي ، ويبدو أن نسبة الإصابة في الولايات المتحدة الأمريكية متشابهة . ومن الحقائق الملفتة للانتباه هو أنّ أكثر الناس إصابة بالطُلاع Pollinosis هم سكان المدن وبشكل خاص الشرائح الاجتماعية العليا ( العلماء ، الطلاب ، الأكاديميين ... إلخ . ) ويبلغ الداء ذروته بين الأعمار ١٠ – ٢٠ سنة ، ثم تتراجع هذه الظاهرة في النهاية عادة .

**الإمراض** : يحتمل وجود حوالي ١٠٠ نوع نباتي فقط يسبب الأرج الطلعي . وتمتلك الأعشاب المزهرة بشكل خاص قدرة عالية على التحسيس . ويظهر الأرج الطلعي العشبي بشكل مفاجيء عادة وتزداد شدته في نهاية نيسان أو بداية أيار ، وينكس بشكل منتظم نسبياً كل عام . وتكون الأعراض أكثر شدة في شهري أيار وحزيران ، وقد تنكس أحياناً في الخريف الباكر عندما يزهر العشب من جديد .

ومما يجب اعتباره من المستأرجات القوية الأشجار أيضاً والخضار ، والحبوب وطلع الأزهار إذ يكفي وجود ١٠ – ٥٠ حبة طلع في كل متر مكعب من هواء الشهيق ليحرض حدوث الأعراض السريرية ، وتعطى معلومات عن تعداد غبار الطلع في الصحافة والإذاعة في كثير من البلدان .

**الموجودات السريرية** : تبدأ تظاهرات الطُلاع بعد حدوث التماس مع الأغشية المخاطية الذي يحرض تفاعلاً من النموذج I الأرجي . ولهذا السبب فإن الطرق التنفسية العليا والملتحمة هي التي تصاب بشكل خاص .

يشكو المرضى عادة من العطاس ، ومن احتقان وسيلان أنفي وكثرة استعمال المحارم ( التهاب الأنف الطلعي ) . وكثيراً ما يكون الجلد المحيط بفوهتي الأنف محرشاً . أما العينين فكثيراً ما تتظاهر بتهيج ملتحمي حاد مع احمرار وتورم ودماع وحكة ( التهاب الملتحمة الطلعي ) .

في الحلق يوجد تهيج مع شعور بتخديش خشن ( التهاب البلعوم الطلعي ) . ويشكو المصاب من حسن النخز غالباً ، وفي بعض الأحيان من نزوف نمشية ( حبرية ) في القناتين السمعيتين . وعند الأطفال الصغار قد تحدث حكة شديدة وتفاعل التهابي في الناحية الفرجية ( التهاب الفرج الطلعي ) .

وبالإضافة إلى هذه التبدلات الفصلية ، يؤدي الامتصاص الأكبر للمستأرجات إلى حدوث الشرى الحاد ، التهاب الأمعاء الحاد ، التهاب الرغامى والقصبات ، الربو الأرجي الطلعي ، وكذلك التهاب الجيوب المزمن الثانوي والتهاب القصبات .

**التشخيص** : وهذا يستدعي تشخيصاً أرجياً دقيقاً يتألف مما يلي :

- قصة سريرية دقيقة .
- المقارنة مع تقويم التعداد الطلعي .
- اختبارات الجلد الأرجية .
- تحديد الغلوبولين IgE (PRIST, RIST) .
- اختبار RAST .
- احتمال إجراء التحريش بخلاصات المستأرج .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي الخمج في حالات التهاب الرغامى والقصبات والتهاب الأمعاء .

**المعالجة** : تستعمل مضادات الهستامين أو كروموغلايكت الصوديوم (Sodium Cromoglycate) كمعالجة وقائية ، بالإضافة إلى إزالة التحسيس أو التخفيف منه .

## الإكزيمة التأتبية Atopic Eczema :

*المرادفات* : التهاب الجلد التأتبي ، التهاب الجلد العصبي Neurodermatitis ، التهاب الجلد العصبي المنتشر ، التهاب الجلد العصبي المنتثر ، التهاب الجلد العصبي البنيوي ، التهاب الجلد العصبي التأتبي ، الإكزيمة داخلية المنشأ ، حكاك ( أكال ) به نيه .

**معلومات عامة** : هناك ما يعرقل استخدام مصطلح « داء تأتبي » في حالات الإكزيمة التأتبية ، وذلك لأنه في حالات التهاب الأنف الأرجي والتهاب الملتحمة الأرجي والربو القصبي الأرجي تتداخل تفاعلات أرجية من النموذج العاجل والتي يتواسطها الغلوبولينIgE ( النموذج الأول لكومبس وجل ) . أما في حالات الإكزيمة التأتبية فهناك فعل مركب من العوامل المناعية واللامناعية المتعددة .

وتؤدي هذه الحقيقة إلى وجود صعوبات في وضع التسمية أو المصطلح المناسب ، ويفترض مصطلح التهاب الجلد العصبي ( بروك ١٨٩١ ) صحة النظرية القائلة بوجود علاقة إمراضية مع الجهاز العصبي المستقل ، لأنه افترض بأن الحكة الشديدة تحرض الداء . أما مصطلحات التهاب الجلد العصبي البنيوي والتهاب الجلد العصبي التأتبي فتفترض وجود علاقة إمراضية مع العوامل الوراثية والعائلية ، بينما تشير مصطلحات إكزيمة تأتبية ، إكزيمة داخلية المنشأ ، إكزيمة بنيوية إلى التبدلات الجلدية الإكزيمية .

**التعريف** : يمكن تعريف الإكزيمة التأتبية على أنها داء جلد التهابي مزمن ، أو مزمن ناكس يتصف بالحكة الشديدة والاختلاف الواسع في شكل الاندفاعات والسير بشكل عام .وهذا المرض متأصل وراثياً ، وكثيراً ما يترافق عند المريض ذاته أو في عائلته بآفات تأتبية أخرى ذات النموذج العاجل مثل التهاب الأنف الأرجي ، والتهاب الملتحمة الأرجي ، والربو القصبي الأرجي ، وحمّى الكلأ . ويتبدل المظهر السريري الذي يتظاهر به الداء باختلاف عمر المريض وحدة التظاهرات الجلدية .

**الحدوث** : تقدر نسبة الإصابة التأتبية عند الناس بين ٥ ـ ١٥٪ ، حيث تتظاهر على شكل التهاب أنف أرجي أو إكزيمة تأتبية ، وفي نسبة صغيرة على شكل ربو قصبي أرجي . وتظهر الإكزيمة التأتبية غالباً في سن مبكرة حتى عند حديثي الولادة ، لكنها كثيراً ما تبدأ في الشهرين أو الأشهر الثلاثة الأولى من العمر . كما يمكن أن تظهر في سن الطفولة . أما أن تظهر بشكل بدئي ما بعد سنّ البلوغ فغير شائع ولكنه ممكن الحدوث . ونسبة حدوث الربو القصبي أكبر إذا ما بدأ الداء في سن مبكرة وكانت هناك ميولٌ وراثية عائلية .

**نوع الوراثة** : يحتمل أن لا ينتقل التأتب من خلال مورثة جسمية وحيدة قاهرة أو مقهورة وإنما ينتقل التأهّب للتأتب كداء وراثي عديد الجينات مثل الصداف .وهكذا نجد أن تأهب الأجهزة المختلفة للتفاعل التأتبي يكون موروثاً . ويجب أن يبقى في الذهن دوماً أن ٦٠٪ ـ ٧٠٪ من المرضى تكون عندهم القصة العائلية التأتبية إيجابية . ولهذا يجب سماع وتدوين السوابق الشخصية والعائلية بدقة تماماً فيما يتعلق بالاضطرابات التأتبية لأنها ذات أهمية في تشخيص الإكزيمة التأتبية . كما يجب تدوين العوامل المحرضة والتي هي في جزء منها خارجية المنشأ وفي الجزء الآخر تكون ذات طبيعة شخصية أو فردية . كما تلعب العوامل البيئية دوراً هاماً في تحريض الاضطرابات التأتبية التنفسية أو الهضمية . مثال : المستأرجات المستنشقة ( الغبار المنزلي ، غبار الطلع ، أشعار الحيوانات ... إلخ . ) ، وكذلك المستأرجات الطعامية ( غالباً ما تشترك مع الشرى الأرجي ) مثل الحليب والبروتين والفواكه والبيض والسمك والمواد المضافة للأطعمة . كما توجد عوامل أخرى ذات أهمية مثل الكرب والاضطرابات النفسية العضوية .

**الترافق مع أمراض أخرى** : لوحظ وجود السُّماك الشائع في حوالي ٥٠٪ من حالات التهاب الجلد التأتبي ، والأكثر شيوعاً ترافق التأتب مع جفاف الجلد ذو المحتوى الشحمي المنخفض والنفوذية المائية الزائدة . كما تكثر مشاهدة البنية السطحية اللاسويّة عند المرضى ( ازدياد الثنيات الجلدية العميقة في الراحتين والأخمصين وهو ما يدعى بفرط عمق الخطوط Hyperlinearity ) . يرافق البهاق الإكزيمة التأتبية في بعض الأحيان ، وتحمل الثعلبة إنذاراً أسوأ عند هؤلاء المرضى . ومما يجدر ملاحظته هو الحدوث النادر للعيوب العينية مثل السادّ التأتبي وخاصة عند صغار الشباب ، وأقل من ذلك القرنية المخروطية أو انفصال الشبكية .

**الإمراض** : يبقى سبب الإكزيمة التأتبية مجهولاً . ومن غير الواضح بشكل خاص لماذا يبدأ الداء بشكل مبكر جداً كأن يظهر عند المولودين حديثاً ، أو لماذا يأخذ سيراً مختلفاً بين حالة وأخرى . وتتميز الإكزيمة التأتبية في الطفولة المبكرة بمشهد إكزيمي نضحي . أما فيما بعد فيسيطر الالتهاب المترقي وتسمك الجلد التآكلي ( حطاطات حزازانية ، تحزز ، حطاطات أكالية ) على الصورة السريرية وبالرغم من أنّ ارتفاع عيار الغلوبولين IgE في المصل يفسر آلية الداء إلا أنه لا يمكن تفسيره على أنه تفاعل أرجي عاجل لوحده ، حيث يبدو تداخل التفاعلات من النموذج الآجل أيضاً .

*اضطرابات المناعة الخلطية :*

يتفاعل الأفراد الذين لديهم حالة التأتب الموروثة تجاه المواد البيئية ( المستأرجات ) على شكل تحسيس من النموذج العاجل . ويمكن إثبات هذا التحسيس بحدوث التفاعل الشروي العاجل تجاه المستأرجات من خلال الاختبارات داخل الجلد ( اختبار الوخز أو التخديش ) وهذه تتضمن من الناحية المناعية

تفاعلات أرجية من النوع العاجل ( النموذج الأول ، Coombs و Gell ) . لا يبدي الأفراد الأسوياء تفاعلات متعددة تجاه هذه المواد الموجودة في البيئة . وتُظهر الاختبارات الجلدية حتى في سن الطفولة المبكرة أن هؤلاء المرضى يبدون تفاعلات إيجابية من النموذج العاجل تجاه المستأرجات الطعامية والمستنشقة . وتبلغ نسبة إيجابية التفاعلات للاختبارات الجلدية بين ٥٠ - ٩٠٪ . ويبدي مرضى الربو القصبي الأرجي أو التهاب الأنف الأرجي ( حمّى الكلأ ) بشكل ملحوظ نسبة أعلى من التفاعلات الإيجابية للاختبارات المجراة بالمستأرجات المستنشقة ، وبشكل خاص منها الغبار المنزلي وسوس الغبار المنزلي وغبار الطلع والمستأرجات الحيوانية ( أشعار ووسوف الحيوانات ) . ويمكن للبروتينات في وسوف وعرق الإنسان أن تلعب دور المستأرج بالرغم من أنه لا توجد فكرة قوية عن الأهمية السببية للمستأرجات المستنشقة في الإكزيمة التأتبية . إلا أنه من المألوف لدى أطباء الجلد بأن التفاقمات الفصلية لحمى الكلأ قد تعزى إلى تدهور الآفة الجلدية والعكس صحيح كذلك . وإضافة لذلك كثيراً ما تؤدي المستأرجات الطعامية إلى تفاعلات إيجابية بالاختبار ( البروتين في الحليب ، السمك ، القمح ، الدقيق ، الفواكه ، الخضار ) بالرغم أنها لا تتوافق دوماً مع الأعراض السريرية ( راجع الشكل ١٢ : ٢٤ ) ، وعلاوة على ذلك فكثيراً ما تصرح الأمهات بأن الحكة والآفات الجلدية الالتهابية لدى أطفالهن كثيراً ما تتحرش لدى تناول أطعمة خاصة . ولقد أبدت الدراسات بأن إطعام الأطفال التأتبيين حليب أمهاتهم بدلاً من حليب البقر قد يكون مفيداً . وقد يتحرض التهاب الفرج لدى البنات الصغيرات لدى التماس مع الطلع .

وبشكل عام لا يمكن القيام بالتقييم الكامل لأهمية التفاعلات من النموذج العاجل في الآلية الإمراضية لالتهاب الجلد التأتبي بالرغم من أن مجموعة المعطيات العلمية ترجح بأنها ذات أهمية . واعتماداً على هذا المفهوم يجب إجراء الاختبارات داخل الجلد الموافقة والاختبارات في الزجاج (RAST) ، ولكن يجب تفسير تفاعلات هذه الاختبارات بدقة وعلى ضوء الصورة السريرية الكاملة والاختبارات الإضافية ( القوت المحدود ، اختبارات التعرض ) .

يتم استقصاء وتحديد الغلوبولين IgE حالياً عن طريق اختبار PRIST ( راجع الفصل ١١ ، اختبار PRIST ) . وإن عيار الغلوبولين IgE في المصل مرتفع عند أغلب المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية الشديدة . تشاهد العيارات العالية بشكل خاص إذا ما وجدت تظاهرات مواقتة في الطرق التنفسية ( الربو الأرجي ، التهاب الأنف الأرجي ) . وعلى كلٍ ، وباعتبار أنه يتصادف حالات تكون فيها الآفات الجلدية شديدة مع أن عيار الغلوبولين IgE في المصل يكون سوياً ، فإن معايرة الغلوبولين IgE لا يحمل أية أهمية واضحة إلا في حالات الاشتباه بمتلازمة فرط الغلوبولين IgE (Buckley) ، وهذه حقيقة ، لأنه يمكن أن تصادف عيارات عالية من الغلوبولين IgE في المصورة في اعتلالات جلدية التهابية أخرى . ولهذا لا ينفي عدم ارتفاع الغلوبولين IgE في المصل تشخيص اضطراب تأتبي ، ولكن ما يستحق الانتباه إليه هو تراجع العيارات العالية للغلوبولين IgE خلال هجوع الداء .

لقد سمحت التقنيات الاستقصائية المناعية الحديثة في العقد الأخير بالحصول على فهم أفضل لآلية تنظيم إنتاج الغلوبولين IgE . لقد أصبح واضحاً أن بعض السيتوكينات Cytokines المميزة مثل IL - 4 و IFN - ٧ و IL - 6 التي تطلقها الخلايا التائية المفعَّلة تتداخل بشكل أوّلي في شبكة معقدة من الإشارات بحيث تؤدي إلى زيادة أو نقصان تنظيم إنتاج الخلايا البائية للغلوبولين IgE . وستؤدي الأبحاث الحديثة في هذا الخصوص إلى فتح آفاق علاجية جديدة ، حيث أن الوسائل المصمّمة لكبح زيادة إنتاج الغلوبولين IgE هي قيد التطوير حالياً .

إن اختبار RAST ( انظر الفصل ١١ ) عبارة عن أسلوب داخل الزجاج غايته الكشف عن الأضداد النوعية - للمستأرجات في مصل المريض . ويمكن أن يستخدم للكشف عن الأضداد المرتبطة بالغلوبولين والمضادّة لطيف من المستأرجات المستنشقة والغذائية . إن اختبار RAST أكثر نوعية من الاختبارات داخل الجلد ، ويعطي نتائج إيجابية في نسبة أعلى من مرضى الإكزيمة التأتبية . ويمكن الكشف عن الأضداد الجوّالة المضادة لمستأرجات البيئة والتي لا يمكن الكشف عنها بالاختبارات داخل الجلد .

*اضطرابات المناعة الخلوية :*

يبدو أنه يحدث اضطراب في المناعة المتواسطة بالخلايا بالإضافة إلى اضطرابات المناعة الخلطية عند المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية . ومن الجدير بالملاحظة هو ميل مثل هؤلاء المرضى للإصابة بالأخماج الحُموية والجرثومية والفطرية . وتتضمن الاختلاطات من هذا النوع الإكزيمة اللقاحينية والإكزيمة الحلئية والإكزيمة الثؤلولية والإكزيمة المليسائية والإكزيمة الكوكساكية . وبالإضافة لذلك ، الميل للإصابة بالقوباء المعدية والسعفات الجسدية .

وفي الحالات الشديدة من الإكزيمة التأتبية وُجد ما يلي : نقص ملحوظ في التشكل الزهيري للكريات الحمر ( اختبار

تزهيرات ) ، ونقص في استجابة اللمفاويات التائية للانقسام ، نقص في تفعُّل الخلايا اللمفاوية في الزجاج بواسطة المستأرجات الجرثومية والفطرية ، ونقص في الميل للتحسيس بالتماس . وتبعاً للاستقصاءات التي جرت مؤخراً وجد أن عدد الخلايا اللمفاوية التائية الكابتة (CD8) ينقص بالتناسب مع شدة الداء الجلدي . كما يشك كذلك بأن المرضى التأتبيين أقل ميلاً لإصابتهم بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس بعد التطبيق الموضعي للمعالجات . وأخيراً أمكن الكشف عن عيوب في العدلات ( الانجذاب الكيميائي ، البلعمة ) ، والخلايا الوحيدة ( الانجذاب الكيميائي ) . وقد تزداد الحمضات في الدم . ويبدو أنه يزداد عدد اللمفاويات الحاملة للغلوبولين IgE . ويصعب تفسير هذه الموجودات . وترى إحدى الفرضيات بأن التشكيل الزائد للغلوبولين IgE في المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية يحدث بسبب عوز نوعي في افراز الغلوبولين IgA خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، ويستمر هذا التأثير بسبب خلل وظيفي في الخلايا اللمفاوية التائية الكابتة . ومن خلال وجهة النظر هذه ، يجب البحث عن العيب الأساسي في جهاز الخلايا اللمفاوية التائية . وعلى كل تقترح الموجودات الحديثة بأن خلايا لانغرهانس الحاملة للغلوبولين IgE قد تلعب دوراً هاماً أيضاً في تشكيل آفات الإكزيمة التأتبية . وهكذا وبالرغم من أن خلايا لانغرهانس الحاملة للغلوبولين IgE ليست نوعية للأدواء التأتبية ، إلا أنه يمكن التنبؤ بأن جزيئات الغلوبولينIgE النوعية للمستضد ( مثال : مستضد سوس الغبار المنزلي ) المرتبطة إلى سطح خلايا لانغرهانس البشروية قد تكون قادرة على ربط المستأرجات المحمولة بالهواء لتقدّمها خلايا لانغرهانس بعد ذلك على شكل مستأرجات طبيعية بالتماس ، مؤدية بذلك لتفعيل الخلايا التائية النوعية للمستأرج . ومما يدعم هذه الفكرة حول إمراض الإكزيمة التأتبية هو أن الاختبارات الرقعية المجراة باستخدام المستأرجات المحمولة بالهواء في مرض الإكزيمة التأتبية تؤدي عادة إلى تفاعلات إيجابية .

*اضطرابات الاستجابة الوعائية :*

إن أكثر هذه الاستجابات معرفة هو الاستكتاب الجلدي الأبيض ، أي حدوث التقبض الوعائي أو الوذمة في نواحٍ جلدية سليمة المظهر بعد تطبيق شدة آلية ( ميكانيكية ) على الجلد . كما لا يؤدي تطبيق إسترات الحمض النيكوتيني إلى حدوث الحمامى بل يؤدي إلى تفاعل أبيض . وإن حقن العناصر الكوليـنرجية مثل الأستيل كولين يؤدي إلى حدوث ابيضاض آجل . وتكون حرارة الجلد عند المرضى التأتبيين منخفضة عادة نتيجة للتقبض الوعائي البارد . ولم يتأكد بعد ما إذا كان هذا مجرد تحسس غير طبيعي للألياف العضلية تجاه التحريض الأدرنرجي ألفا $\alpha -$ adrenrgic . ويفترض العالم سنتفاني أن هناك عيباً خلقياً في كل مستقبلات ألفا $\alpha$ وبيتا $\beta$ الأدرنرجية .

*اضطرابات جلدية أخرى :*

– *انعدام الزهم :* يعتبر انخفاض الإفراز من الغدد الزهمية من الموجودات النموذجية عند مرضى الإكزيمة التأتبية ، حيث ينقص الغلاف السطحي الشحمي ، والجلد جاف ، ويؤدي التغسيل المفرط إلى جفاف إضافي وحكة وتخريش . ويزداد نقص بخر الماء عبر الجلد التأتبي . ويمكن لهذا أن يفسر النقص في نسبة حدوث الأدواء ذات النموذج المثي عند المرضى التأتبيين مثل العد الشائع والوردية والإكزيمة المثيّة .

– *اضطراب التعرق :* يمكن أن نلاحظ اضطرابات في إنتاج العرق . ويشكو كثير من المرضى من الحكة الشديدة أثناء التعرق . لقد اقترح بأنّ بخر العرق قد يُعاق بواسطة التبدلات الحادثة ضمن الطبقة المتقرنة ( فرط أو خطل تقرن ) مما يؤدي إلى عبور العرق إلى الجلد مؤدياً بدوره إلى حدوث التفاعلات الالتهابية ( متلازمة احتباس العرق ) . يحتوي العرق كذلك على الغلوبولين IgE ووسائط الالتهاب ويمكن أن يؤدي لحدوث التفاعلات الانتبارية والوهيجية Wheal and Flare Reactions .

– *الأرج المناخي Climatic Allergy :* لقد عزي حدوث الإكزيمة التأتبية واستمرارها للأرج المناخي . وتتراجع الأعراض عادة في المرتفعات الجبلية التي يزيد ارتفاعها عن ١٥٠٠ متر وعلى شواطىء البحار في حين يصعب تفسير أو تقيم الحدثيات المرضية – الفيزيولوجية المستبطنة . وقد تلعب أشعة الشمس أو الرطوبة الزائدة دوراً ، ولكن يبدو أن للاسترخاء والراحة أهمية كبيرة .

– *عوامل نفسية :* كثيراً ما تكون هذه العوامل هامة ، حيث يمكن للشدة أو العوامل النفسية الأخرى أن تعمل من خلال جهاز Adenylcyclase – cAMP . وكثيراً ما يكون مرضى الإكزيمة التأتبية من النموذج الواهن مع درجة ذكاء أعلى من العادية ، ويتميزون بالأنانية وعدم الاستقرار ، والتشاجر مع الأم ، والإحباط ،والعدوانية ، وحالات القلق المكبوح . وبالرغم من وجود مسألة ما هو أولي وما هو ثانوي فإن الآفات الجلدية الشديدة الحكة قد تؤثر على شخصية المصاب وبشكل خاص قد تؤثر على تطور وتقدم الأطفال في سن المدرسة .

**الموجودات السريرية :** الإكزيمة التأتبية عبارة عن اضطراب مزمن يتميز بالحكة الشديدة مع علامات التخديش والآفات

الحطاطية الحويصلية الإكزيمية ، والتجلب ، والحطاطات الحكاكية ( الأكالية ) والعقيدات والتحزز . وفي سن الطفولة الباكرة يغلب على الصورة السريرية وجود الآفات الإكزيمية الناضحة عادة ، بينما يسيطر على الصورة السريرية في سن المدرسة وسن اليفع الحكة والحطاطات المتحززة الحكاكية والتحزز .

*الإكزيمة التأتبية عند حديثي الولادة :*

إن مصطلح « إكزيمة الرضع » مصطلح واسع جداً بالنسبة لهذا الداء لأنه قد يحجب أو يخفي التهاب الجلد بالتماس ، والتهاب الجلد المثيّ وأشكالاً أخرى من التهاب الجلد لدى حديثي الولادة . وعلى كل حال فإن ٨٠٪ من جميع حالات إكزيمة حديثي الولادة تعتبر تظاهرات للإكزيمة التأتبية في باكورة الطفولة .

وتظهر عادة في الشهر الثالث من العمر ، وهي أكثر شيوعاً عند الذكور ، وأكثر ما تبدأ على جانبي الخدين والفروة ، حيث تظهر حمامى محدّدة مترافقة مع آفات حطاطية حويصلية تصبح حاكة بشدة ومتخدشة ، ثم تؤدي إلى آفات جلدية نازة - التهابية ، أو التهابية تجلبية . ولقد افترض وجود الأرج تجاه حليب البقر باعتبار أن كثيراً من الأطفال قد تم فطامهم عن حليب أمهاتهم في تلك الفترة وتحويلهم إلى حليب البقر ، ويشير مصطلح « هبرية الحليب Milk Scurf » أو « جلبة الحليب Crusta Lactea » إلى هذا المظهر . وأخيراً يمكن لكامل الفروة والوجه أن يصابا ، وقد تظهر بؤر منتثرة على الجذع والسطوح الانبساطية للأطراف . وعادة ، يعف الداء عن ناحية الحفاض ( راجع الشكل ١٢ - ٢٥ ) .

يمكن للركبتين أن تصابا بشدة خلال فترة الزحف ، وتكون الحكة شديدة جداً ، والأطفال يكون دوماً بسبب عدم القدرة على النوم . وهناك ميلٌ شديدٌ لحدوث الخمج الثانوي الجرثومي ( التقوبؤ ) . وكثيراً ما يحدث اعتلال العقد اللمفية ، وقد يسير الداء سيراً مزمناً أو معاوداً على هذا الشكل لعدة أشهر وحتى السنتين من العمر ثم يشفى تدريجياً . فعند حوالي ٥٠٪ من المرضى تشفى الآفات حوالي السنة الثانية من العمر ، وفي الحالات الأخرى يفقد الداء بشكل تدريجي سماته ا لناضحة وتحدث آفات مزمنة متحززة .

*الإكزيمة التأتبية عند الأطفال :*

يمكن لهذه الحالة أن تحدث بدءاً من الطور الوليدي الإكزيمي - النضحي للداء أو أن تبدأ من جديد . يحدث انعدام زهم ملحوظ . والمناطق الأكثر إصابة هي ثنيات المفاصل الكبيرة ( ثنية المرفق ، مفصل المعصم ، الناحية المأبضية ) ، والنقرة وظهر القدمين واليدين . ومن هنا أتت التسمية إكزيمة الثنيات أو التهاب جلد الثنيات . تظهر هناك حمامى التهابية غير واضحة الحدود وحطاطات وعلامات خدش خطية مع تجلّب وارتشاح التهابي بدئي وتحزز . ويحدث ميل لظهور الحطاطات الحزازانية الحكاكية ( الأكالية ) وتحزز في الثنيات المفصلية . أما في النواحي الجلدية الأخرى ، وعلى ظهر اليدين بشكل خاص ، فإن الا‍د‍ ‍ تميل أكثر لأخذ الشكل النضحي ، والتي يمكن بدورها أن تؤدي إلى حثل الأظفار وكثيراً ما تصاب يدٌ واحدةٌ فقط كما يحدث لدى مصِّ الإبهام حيث تحدث تبدلات إكزيمية في الإبهام وخاصة في النواحي المحيطية منه ( راجع الشكل ١٢ - ٢٦ ) .

*الإكزيمة التأتبية عند اليافعين والبالغين :*

تكون الآفات الجلدية متناظرة . والنواحي الأكثر إصابة هي الوجه ( الجبهة ، الأجفان ، الناحية حول الفم ) والعنق ( خاصة النقرة ) والجزء العلوي من الصدر وحزام الكتف ، وثنيات المفاصل الكبيرة ( المرفقين ، الركبتين ) وظهر اليدين .

تحمُّر الفروة في الأشكال الشديدة ويترافق بارتشاح التهابي ووسوف نخالية الشكل وعلامات تسحجية عديدة وشديدة الحكة ، نزفية وتجلبية ، كانت تفسر سابقاً على أنها تسحجات عصابية . وتؤدي إصابة الفروة الشديدة إلى نقص أشعار منتشر . وكثيراً ما تحدث حمامى التهابية على الوجه بشكل مفاجىء مع ارتشاح تالٍ . ويعتبر اللون الأبيض الرمادي المصفرّ للجلد الذي يعطي المريض مظهراً سوداوياً وأكبر من عمره جزءاً من الاستجابه البيضاء بدلك الجلد . وتخف أشعار الجزء الوحشي من الحاجبين ( علامة Hertoghe ، راجع الشكل ١٢ - ٢٧ ) . ويكون الشعر جافاً وفاقد اللمعان والبريق ، وكثيراً ما يكون خط الشعر في ناحية الجبهة منخفضاً عند الذكور ، أما عند الإناث ، وأحياناً عند الذكور ، فتحدث خفة في الأشعار على أحد جانبي الجبهة مما يؤدي إلى حاصة مثلثية صدغية .

وأكثر المظاهر وضوحاً على الجذع هي الآفات الالتهابية المرتشحة المسطحة والتي تميل للاتصال مع بعضها البعض . وقد تبدي هذه الاندفاعات فرط تصبغ ثانوي واضح . كما يظهر تحزز التهابي في الثنيات والنقرة ، ويبدي الجلد حمامى التهابية أكثر انتشاراً مع تسمُّك ، مما يعطي الجلد مظهراً خشناً توسفياً . تختفي هذه التبدلات تدريجياً ليصبح مظهر الجلد أقرب إلى السويّ . وإن حدوث التآكلات والتسحجات والجلبات النزفية كنتيجة للتخديش الشديد يعتبر مميزاً للداء ( راجع الشكل ١٢ - ٢٨ ) .

لقد أبدت الدراسات التجريبية أنّ التحزز يمكن أن يتحرض ويحافظ عليه بدلك الجلد وتخديشه فقط . وعلى كل الأحوال ، لا يوجد أيّ شك في أنّ التحزز يمكن أن يبدأ بشكل أولي نتيجة لالتحام الحطاطات الحزازانية الحكاكية « الأكالية » . إنّ العرض الأولي للإكزيمة التأتبية عند البالغين هو الحكة المضنية . وتظهر هذه الحكة على شكل هجمات انتيابية . وكثيراً ما تؤدي نوب الحكة الليلية إلى الأرق والإنهاك ونقص القدرة على العمل ، وتصبح الأظفار متجهة نحو الأسفل ( معقوفة ) ولّماعة ( أظفار لّماعة ) بسبب الحك أو الدلك المستمر . وقد يحدث تضخم العقد اللمفية لدى الامتداد الشديد للآفات الجلدية ( اعتلال العقد اللمفاوية الجلدي ) .

قد تحدث آفات جلدية أكثر توضعاً عند البالغين واليافعين كتظاهرة صغرى لهذا الداء . حيث تظهر بؤر حمامية واضحة الحدود مع ارتشاح التهابي خفيف وتوسف نخالي الشكل وخاصة على ظهر اليدين والأصابع ، وكذلك على الذراعين والثنيات المفصلية الكبيرة لتترك بعد الصيف نقص تصبغ أحياناً . وإن وجود الإكزيمة النمّية ( الدرهمية ) على ظهر اليدين بشكل خاص يفترض وجود إكزيمة تأتبية .

*أشكال خاصة :*

تميل الإكزيمة التأتبية عند البالغين واليافعين للاستمرار فترة طويلة ، غير أن شدتها تخف بعد سن الثلاثين . وتتراجع الآفات الجلدية عادة على مراحل ، وغالباً لا تبدي الآفات الجلدية المتبقية صورة الإكزيمة التأتبية .

ـ *الفروة :* قد تظهر آفات خاصة في فروة الرأس على شكل جلبات نزفية بحجم رأس الدبوس . ومما يميزها حدوث حكة شديدة والميل للنكس . وقد يتظاهر الجلد التأتبي الجاف على شكل توسف نخالي الشكل .

ـ *صيوان الأذن :* ليس من النادر وجود حمامى مع ارتشاح التهابي خفيف عند نقطة الاتصال السفلي للصيوان ، وقد تُغطى أيضاً بالجلبات ، وتشبه هذه الحالة القوباء خلف الأذن وكثيراً ما تحدث شقوق مرافقة .

ـ *الشفاه :* من السمات المميزة للبالغين واليافعين المصابين بالإكزيمة التأتبية هو تغضّن الشفاه الواضح ( الغضون الكاذبة لبارو Pseudo – Parrot Creases ) ، وخاصة في الفصول الباردة . ويحدث التهاب الشفتين التوسفي الجاف مع الحكة الشديدة . يؤدي لعق الشفاه المستمر إلى زيادة الالتهاب بسبب التشقق . ويفترض أن إكزيمة لعق الشفاه ليست سوى حالة من الإكزيمة التأتبية . ويجب اعتبار إكزيمة المص عند الرضع المترافقة بحدوث تفاعل التهابي حول الفم وحطاطات حزازانية دقيقة مظهراً أقل وضوحاً للإكزيمة التأبتية .

ـ *الفرج :* تتميز الإكزيمة التأتبية المتحززة في الفرج بالحكة الشديدة والتحزز والإزمان والميل للنكس ( راجع الشكل ١٢ ـ ٢٩ ) .

ـ *الأصابع والأباخس :* تعتبر متلازمة تشقق لب الأصابع المعندة Pulpite Seche شكلاً من أشكال الإكزيمة التأتبية . وتشاهد بشكل خاص عند الرضع وقد تمّ وصفها مؤخراً . لا يندر الحدوث العائلي للجلد المحمّر الشبيه بالورق المترافق مع الوسوف الناعمة شديدة الالتصاق والتي تشبه خلل التعرق الصفيحي الجاف أو السعفات ، ومن هنا أتت التسمية « الفطار الكاذب أو السعفة الكاذبة » ( راجع الشكل ١٢ ـ ٣٠ ) . وقد تؤدي إصابة الطيّات الظفرية إلى حدوث حثل الأظفار ، ويحدث الداحس أيضاً كنتيجة للخمج الثانوي الجرثومي . ولقد سميت هذه الحالة ( بالجلاد الأخمصي الفتوي Juvenile Plantar Dermatosis ) .

ـ *الإكزيمة التأتبية المحرشة بالضياء :* وهي حالة نادرة جداً . حيث تظهر الاندفاعات في النواحي المعرضة للضياء ( الوجه ، والعنق ، والأجزاء القاصية من الأطراف ) ، وخاصة عند النساء خلال فصل الصيف ، وهي حاكة جداً .

ـ *الشكل الحكاكي للإكزيمة التأتبية :* وتظهر عند البالغين وعادة بعد سن العشرين ، سواء حدثت الأعراض النموذجية للإكزيمة التأتبية أم لم تحدث . وهي آفات عقيدية صغيرة تصيب السطوح الانبساطية للأطراف . ويقترح وضعها الشكلياني وقصة الحكة حالة الحكاك البسيط تحت الحاد . أما في فئات الأعمار الأكبر سناً فتظهر عقيدات كبيرة أو آفات لويحية ذات توزع أكثر تباعداً مما يجعلنا نفكر بالحكاك البسيط المزمنPrurigo Simplex ( راجع الشكل ١٢ ـ ٣١ ) . وكثيراً ما تترافق مع اعتلال عقد لمفية جلدي .

ـ *الإكزيمة التأتبية النمية ( الدرهمية ) وإكزيمة اليدين التأتبية :* لقد تمت الإشارة سابقاً ( في بحث الإكزيمة النمية ) إلى أنّ الصورة الكاملة السريرية للإكزيمة التأتبية قد تتعرض للتراجع ، وبأنّ هذا الداء قد يتظاهر فيا بعد على شكل آفات نميّة ( درهمية ) منتشرة مترافقة بحمامى التهابية وتوسف ، وميل خفيف باتجاه التحزز ( راجع الشكلين ١٢ ـ ٣٢ و ١٢ ـ ٣٣ ) . ومن المهم جداً تمييز هذه الحالة عن الإكزيمة الجرثومية النمية ( الدرهمية ) .

قد يكون توضع الإكزيمة التأتبية المزمنة على اليدين التظاهرة الوحيدة عند البالغين . وأكثر ما تصيب الأشخاص الذين

يحتـاجون إلى غسيـل اليدين المتكرر ، حيث تظهر على ظهر اليدين والأصابع آفات حمامية التهابية قليلة الارتشاح وخفيفة التوسف مع تشكل التشققات أحياناً . ويجب نفي وجود أية علامة تدل على التأتب ، وذلك بالسؤال الدقيق عن السوابق العائلية والشخصية قبل وضع تشخيص إكزيمة اليدين المزمنة التخريشية التراكمية بالتماس . وتشكل إكزيمة اليدين التأتبية حوالي ٢٠ ـ ٣٠٪ من جميع الحالات وكثيراً ما تكون سبباً للإعاقة الوظيفية أو المهنية .

ويمكن اعتبار بعض الحالات الخاصة من متلازمة فرط الغلوبولين IgE ( Buckley : ١٩٧٢ ) المترافقة بآفات جلدية إكزيمية وأخماج متكررة وخلل في آليات الدفاع الخلوية أشكالاً شديدة أو عظمى من الإكزيمة التأتبية . ولكن لم يتأكد بعد فيما إذا كان التهاب الجلد الغلوبليني المناعي IgE Dermatitis E و[ Winkelmann : ١٩٧٣ ] ، والذي هو عبارة عن إكزيمة النهايات المزمن مع قيم عالية جداً من الغلوبولين IgE ( ١٠,٠٠٠ وحدة دولية في ١ مل أو أكثر من ذلك ) يعدُّ شكلاً من أشكال الإكزيمة التأتبية .

**الأعراض** : العرض الرئيسي هو الحكة الشديدة ، وتظهر هذه الحكة على شكل عارض أو مستمر في النواحي الإكزيمية . وتؤدي الحكة إلى التخديش الشديد ، مما يؤدي إلى اعتبار التخديش ظاهرة أساسية . وقد يكون التخديش اللاواعي شديداً جداًوخاصة أثناء النوم . وقد تتخدش الحطاطات الحكاكية على اليدين ( التسحجات العصابية ) في الشكل الحكاكي للإكزيمة التأتبية بشكل شديد جداً . ويجد المريض راحة شخصية في التسحيج والنزف . وقد يحدث اعتلال عقد لمفية جلدي في الحالات ذات التظاهرات الشديدة . بينما قد يؤدي الخمج الثانوي الجرثومي إلى التهاب الأوعية والعقد اللمفية . وتتضمن الأعراض المرافقة الأخرى التهاب ملتحمة أرجي ، والتهاب أنف أرجي ( حمّى الكلأ ) والربو القصبي الأرجي . وتحدث هذه الاضطرابات في ٣٠ ـ ٥٠٪ من الحالات . تتطور هذه الحالات عادة بعد مرحلة الطفولة من الإكزيمة التأتبية .

**التبدلات العينية** : ويمكن أن تتظاهر على شكل سادٍّ تأتبي ، أو قرنية مخروطية ، أو التهاب قرنية وملتحمة مسبب بالضياء . وضمن خبرة المؤلف فالساد نادر جداً ( أقل من ٥٪ ) ويشاهد بشكل أكبر عند اليافعين . ولقد ذكر حدوث انفصال شبكية في بعض الأحيان . ويعتبر تسمُّك الطية تحت الحجاجية "Dennie – Morgan Line" علامة أساسية هامة للداء التأتبي ( راجع الشكل ١٢ ـ ٣٤ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تعتمد الصورة المجهرية على الشكل السريري للداء . وتتميز الآفات الأكثر نضجاً لدى الرضيع بمظهر مشابه لما يشاهد في التهاب الجلد الأرجي بالتماس ، وتتجلى بالمظاهر النسجية التالية : حويصلات سفاجية ، شُواك مع فرط وخطل تقرن ورشاحة ما حول الأوعية مؤلفة من اللمفاويات والمنسجات تترافق بتسرب خلوي . تتسمك النواحي المتحززة حيث تصبح سماكتها حوالي ٣ ـ ٥ أضعاف بسبب الشُواك وما تبديه من فرط وخطل التقرن . الجسيمات الحليمية متضخمة أيضاً وتتوغل فيها الخلايا الالتهابية ( لمفاويات ، منسجات ) ... وكما هو عليه الحال في الصداف ، توجد أعداد كبيرة من الخلايا البدينة التي تفسر زيادة كمية الهستامين في البؤر المتحززة المزمنة .

**السير** : لقد تمت الإشارة إلى تناقص التبدلات النضحية وتزايد التبدلات الجلدية المتحززة مع تقدم المريض في العمر . وقد يزداد عدد النواحي الجلدية المصابة في جميع الأطوار ، ويمكن للداء أن يتعمَّم في النهاية . ويمكن أن تحدث الأحمرية التأبتية بشكل ثانوي . وكثيراً ما نجد زيادة في نسبة الحمضات وارتفاع عيار الغلوبولين IgE في المصل . وقد تتطور حالات نادرة من الأحمرية التأتبية إلى متلازمة سيزاري Sezary .

**الإنذار** : يجب أن يوضع الإنذار بحذر شديد وذلك على ضوء إمكانية حدوث الخمج الثانوي عند الأطفال الصغار . وبشكل عام تخف حِدّة الداء بعد السنة الأولى من العمر وتصبح الآفات الجلدية أقل شدة . وليس من النادر اختفاؤها التام حول سن الثلاثين . ومن غير المفسَّر علاقة الداء مع التظاهرات التأتبية الأخرى مثل الربو القصبي أو التهاب الأنف الأرجي . ويصرح المرضى الذين يعانون من أمراض تأتبية أخرى بأنه عندما تتحسن الآفات الجلدية سواءً عفوياً أو نتيجة للمعالجة فإن التظاهرات الموجودة في الأنف أو الرئتين تصبح أسوأ والعكس صحيح .

**الاختلاطات ( المضاعفات )** : وكثيراً ما تعزى الاختلاطات إلى الأخماج الثانوية . وقد يلعب الاضطراب الوظيفي للخلايا اللمفاوية والكريات البيضاء دوراً في حدوث هذه الأخماج ، لكن هناك الحقيقة المعروفة أيضاً ، بأنه بعد أشهر أو سنوات من المعالجة الموضعية بالستيروئيدات ، تصبح الآفات الجلدية أكثر عرضة للإصابة بالخمج . ومن المعروف جيداً بأنه يمكن الكشف عن وجود المكورات العنقودية المذهبة على جلد أمثال هؤلاء المرضى . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الاختلاطات التالية :

ـ *الخمج الثانوي الجرثومي* : ويتظاهر بتقوبؤ الآفات الجلدية الناجم عن المكورات العنقودية المذهبة . ومن الموجودات

النموذجية في الآفات الجلدية الجلبات الصفراء الشبيهة بالقوباء ، وهي ذات رائحة غير مستساغة ، وهذه الآفات بالإضافة إلى الضخامة المؤلمة للعقد اللمفية توحي بالتشخيص . ومن النادر نسبياً حدوث الدمامل والحمرة والتهاب الأذن الخارجية .

– *الخمج الثانوي الحُمَوي :* يتعرض جلد المصابين بالإكزيمة التأتبية للأخماج الحموية أيضاً ، وبشكل خاص منها حمة الحلأ البسيط حيث يشيع حدوث الإكزيمة الحلئية . أما الإكزيمة اللقاحية الناجمة عن حمة لقاح الجدري ، والتي كانت شائعة فيما مضى ، فغير موجودة حالياً بسبب إيقاف إعطاء اللقاح . تحدث هذه الاضطرابات بشكل حادّ مترافقة مع الحمّى والتظاهرات المجموعية . تظهر أعداد كبيرة من الحويصلات ذات العمر الواحد . وتبدي اللطاخة المأخوذة من قاعدة الحويصلات وجود خلايا عملاقة ظهارية ( اختبار تزانك Tzanck ) . ومن السهل الكشف عن وجود الحمة الراشحة بالمجهر الألكتروني بطريقة التلوين السلبي أو الومضان المناعي ، وكذلك زرع الحمة الراشحة . وأسهل الأخماج الحموية تشخيصاً هي الأخماج الناجمة عن حمة المليساء المعدية ( الإكزيمة المليسائية ) والأخماج الناجمة عن حمة الثآليل الشائعة ( الإكزيمة الثؤلولية ) ، ونادراً ما تحدث أخماج بحمة كوكساكي .

– *الأخماج الثانوية الفطرية :* وهي نادرة ، وتحدث عادة عند البالغين ، ويجب التفكير بها لدى وجود آفات جلدية حمامية وسفية لا تستجيب للمعالجة بالستيروئيدات القشرية .

**دلائل التشخيص** : الحكة والصورة السريرية النموذجية . توجد لدى الوليد آفات إكزيمية ناضحة على الرأس والوجه والظهر ، لتصبح فيما بعد آفات جلدية أكثر تحززاً مع ميل خاص لإصابة الثنيات ، المفاصل ، والعنق والوجه .

وتبعاً لراجكا Rajka ، عند الاشتباه بالإكزيمة التأتبية ، فمن المهم استقصاء وإثبات التظاهرات السريرية الأقل وضوحاً :

– السوابق العائلية والشخصية وذلك فيما يتعلق بالأدواء التأتبية ( الأكزيمة التأتبية ، والربو القصبي الأرجي ، والتهاب الأنف الأرجي ، والتهاب الملتحمة الأرجي ) .

– انعدام الزهم مع توسف سُماكي الشكل في كثير من الأحيان .

– الوجه ذو خط الشعر الجبهي المنخفض والتغضّنات التأتبية النموذجية للأجفان السفلية (Dennie – Morgan Lines) ، غياب الجزء الوحشي للحاجبين ( علامة Hertoghe ) ، جفاف الشفتين والتشققات الكاذبة لبارو (Pseudo – Parrot) .

– اليد السماكية ( فرط عمق Hyperlinearity الخطوط ) مع زيادة عمق التغضنات الراحية – الأخمصية ( راجع الشكل ١٢ – ٣٥ ) .

– تبدلات في وظائف الجلد مع نقص في التعرق : زيادة التفاعل الحركي – الشعري لدى الشدة الآلية ، وكتوبية الجلد البيضاء ، وتفاعل فقرمي تناقضي في الجلد السويّ لدى حقن الأدوية الكوليترجية مثل الأستيل كولين أو الميكوليل أو لدى تطبيق رهيمات إستر الحمض النيكوتيني . وينجم التفاعل الأبيض عن الوذمة وتقبض الأوعية .

– الميل لحدوث النخالية البيضاء على الوجه والذراعين ، وإكزيمة اليدين اللاأرجية ، وإكزيمة الهالة والحلمة ، والأخماج الجلدية أيضاً .

– عدم تحمل المواد الغذائية .

– عدم تحمل الصوف أو المذيبات الشحمية .

– الميل لحدوث ارتفاع في قيم الغلوبولين IgE .

– ازدياد نسبة حدوث التفاعلات من النموذج العاجل في الاختبارات داخل الجلد .

**التشخيص التفريقي** : لا يسبب تشخيص الإكزيمة التأتبية أية صعوبة عادة . لدى الوليد . ولابد من تمييز التهاب الجلد المثي الموضع بشكل رئيسي في النواحي المذحية ( الثنيات ) . ولابدَّ أحياناً من تمييز الإكزيمة الأرجية بالتماس والجرب وتقيح الجلد . أما في الأشكال الموضعة عند البالغين فلابد من التفكير بالحزاز البسيط المزمن والإكزيمة النمية ( الجرثومية ) ، وإكزيمة التماس المتحززة المزمنة ، وكذلك الإكزيمة المزمنة التخريشية التراكمية بالتماس اللاأرجيّة في السُّماك ، فكل هذه يمكن أن تكون تظاهرات للتأتب .

قد تتظاهر الأدواء الاستقلابية على شكل إكزيمة تأتبية النموذج ، إذ لابد من الأخذ بعين الاعتبار كل من بيلة الفينيل كيتون ، واعتلال الأمعاء بالحساسية للغلوتين ، وثدن الأديم الظاهر الخلقي من النموذج اللامعرق ، ومتلازمة ويسكوت – ألدريش ( مع كل من قلة الصفيحات ، والميل للنزف ، والتهاب الجلد ) ، ومتلازمة فرط الغلوبولين IgE ، ومتلازمة نيثرتون Netherton ( تقصف الشعر المنغلف مع بيلة حمض الأرجينوسوكسينيك Arginosuccinic ، ومتلازمة Di George ، ومتلازمة الرنح متوسع الشعريات ،وفقد غاماغلوبولين الدم المرتبط بالجنس ، وعوز الغلوبولين IgA

الانتقائي . وتظهر معظم هذه المتلازمات في الطفولة المبكرة .

**المعالجة** : هناك عدة أنماط من المعالجات . ويختلف نمط المعالجة المنتخب حسب الصورة السريرية . والتدبير في المشفى ضروري في الحالات الشديدة المترافقة بآفات إكزيمية ناضحة لدى الوليد . ويمكن للمعالجة أن تقتصر على أسبوع أو أسبوعين للأطفال واليافعين والبالغين ، والراحة في المنزل من العوامل المساعدة .

*المعالجة الجهازية* : المعالجة العرضية هنا أساسية ، فيجب إعطاء الصادات حين وجود أخماج ثانوية جرثومية شديدة . أما في الأخماج الثانوية الحموية الحادّة فيجب إعطاء الغاماغلوبولين والعناصر المثبطة للحمات مثل الأسيكلوفير . لمضادات الهستامين مكانة مهمة علاجية في تدبير الحكة المزعجة . وعلى كل الأحوال يجب تجنب إعطاء مضادات الهستامين المركّنة ، إو إعطاؤها بكمية قليلة فقط لئلا تتحدد فعاليات المريض خلال أوقات النهار . ويستطب إعطاء شرابات مضادات الهستامين عند الولدان والأطفال . ولقد أثبت إعطاء كل من الكلوربرومازين ومركبات البنزوديازيين والأوبيرامول والأوكسازيبام خلال الليل إحداث فعالية خاصة عند بعض المرضى . كما يمكن إعطاء العناصر الحالّة اللاودِّية ( هيدروكسيزين ، أوكسازيبام ) . ويجب أن تكون فترة المعالجة من ٤ ــ ٦ أسابيع على الأقل . وتعطى الستيروئيدات القشرية بجرعة متوسطة ( ٤٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها ) فقط في الحالات الشديدة من الداء أو في فترات التفاقمات الحادة ولفترة من ٢ ــ ٤ أسابيع . هذا وإن إشراك مضادات الهستامين معها له فعالية جيدة .

*المعالجة الموضعية* : يعتمد نموذج المعالجة على شكل الآفات الجلدية ووجود الاختلاطات . وتنطبق القواعد الأساسية للمعالجة الجلدية في حالات التهاب الجلد والإكزيمة والمبينة في بحث معالجة الشرى في هذا المجال أيضاً . ويجب تجنب استخدام المحاليل الغولية والمواد المجففة مثل الهلام ومحلول الزنك قدر الإمكان . ويفضل استخدام المراهم ذات السواغ الدهني أو نصف الدهني ( الرهيات والمراهم ) . ولقد أثبتت المعالجة المضادة للالتهاب بالستيروئيدات القشرية السكرية فعاليتها ، ومن المنطقي أحياناً تطبيق مزيج من مرهم ستيروئيدي وما يعادله من رهيم ستيروئيدي أيضاً إلى نفس الناحية الجلدية . أما بالنسبة للآفات الأكثر نضحاً ، فتعتبر المعالجة الرطبة ــ المزلقة ( مواداً حاوية على الستيروئيدات السكرية القشرية تحت ضمادات رطبة ) ناجحة جداً . ويحتمل حدوث تثبيط قشر الكظر إذا ما تم استخدام الستيروئيدات القوية وعلى مساحات واسعة من الجلد أو لفترة زمنية طويلة ، وبشكل خاص عند الأطفال . أما الآفات ذات الارتشاح الالتهابي الأخف ، فتشفى بسرعة بالمعالجة بالستيروئيدات ضعيفة القوة مثل رهيات الهدروكورتيزون التي يتم تركيبها مع أساس من معاجين طرية ( معجون الزنك الطري ) .

أما بالنسبة للآفات الأكثر ارتشاحاً وتحززاً فينصح بالمعالجة بالقطران لفترات قصيرة ( ٥ ــ ٨ أيام ) ، وذلك بتطبيق المنظفات الكربونية السائلة دهناً بالفرشاة أو القطران الفحمي على شكل معجون طري ( القطران الفحمي الخام ٠,٥ ــ ٣ ، كليوكينول ٠,٥ معجون الزنك الطري وحتى المئة ) .

ويمكن اقتراح إعطاء القطران الفحمي الصافي (Pix Lithanthracis) ٢ ــ ٣ مرات بفواصل زمنية قدرها يوماً واحداً عند البالغين أو تطبيق الإكتامول **Ichthammol** (٢ ــ ٦٪) في معجون طري . ويمكن مزج الستيروئيدات القشرية السكرية مع المستحضرات القطرانية . وهذه المستحضرات المركبة من مزيج من الستيروئيدات القشرية السكرية مع القطران متوفرة ، ولابد من البحث دوماً عن احتمال حدوث الأخماج الثانوية الجرثومية ، والتأثيرات الجانبية المزمنة في أي شكل من أشكال المعالجة الستيروئيدية .

*الحمامات العلاجية* ***Therapeutic Baths*** : لقد أثبتت الحمامات فائدتها في المعالجات البدئية ، حيث أن إضافة مواد مضادة للالتهاب ( خلاصة الشوفان ، نخالة القمح ) وزيوتاً إضافية تعطي تأثيرات ملطفة ومهدئة . إذ من المهم جداً تزييت الجلد الرطب بمرهم **Molle** أو غيره من المراهم الدهنية . وقد تفيد حمامات القطران أو حمامات القطران الزيتية بعد تراجع الآفات الناضحة .

*تنظيف الجلد* : يجب تجنب استخدام الصوابين القلوية لتنظيف الجلد عندما يكون ذلك ممكناً . حيث ينصح بتطبيق العناصر المنظفة اللاقلوية ذات الباهاء (PH) الحامضي . وكثيراً ما تكون الصوابين اللاقلوية الغنية بالشحوم من المنظفات الفعالة .

*المعالجة المناخية* : يمكن للحرارة العالية أو الخانقة أن تؤدي إلى تفاقم الآفات الجلدية بسبب احتباس العرق . وكثيراً ما تؤدي التبدلات المناخية إلى فوائد مفاجئة . وأكثر الأقاليم مناسبة هي الإقليم الجبلي ( على ارتفاع يزيد عن ١٥٠٠ متر كالألب مثلاً ) والأقاليم البحرية ( بحر الشمال في أوربا أو هاواي ) . وتعتبر أشعة الشمس والرطوبة والراحة والمعالجة البسيطة تدابير ناجعة للداء ، فكثيراً ما تخبو الآفات الجلدية خلال أيام قليلة في البيئة الجديدة دون علاجات كثيرة ، لكنها تنكس بنفس التواتر بعد العودة إلى المنزل .

*القوت* : لا ينصح عموماً بأي قوت خاص ، ولكن عندما

ثبت وجود فرط حساسية تجاه مواد غذائية معينة ، وأنها فعلاً تؤدي إلى تفاقم الداء فيجب سحبها من قوت المريض ، ربما بعد إجراء الاختبارات ( الاختبارات داخل الجلد واختبار RAST ) . ويجب تجنب الأغذية المعروفة بتحريضها للشرى أثناء المعالجة داخل المشفى وعند البدينين . ويجب إلزام الوالدة بالإرضاع الوالدي لولدان العائلات التي لديها ميل لحدوث التأتب وذلك لأطول فترة ممكنة .

*متابعة المعالجة* : يميل الجلد منعدم الإفراز الزهمي إلى الجفاف ، وبالتالي إلى الحكة لذا يجب تجنب الحمّامات المطوّلة والمتكررة بالصوابين القلوية أو الحمامات الرغوية . وينصح بإضافة زيوت الاستحمام وكما في حمام كليوباترة ( $\frac{1}{2}$ ليتر حليب + ملعقة كبيرة واحدة من زيت الزيتون تضاف إلى حمام الطفل ) . ويجب تزييت الجلد دوماً بعد استخدام المنظفات المتعادلة أو الحمضية الصنعية وذلك باستخدام مستحلب الزيت في الماء أو مستحلب الماء في الزيت ، إذا لم يكن الأول كافياً ، أو تطبيق مرهم جلدي ( حمض الليمون ٥٪ – (٣٠) ، غليسيرين ١٠ وتكمل للمئة بمرهم قابل للاستحلاب ) ، أو بمرهم شحمي صافٍ (Unguentum Molle) ، إذ يمكن للتزييت المنتظم أن يقي من النكس ويجنب من كثرة استخدام الستيروئيدات القشرية السكرية .

*معلومات عامة* : يجب عدم ترك غرف الجلوس جافة جداً ( يجب أن تكون الرطوبة ٥٥٪ على الأقل ) . وإذا ثبت بأن الداء يسوء بوجود الحيوانات الأهلية ( القطط ، الكلاب ، الطيور ) أو الغبار المنزلي ( السجّاد ، الستائر ، سوس الغبار المنزلي ... إلخ . ) فيجب اتخاذ الإجراءات اللازمة بعد إجراء الاختبارات الأولية داخل الجلد . وفي هذه الحالات فإن الإكزيمة التأتبية تترافق عادة مع التهاب الأنف الأرجي أو الربو القصبي . ويجب توجيه العناية للحساسية غير النوعية تجاه الصوف أو الملابس الخشنة . وبالرغم من أنّ الجدري قد انقرض إلا أن الطبيب المعالج يجب أن يعلم بأنه يجب عدم إعطاء اللقاح المضاد للجدري لدى وجود الآفات الجلدية الإكزيمية خوفاً من حدوث الوقس Vaccinia المعمم . ويجب أيضاً تجنب التماس مع أفراد العائلة أو الأصدقاء المصابين بالحلأ البسيط .

## التهاب الجلد والإكزيمة في مجموعات الأعمار والمهن المختلفة :

### التهاب الجلد والإكزيمة عند الرضع والأطفال :

يتضمن المصطلح « إكزيمة الرضع » عدداً من الأنماط المختلفة للأدواء الجلدية التي تختلف في آلياتها الإمراضية وأشكالها السريرية وتقيياتها من حيث الإنذار والتي يجب التميز بينها :

### الإكزيمة التأتبية :

وهي تشكل مجمل إكزيمات الطفولة ( انظر بحث إكزيمة الرضع ) وبشكل خاص في شكلها الإكزيمي النضحي والباكر ( هِبْرية الحليب ) .

### الإكزيمة المثيّة :

تبدأ إكزيمة الرضّع المثيّة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر ، ولكنها يمكن أن تبدأ خلال السنة والنصف الأولى من العمر . تصيب عادة ناحية الرأس والنواحي المذحية ( الثنيات ) ( انظر بحث الإكزيمة المثيّة ) .

### إكزيمة ما حول الفم Perioral Eczema :

تتميز هذه الإكزيمة بتوضعها النموذجي في ناحية الشفاه والجلد المجاور ، وتتظاهر على شكل تسحجات وجلد حمامي ملتهب جاف ذي شكل ورقي ووسوف ناعمة شديدة الالتصاق بالجلد . كما أن التشققات ليست نادرة . وتؤدي الحكة والتخريش إلى الترطيب المستمر نتيجة لعق الشفاه لتخفيف التخريش ، وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة الجفاف بسبب البخر والتفاعل الالتهابي المستمر . وتشير طبيعة هذه الإكزيمة إلى كونها إكزيمة تخريشية تراكمية لا أرجية . وتظهر عادة عند الأطفال الذين لديهم ميل وراثي للتأتب . وقد يؤدي الخمج الثانوي الجرثومي إلى التقوبؤ ، وبينما يؤدي الخمج الثانوي الحموي إلى ظهور مستعمرات من الثآليل الشائعة . ومن المهم جداً تحطيم الحلقة المفرغة ألا وهي لعق الشفاه .

وللاختبارات الرقعية أهميتها في نفي وجود مستأرجات بالتماس مشكوك بها ، كمعجون الأسنان مثلاً .

**المعالجة** : المعالجة قصيرة الأمد بالمراهم الستيروئيدية الدهنية . أما المعالجة طويلة الأمد بالستيروئيدات فقد تؤدي إلى حدوث التهاب جلد ما حول الفم الشبيه بوردية الوجه . ويجب أن تتضمن العناية التمريضية التزييت المتكرر باستخدام أحمر الشفاه المناسب أو مرهم الشفاه ( مرهم Dexpanthenol – 15 والبارافين السائل – 15 ) .

### الإكزيمة النميّة ( الدرهمية ) :

وهذا الشكل يحدث بشكل نادر عند الأطفال والرضع ، وفي معظم الأحوال تكون ظاهرة نمية للإكزيمة التأتبية ( انظر بحث الإكزيمة الدرهمية ) . أو يجب إجراء التقيم المناسب للقصة

السريرية والاستقصاء السريري بالإضافة إلى تحديد الغلوبولين IgE والاختبارات داخل الجلد .

**التهاب الجلد بالتماس وإكزيمة التماس :**

**التهاب الجلد الحاد الأرجي بالتماس والإكزيمة المزمنة الأرجية بالتماس** : بالرغم من أن الأطفال يمكن أن يتحسسوا لمستأرجات التماس بنفس الطريقة التي يتحسس بها البالغون إلا أنّ هذه الجلادات نادرة عند الرضع والأطفال ، ويحتمل أن يكون السبب في ذلك كون الجلد لديهم غير متأثر بعد بالكثير من المستأرجات البيئية . ويمكن لهذه الأمراض أن تتحرض بواسطة الأرج بالتماس مع الزئبق أو المبنجات الموضعية ، أو صبغة اليود ، أو الصادات الموجودة في المراهم ، وكذلك تجاه مواد مثل اللانولين الذي يكون سواغاً في المراهم والرهيات . وقد يحدث التهاب الجلد بالتماس أيضاً من منشأ دموي بسبب السلفوناميدات . ولهذه الأسباب فمن المهم جداً في كل حالة فردية ، تمييز الآفة عن الأشكال الأخرى من التهاب الجلد بالاستجواب والفحص الدقيق وربما تحديد الغلوبولين IgE وإجراء الاختبارات الرقعية .

**التهاب الجلد التخريشي الحاد والإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة** : هذه التفاعلات أكثر شيوعاً من تفاعلات الجلد الأرجية بالتماس .

**التهاب الجلد التخريشي الحاد** : لقد لوحظ حدوث التهاب الجلد التخريشي الحاد بعد تطبيق المحاليل الصباغية بالفرشاة مثل بنفسجية الجانسيان لدى معالجة جلادات أخرى في ناحية الحفاض . وعلى قاعدة يكون أساسها التهاب الجلد التخريشي ، قد يحدث تنخر مع تقرح ( تنخر بنفسجية الجانسيان ، تنخر الديكالينيوم ) . ولهذا السبب يجب عدم استخدام أصبغة التري فينيل ميتان مثل بنفسجية الكريستال أو بنفسجية الجانسيان كمحلول مائي بتركيز أكبر من ٠,١ ـ ٠,٣٪ لدى معالجة داء المبيضات البيض في الثنيات المعرضة للخمج الثانوي أو التأكزم الثانوي .

**الإكزيمة التخريشية التراكمية المزمنة** : يتوافق هذا الشكل عادة مع الصورة الخاصة بالتهاب الجلد بانعدام الزهم عند البالغين ، وتتظاهر بشكل رئيسي عند الأطفال التأتبيين .

**الموجودات السريرية** : توجد عادة أفات حمامية التهابية غير واضحة الحدود مع ارتشاح خفيف وتوسف نخالي الشكل ، وأحياناً تآكلات وعلامات التخديش . وأكثر النواحي إصابة هي جلد الوجنتين والمرفقين واليدين وأنحاء أخرى من الجسم أيضاً .

**الأسباب** : تنجم هذه الآفة عن تفاعل تخريشي لا أرجي ناجم عن تخريش الجلد التراكمي بسبب التنظيف المتكرر ( كثرة تغسيل الوجه خاصة بعد الوجبات الطعامية ، المناشف الخشنة ، جفاف الجلد بسبب كثرة التغسيل بالصابون ) ، وتدثير الجلد بالملابس . ويصاب بصورة خاصة الأطفال المصابين بانعدام الزهم أو السُماك الشائع الخفيف وعند ذوي الميل الوراثي للتأتب .

**التشخيص التفريقي** : من المهم تفريق هذه الحالة عن التهاب الجلد التأتبي .

**المعالجة** : يجب تجنب التعرض للمخرشات الجلدية ، كما يجب تطبيق المعالجات الخارجية بالمعاجين الطرية ( معجون الزنك ) ، ويمكن إضافة الاكتيول (٢ ـ ٤٪) ، ويمكن إذا لزم الأمر تطبيق الرهيات الستيروئيدية ذات التركيز الخفيف لعدة أيام . ويجب تجنب تطبيق الستيروئيدات القوية على الوجه لمدة طويلة لتلافي حدوث التأثيرات الجانبية وخاصة التهاب جلد ما حول الفم ، وترقق الجلد المترافق بالتوسعات الوعائية الشعرية .

### الجلبات الأربية الناجمة عن المراهم عند الرضع :

**[ Gratmann و Steigleder : ١٩٧٥ ]**

يؤدي الاستخدام الزائد لعناصر العناية بالجلد مثل الرهيات والزيوت إلى حدوث ترسبات متناظرة ذات لون بني ضارب للرمادي أو بني ضارب للصفرة وأشكال مضلعة ( شبيه بالمزيق ) وذلك في التغضنات الأربية والألوية عند الرضع . ويجب أن لا تزال هذه الجلبات آلياً بشكل كامل . وقد كان يظن في البدء أن هذه الترسبات تتشكل بسبب الإزالة غير المناسبة للعلاجات المطبقة موضعياً . غير أنه ثبت حديثاً أنّ هذه الجلبات العالقة ليست صنعية ، لكنها تُعزى لتسمك خَطِل التقرن في الطبقة المتقرنة والناجم عن العناية التمريضية الموضعية . لذلك يفترض بأن المواد الموجودة في هذه العناصر تمارس تأثيراً مصنعاً للقرنين بالتخريش التراكمي .

ويمكن أحياناً رؤية جلبات عالقة مماثلة عند البالغين في نواحي أخرى ( الوجنتين ، الأقسام السفلية من السّاقين ) وخاصة في التهاب الجلد الرطب .

**المعالجة** : استخدام المراهم والزيوت بالمساحيق ، استخدام الضمادات الرطبة ، والحمامات المطوّلة .

### الجلاد الأخمصي الفتوي

### : Juvenile Plantar Dermatosis

*المرادفات* : الأقدام الشتوية التأتبية ، الإكزيمة حول الأصابع

عند الأطفال ، إكزيمة مقدم القدم ، Pulpite Sèche ، الجلاد حول الأصابع ، التهاب الجلد الشتوي .

**التعريف** : الآفة عبارة عن تفاعل جلدي التهابي مزمن لا أرجي . وقد يكون تخريشياً . وهو وسفي وتشققي وذو طبيعة إكزيمية في ناحية الأباخس ، ومقدم الأقدام والأصابع ، ويترافق عادة مع الميل الوراثي للتأتب .

**الحدوث** : يصاب الأطفال من الجنسين عادة وفي عمر بين ٣ ـ ١٥ سنة ، وأكبر نسبة في حدوثه نجدها في عمر ١ ـ ٥ سنوات . ومن الأمور الهامة أن لدى الأطفال عادة انعدام زهم شديد ، وتوجد في نسبة عالية جداً من الحالات ـ سوابق شخصية أو عائلية دالّة على التأتب . ويبدو أيضاً أن للعوامل الموضعية صلة بالآفة مثل تأثير الاحتكاك بجوارب النايلون أو الأحذية الرياضية ، من الطبيعي أن لا يفسّر هذا حدوث التبدلات الموافقة في الأصابع ، ولكن القفازات وطبيعة الأطفال الميالون للعب واللهو تمنحان مصادراً للتخريش .

**الإمراض** : هذه الآفة تتألف من تفاعل إكزيمي تخريشي لا أرجي مزمن ، يحدث بصورة خاصة في فصل الشتاء . وإن الصورة التشريحية المرضية النسجية هي تلك الصورة الخاصة بالتهاب الجلد بانعدام الزهم . وتكون كل من الاختبارات الرقعية ومحاولات الكشف عن الفطور سلبية دوماً .

**الموجودات السريرية** : إن النواحي الأكثر إصابة هي الأقسام القاصية من الأباخس . وقد تمتد الآفات على الناحية الأنسية من الأخمص وقد يصاب العقب كذلك ، وأحياناً تصاب رؤوس الأصابع . وهناك توجد حمامى التهابية خفيفة . ويكون ملمس الجلد شبيه بالورق لدى الضغط عليه ويبدي وسوفاً جافة لاصقة بشدة مع الميل لتشكل شقوق مؤلمة .

**السير** : مزمن مع أطوار من التحسن خلال الصيف بسبب زيادة الرطوبة .

**التشخيص التفريقي** : كثيراً ما لا تدرك هذه الآفة ، ويغلب تفسيرها على أنها شكل وسفي من سعفة القدم ( الفُطار الكاذب ) وتعالج تبعاً لذلك . ويجب التفكير بالإكزيمة الأرجية بالتماس الناجمة عن مادة الأحذية أو الأصبغة أو الجوارب ( الاختبارات الرقعية ) . ولابد من وجود قصة تأتب لوضع تصنيف صحيح للآفات .

**المعالجة** : قد تكون صعبة لأنها كثيراً ما تنكس . وللستيروئيدات تأثيرٌ محدودٌ فقط . ومن المهم تخفيف البخر الزائد بواسطة تزييت الجلد بواسطة مرهم Unguentum Molle أو غيره من المراهم الدهنية . ومن المعالجات الممكنة أيضاً ، المعاجين الطرية ( معجون الزنك اللين ) مع الاكتامول (٣ ـ ٦٪) أو القطران (٢ ـ ٥٪) ، وكذلك التدابير المضادة للالتهاب ـ الحالّة للقرنين [ حمض الصفصاف ٢ ـ ٣٪ مع الوذلين ، والمراهم الحاوية على البولة ] ولمدة قصيرة .

## التهاب الجلد الاحتكاكي الحزازاني عند الأطفال : Frictional Lichenoid Dermatitis of Children

*المرادفات* : التهاب الجلد الحطاطي عند الأطفال ، الاندفاع الحزازاني الاحتكاكي ، التهاب الجلد على شكل صفيحة رمل الكتابة Sandbox Dermatitis ، التهاب الجلد الحطاطي الفتوي .

وهو اندفاع حزازاني متناظر أكثر من كونه التهاب جلد ، يصيب المرفقين والركبتين وظهر اليدين . وتتميز آفاته بكونها حطاطات شاحبة أو بيضاء صغيرة وقد تكون مسطحة أو مخروطية ، تشفى بسرعة ، وغالباً ما تشفى عفوياً . وقد تلتحم الآفات بعضها مع البعض لتؤلف لويحة ذات ملمس خشن . ويكشف التشريح المرضي النسجي عن التهاب ما حول الأوعية باللمفاويات والمنسجات مع تبدلات بشروية بؤرية من النوع الحزازاني . ويكثر حدوث هذا التفاعل غالباً عند الأطفال ذوي الجلد الجاف والميل للتأتب ( راجع الشكل ١٢ ـ ٣٦ ) .

ويجب تمييز الداء عن طفح جيانوتي ـ كروستي Gianotti – Crosti والتقران الشعري .

## المذح Intertrigo :

**التعريف** : يلاحظ بشكل خاص عند الرضع وصغار الأطفال البدينين نسبياً والذين يتعرقون بغزارة ، وقد تؤدي الملابس غير المناسبة والتي تمنع بخر التعرق ، بالإضافة إلى نقص العناية بالنظافة العامة ، إلى التهاب جلد أولّي تخريشي لا أرجي في النواحي المذحية أو الثنيات الجلدية .

**الموجودات السريرية** : حمامى واضحة الحدود في نواحي التماس من الجلد ( ثنية العنق ، ثنيات الإبط ، الطيّات الفخذية التناسلية ، الناحية حول الشرجية ، السُّرَة ) . ويحتمل حدوث الخمج الثانوي الجرثومي بالمكورات العقدية . وقد يؤدي الخمج المختلط باللاهوائيات إلى المذح الغشائي الكاذب والذي يشبه خناق Diphtheria الجلد . يشيع حدوث الخمج الثانوي الفطري بالمبيضات البيض .

لقد وصف التهاب الجلد ما حول الشرج في الوليد على أنه شكل خاص يصيب الولدان في الأسابيع الثلاثة الأولى من العمر ، ويؤدي لحدوث حمامى محدّدة تماماً في ناحية الشرج والناحية حول الشرجية . ويحتمل حدوث وذمة وتآكلات

سطحية . ومن المعتاد أن تشفى هذه الآفات عفوياً بعد بضعة أسابيع . ويلاحظ حدوث النكس عند الأطفال ما لم تتخذ التدابير التمريضية الدقيقة للناحية حول الشرج مع تطبيق المعاجين الواقية بشكل مستمر ( مراهم أكسيد الزنك القابلة للغسيل بالماء ، أكسيد الزنك بنسبة ١٠٪ في سواغ قابل للغسيل بالماء ) .

**الأعراض** : خفيفة عادة وتتألف من التخريش البسيط ويتظاهر بحس الحرق أو الحكة .

**السير** : يمكن للمذح أن يستمر لأسابيع أو أشهر ما لم يتم تجنب العوامل المسببة . قد تحدث الاختلاطات بسبب الأخماج الثانوية الجرثومية والفطرية وكذلك من جراء التحسيس الثانوي الأرجي بالتماس ، وكذلك كتفاعل ثانوي شبيه بالتهاب الجلد ما حول الفم الناجم عن التطبيق المديد للستيروئيدات .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن الإكزيمة المثيّة والتي تبدي توسفاً زهمياً ، وهي ليست محددة بالنواحي المذحية فهي تصيب الرأس أيضاً بشكل شديد .

**المعالجة** : التنظيف المنتظم باستخدام العناصر المنظفة الخالية من المواد القلوية ، وزيوت الاستحمام ، والمواد المضافة للحمام ( الشوفان ) . ومن الهام جداً التجفيف الكامل للنواحي المذحية واستخدام المساحيق الماصّة ( أجزاء متساوية من البودرة وأكسيد الزنك ) أو مرهم الزنك القابل للغسيل بالماء .

### التهاب الجلد الحفاضي Napkin Dermatitis :

*المرادفات :* التهاب الجلد بالفوط Diaper Dermatitis ، التهاب الجلد الألوي ، التهاب الجلد الأمونياني ، الحمامى الألوية ، الحمامى الحطاطية ما بعد التآكلية ، نظير الإفرنجي ما بعد التآكلي .

**التعريف** : التهاب الجلد الحفاضي عبارة عن تفاعل جلدي التهابي تخريشي لا أرجي في ناحية الحفاض نتيجة للعوامل السامة الداخلية أو الخارجية المنشأ .

**الحدوث** : الأشكال الخفيفة ليست بنادرة ولا تستدعي التظاهرات الصغرى استشارة الطبيب . تقع ذروة الحدوث بين الشهرين والأربعة أشهر الأولى من العمر . وتشاهد حالات مشابهة من الناحية السريرية عند كبار السن المصابين بسلس البول أو الشلل .

**الإمراض** : يمكن اعتبار هذه الآفة متلازمة متعددة العوامل :

– *البيئة الدافئة والرطبة :* تعتبر كامل الناحية الحفاضية عند الوليد ناحية مذحية حيث تؤدي مفرزات الرضيع إلى حدوث تبدلات في الحالة الوظيفية لسطح الجلد : تعطين الطبقة المتقرنة ، فقدان الباهاء الحامضي لسطح الجلد ، التخريش الآلي للطبقة المتقرنة . تزداد هذه التبدلات شدة لدى الإقلال من تكرار تبديل الحفاضات .

– *تفكك الأمونيا في البول :* تتشكل الأمونيا في هذه البيئة الرطبة الدافئة خاصة أثناء الليل عندما يقل تواتر تبديل الحفاضات وذلك نتيجة لتحطم البولة الجرثومي في البول . هذا هو أهم عامل في تطور التهاب الجلد الحفاضي . ويمتلك الكثير من سلالات الجراثيم وخاصة المتقلبات فعالية خميرة اليورياز "Urease" . ويؤدي التهاب الجلد التخريشي التراكمي الناشيء عن هذه الحدثيات ، بالإضافة إلى الرطوبة والدفء ، إلى تأمين الوسط الجيد المناسب للأخماج الإضافية بسلالات جرثومية أخرى كالمكورات العقدية الحالّة للدم ، أو بالفطور ( المبيضات البيض ) . وفي إحدى الدراسات المجراة على الأطفال المصابين بالتهاب الجلد الحفاضي أمكن الكشف عن المبيضات البيض في ٧٧٪ من الحالات ، كما أنّ القناة الولادية الوالدية تعتبر مصدراً هاماً للخمج حيث أمكن الكشف عن وجود خمج مهبلي بالمبيضات البيض عند حوالي ٣٠٪ من النساء الحوامل .

– *العوامل المخرشة الأخرى :* يمكن للبول ذو الرائحة اللاذعة أن يحوي أحياناً خمائر حالّة للبروتين ، وبالتالي أن يبدي تأثيراً تخريشياً إضافياً . كما وصف أيضاً حدوث تخريش انسمامي كيميائي مباشر بسبب الغائط الحامضي الناجم عن القوت الغني بالبروتين .

**الموجودات السريرية** : يحدث التهاب الجلد الحفاضي بادىء ذي بدء على شكل مذح حمامي أو حمامي وسفي في الثنيات الأربية والتناسلية والنواحي الألوية . يمتد هذا المذح إلى الأوجه الانعطافية للفخذين والأجزاء السفلية من البطن ، وسرعان ما يحدث الالتهاب الشديد مع تشكل حويصلات ونزّ ، وأحياناً إلى تشكل الجلبات في المحيط . وتشير رائحة الأمونيا إلى التشخيص ( راجع الشكل ١٢ – ٣٧ ) .

– *داء المبيضات البيض الثانوي :* يؤدي هذا الداء إلى تشكل بثرات بيضاء عكرة أو آفات حمامية صغيرة وسفية في المحيط .

– *الخمج الثانوي الجرثومي :* قد يؤدي هذا الخمج إلى تشكل بثرات قيحية وحتى تقرحات اقتلاعية متعددة ( إكثيمة ) .

ويؤدي سير الداء الطويل الأمد إلى ظهور حطاطات أو عقيدات احمرارية التهابية والتي يوحي شكلها وقساوتها بوجود الإفرنجيات الحطاطية ، ومن هنا أتت التسمية « نظير الإفرنجي ما بعد التآكلي » ( Sevestre و Jaquel و Ferraudt :

١٩١٩ ) . ومما يساعد في وضع التشخيص الصحيح عدم وجود مظاهر سريرية مرافقة وسلبية التفاعلات المصلية ( FTA و TPHA ) وغياب اللولبيات الشاحبة من الآفات .

**الأعراض** : قد تؤدي الآفات إلى الحكة أو حسّ الحرق أو الألم مما يجعل الطفل يبكي وينتحب . ويمكن للتظاهرات المجموعية كالحمى أن تكون مؤشراً على حدوث الخمج الثانوي الجرثومي .

**التشريح المرضي النسجي** : كما هو الحال في التهاب الجلد التخريشي .

**السير** : يعتمد السير على التدبير الحذر ، ومن المهم جداً تجنب حدوث الخمج الثانوي الجرثومي أو الفطري .

**التشخيص التفريقي** : يمكن نفي إكزيمة الرضع المثيّة بسهولة بسبب توضعات الآفة الانتقائية المختلفة . الدخنية شائعة الحدوث ، ولكن تميز بوجود آفات خارج ناحية الحفاض أيضاً . ومن المهم جداً التفكير بداء المبيضات البيض المنتشر في ناحية الحفاض ( وكذلك في الأمعاء ) ، ومحاولة الكشف عن الفطور في اللطاخات غير الملونة وبطريقة الزرع من الآفات الجلدية ومن البراز .

يكون مظهر الآفات في بعض الأحيان صداقيّ الشكل ، وهنا لابد من التأكد من التشخيص ، ذلك لأن الداء يترقى سواءً كان التهاب جلد حفاضي صدافي الشكل أو كان صدافاً شائعاً . وربما تحرّض بسبب الخمج الثانوي بالمبيضات البيض . وتؤدي مراقبة الآفات خارج ناحية الحفاض بمظهرها النموذجي وضعف استجابتها للمعالجة إلى وضع التشخيص . ومن الجدير بالملاحظة أن ٢٠٪ من الأطفال الذين يعانون من الصداف الحفاضي ، يحتمل إصابتهم بالصداف الشائع في المستقبل .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يجب إعطاء الصادّات جهازياً لبضعة أيام في حالات الخمج الثانوي الشديد . ويمكن إعطاء مضادات الهستامين على شكل شراب في حالات التخريش الشديدة .

*المعالجة الموضعية :* تبديل الحفاضات المتكرر ، وإذا كان بالإمكان استخدام الحفاضات القماشية القابلة للغسيل ، وتجنب استخدام الحفاضات اللدينية الكتيمة . ويجب غسل الحفاضات جيداً بالماء لإزالة جميع آثار المواد المنظفة والقلوية . كما ينبغي معالجة الأسباب الأخرى ( الإسهال ) . وتعتبر المعالجة الأساسية معالجة تجفيفية بزيت الزنك (Oleum Zinci) أو مؤقتاً بمحلول الزنك الحاوي على الكليوكينول ( بنسبة ٠,١٪ – ٠,٥٪ ) . ومن الممكن استخدام الستيروئيدات لمدة قصيرة في رهيم/ مرهم من أكسيد الزنك . وقد يؤدي الاستخدام المديد وخاصة للستيروئيدات القوية إلى ضمور الجلد في ناحية الحفاض الكتيمة ، أو تفاعل الجلد في ناحية ما حول الشرج من نموذج التهاب الجلد ما حول الفم ، أو الحبيبوم الألوي عند الرضع ، وكذلك إلى تأثيرات مجموعية . ويعتبر استخدام الأصبغة القابضة ( محلول بنفسجية الجانسيان المائي بنسبة ٠,١٪ ) فعّالاً في حالات الخمج الثانوي الجرثومي . وفي حالات الخمج الثانوي بالمبيضات البيض يجب معالجة الجهاز الهضمي المخموج بإعطاء معلق النستاتين عن طريق الفم ٤ مرات يومياً ولمدة ١٠ – ١٤ يوماً . ويجب معالجة الأم بالوقت نفسه أيضاً . ولقد ثبتت فعالية رهيم الأمفوتريسين – ب موضعياً أو معاجين النستاتين . وعلى ضوء حِدّة الداء وتوضعه في النواحي المذحية ، فإن استخدام المراهم الدهنية يعتبر مضاداً للاستطباب دوماً .

## الإكزيمة أو التهاب الجلد المهني
## Occupational Dermatitis or Eczema :

تؤلف الأمراض الجلدية المهنية وخاصة التهاب الجلد بالتماس حوالي ٤٥٪ من مجموع الأمراض المهنية . وليس هناك مظاهر شكليائية تميز بشكل عملي بين التهاب الجلد بالتماس التخريشي والأرجي . يصيب التخريش بشكل أساسي ، أو على وجه الحصر ، النواحي الجلدية التي هي على تماس مع العنصر المسبب . وأكثر المواد المخرشة الصناعية شيوعاً هي المنظفات ، المذيبات ، والأغبرة الجسيانية مثل الزجاج الليفي . ويجب إبلاغ إدارات الصحة العامة فور إدراك بدء الداء عند المريض من قبل العاملين في العناية بالصحة العامة ، لأن هذا يمكن من البدء بالسيطرة وإجراء الفعاليات الوقائية .

يجب وقاية الجلد من التعرض لهذه المواد بواسطة العزل أو منع الانتشار أو تجنب التماس مع المادة المسببة . ومن الخيارات الأخرى تجنب المستأرجات أو المواد الأخرى الضارّة .

قد تساعد الألبسة الواقية ( القفازات ... إلخ ) ، ولكنها أحياناً تؤدي إلى تفاقم حالة التهاب الجلد كنتيجة للأرج بالتماس مع الألبسة الواقية أو التخريش اللانوعي أو بسبب الوجود العرضي للمواد الكيميائية تحت الملابس الواقية .

ويجب تنظيف بيئة العمل لتجنب تلّوث سطوح العمل ، كما يجب إزالة المخرشات أو المستأرجات أو العناصر الضارّة من على الجلد فوراً بعد حدوث التماس . ومن مَهامّ الطبيب الجلدي تقييم الأذى الطبي الذي تعرض له العامل المتضرر وذلك مع الأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

– العلاقة بين الداء الجلدي والتعرض المهني .
– الحاجة للمعالجة الطبية المستمرة .
– مدى الحيلولة من العودة إلى العمل أو إلى أية مهنة أخرى بناء على الداء الجلدي .

هذا ويجب على مكتب تعويض العاملين أن يقيِّم العجز العام عند العامل المتضرر مع الأخذ بعين الاعتبار :

– الضعف أو العجز الطبي كما هو مقيِّم من قبل الطبيب الجلدي .

– القدرة على إعادة تدريب العامل أو توظيفه في مهنة أخرى على أساس الاعتبارات الاقتصادية – الاجتماعية مثل العمر والثقافة .

لقد تأسست وسيلة للكشف الباكر عن الأمراض الجلدية المهنية في جمهورية ألمانيا الاتحادية في عام ١٩٧٢ . وسرعان ما يتم التأكد من وجود داء مهني حيث يتم إرسال مذكرة إلى المؤسسات التجارية والهيئات الصحية .

ويقال إن ثمة التهاب جلد مهني أو إكزيمة مهنية إذا كانت :

– المعالجة من قبل الطبيب الاختصاصي بالأمراض الجلدية ضرورية .
– هناك تحسيس شديد بالتماس .
– امتدت المعالجة أكثر من ستة أشهر .
– إذا تكرر النكس في فواصل زمنية خالية من أعراض الداء .

ويجب إثبات العلاقة بين الداء والمهنة ( التوضع ، التحسن خلال الإجازة ... إلخ . ) . وفي حال إثبات وجود التهاب جلد على أنه داء مهني فيجب تقييم نقص قدرة العامل على كسب المال في سوق العمل بشكل عام .

**الجدول ١٢ – ٥** : مثال على التواجد الواسع للمستأرجات بالتماس في البيئة : ثاني كرومات البوتاسيوم

الإسمنت ، منشطات مثبتات الإسمنت ، العناصر المذيبة ، مقسِّيات البلاط ، العناصر القاصرة أو العناصر المضادة لأكسدة الزيوت والشحوم الصناعية ، الرصاص الأحمر ، الملونات الخشبية ، الأملاح الواقية من الحريق وبشكل مشابه الأخشاب المشربة ، العناصر الدابغة للجلود ، مزيلات لمعان الصفيحات المعدنية الملونة ، الواقيات من الصدأ في زيوت الحفر والتقطيع ، محاليل أملاح الكروم من أجل الغلفنة ، مواد الغسيل ، حمض الكروم الكبريتي ، الشموع التي تستعمل للتلميع والمواد المنظفة للأحذية ، الورق المقوّى المموّج ، المنتجات الورقية ، الورق المضاد للماء ، المواد الإضافية في صناعة الأقمشة ، العناصر المشربة في الأقمشة من أجل صباغتها ، مواد الإنهاء ( القياس ) ، أصبغة الكروم الكاوية ، ملونات المينا ، ملونات الزجاج ، ملونات السيراميك ، الكاويات من أجل الصفيحات المعدنية ، الأوراق المستخدمة في تقنيات الطباعة ، مواد تحميض الأفلام الملونة ، المرجعات الفوتوغرافية ، المثبتات المخبرية والعناصر الحافظة ، المواد المضافة في الهندسة الكيميائية ( وسائل التأكسد والأكسدة ) وصناعة المطاط ، رمل الأساس ، اللبنات المضادة للحريق ، صمغ هلام – الكروم ، خلائط الإشعال ، رؤوس أعواد الكبر ت ، المواد الإضافية في الألعاب النارية ، الشموع الملوّنة ، الورود الاصطناعية ، الأصبغة المستخدمة في عبوات الأقلام القابلة للاستبدال ، الحبر ، المواد الصناعية ، قاتلات الأعشاب الضارة ، المواد الواقية لمحاصيل الحبوب ( الفصيلة المنجلية ) ، أصبغة الوشم ، رماد الأخشاب ، المواد المضادة للتعرق ، البطاريات الجافة .

## الإكزيمة عند المسنّين Eczema in the Elderly :

الغاية من هذه التسمية أن تتضمن التبدلات الجلدية الإكزيمية المزمنة الحاكة عند الأشخاص المسنين . ومن الطبيعي أن يقال إنه لأمر أساسي أو جوهري أن يصاب الأشخاص المسنّون بالأشكال ذاتها من التهاب الجلد الحاد والإكزيمة المزمنة المشاهدة عند اليافعين والبالغين . وعلى كل الأحوال يكثر حدوث الإكزيمة التخريشية التراكمية اللاأرجية الناجمة عن التخريش المزمن للجلد لدى المسنين .

### إكزيمة انعدام الزهم لدى المسنين Asteatotic Eczema of the Aged :

*المرادفات :* الإكزيمة عند كبار السن ، الإكزيمة الشتوية ، الإكزيماتيد الجافّة .

**التعريف** : وهي أكثر شيوعاً عند الرجال مما هي عليه عند النساء ، ولا تعرف عوامل وراثية لها علاقة بها . يشاهد عند معظم المرضى تأتب أو جلد جاف بإنعدام الزهم .

**الإمراض** : ينقص الإفراز الزهمي عند الأشخاص المسنين بشكل خاص على الأطراف وهذا ما يدعى بانعدام الزهم أو الركودة الزهمية عند المسنين . ولهذا السبب يؤدي التغسيل المفرط نسبياً والاستحمام وخاصة مع كثرة استخدام الصوابين إلى زيادة النقص في دهون الجلد وإلى قلونته أيضاً ، بالإضافة إلى نقص واضح في محتوى الطبقة القرنية من المواد المنحلّة بالماء ، والتي تعتبر مسؤولة في العادة عن القدرة على الارتباط بالماء وبالتالي إلى تأدية السلوك الفيزيولوجي لسطح الجلد . وإن نقص القدرة على الارتباط بالماء يؤدي إلى أن يصبح الجلد مسلوخاً ومتشققاً . يضاف إلى هذا حدوث تبدلات التهابية

وحكة تؤدي بالنتيجة إلى حدوث التبدلات الجلدية الإكزيمية. ويعزى أن للعوامل المناخية دوراً أيضاً، لأن هذه الآفة يكثر مشاهدتها في أشهر الشتاء الجافة أو عند المرضى الذين يكثرون المكث في غرف مدفأة أكثر من اللزوم. ويجب عدم إهمال البحث عن الآفات المجموعية أيضاً، وتتضمن: الداء السكري، والأورام الخبيثة الداخلية، وأمراض الكبد والكلية والوذمة المخاطية.

**الموجودات السريرية**: الحكة هي العرض البدئي والأساسي ولفترة طويلة من الزمن قبل أن تظهر بعد ذلك آفات احمرارية التهابية وسفية نخالية الشكل، ويتراوح قدها بين ٢ – ١٥ سم، كثيراً ما تكون موزعة فوق الجلد الجاف جداً ذو الوسوف السُماكية على الساقين وعلى الذراعين وظهر اليدين. ومما يجدر بالملاحظة أن هناك ميلاً في الجلد الجاف لأن يتشقق في مستوى الطبقة المتقرنّة على شكل الإكزيمة المشققة **Eczema craquelé** أو الإكزيمة القنالية **Eczema cannalé** ( انظر بحث الإكزيمة بانعدام الزهم ).

**الأعراض**: الحكة شديدة عادة قياساً بالتبدلات الالتهابية الخفيفة.

**التشريح المرضي النسجي**: شُواك خفيف في البشرة مع فرط وخطل تقرن خفيف. رشاحة التهابية عابرة مؤلفة بشكل أساسي من اللمفاويات تتوضع حول الأوعية في الأدمة الحليمية والأدمة الشبكية العليا.

**السير**: مزمن إذا لم يتم معرفة السبب. الإنذار حسن مع المعالجة المناسبة والعناية الإضافية بالجلد.

**التشخيص التفريقي**: لدى وجود آفات منتثرة يجب التفكير بنظير الصداف اللويحي **(Brocq's Disease)**، وكذلك بالفطار الفطراني البدئي. الاختبارات الرقعية سلبية. التحسس من الصوابين موجود في كثير من الأحيان. كما يجب أن تفرق عن الإكزيمة التأتبية والإكزيمة النمية ( الدرهمية ).

**المعالجة**: يعتبر البحث عن السبب الأكثر أهمية، ومن ثمّ الشرح الوافي للمريض ( الحفاظ على الرطوبة، الابتعاد عن الملابس الصوفية )

- *جهازياً*: نادراً ما تكون مضادات الهستامين ضرورية:

- *موضعياً*: تعالج الآفات الإكزيمية برهيمات الستيروئيدات الخفيفة الشدة أو بالمراهم الولوعة بالشحم حيث تدهن مرتين يومياً، ثم بعد ذلك نعمد إلى تطبيق المطرّيات الجلدية. ويمكن تجريب التطبيق الليلي لمعجون الزنك الطري مع إضافة الإكتيول (٢ – ٥٪) بعد المعالجة البدئية بالرهيمات الحاوية على الستيروئيدات. ومن المهم أيضاً معالجة الجلد ذي الانعدام الزهمي باستخدام زيوت الحمّام. ويجب استخدام مستحلبات الماء في الزيت في العناية اليومية للجلد. وفي بعض الأحيان يكون استعمال المستحلبات الزيتية في الماء أو المحاليل أفضل. ويجب أن تشفى الآفات بسرعة نسبياً خلال ٢ – ٣ أسابيع.

# الفصل الثالث عشر
# الآفات الجلدية الناجمة عن أسباب فيزيائية وكيميائية
# Skin Diseases Due to Physical and Chemical Causes

د . سهيل دياب

## أذيات الجلد الآلية : Mechanical Skin Damage

يخضع الجلد لأذيات آلية حادة ومزمنة وبأشكال متنوعة . ففي التخريش الجلدي الآلي الحاد ، كالاحتكاك ، يحدث انفصال ( تشطر ) بين البشرة والأدمة وتتشكل نفاطات ( راجع الشكل ١٣ – ١ ) . أما في مناطق الجلد السمكية ، كالراحتين والأخمصين ، فإنه نتيجة الشد قد يحصل الانفصال ضمن البشرة . أما التخريش الخفيف المزمن أو المتقطع فإنه يؤدي إلى فرط تنسج بشروي مع شواك وفرط تقرن وبالتالي إلى سماكة في البشرة . وإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تتحرض الخلايا الملانية إثر تخريش الجلد الآلي لتحدث فرط تشكل ملاني . وعندما يكون رد فعل الجلد للإصابات الآلية شديداً فيجب التفكير بالاضطرابات الولادية كانحلال البشرة الوراثي أو الجلد مفرط المرونة ( متلازمة أهلر – دانلوس ) .

### فرط التصبغ Hyperpigmentation :

يحدث فرط التصبغ لدى الكثيرين بسبب الفرك أو الضغط المستمرين لفترة طويلة المحدثين بالثياب ، كالأربطة الضاغطة والأحزمة والجبائر . وهناك ميل لفرط التصبغ عند البدينين وخاصة في المناطق المذحية . ويغلب أن يكون سبب التصبغ هو تحريض الخلايا الملانية والصباغ هو الملانين .

**المعالجة** : يجب الامتناع عن الفرك أو الدلك وهكذا فإن التصبغ يخف تدريجياً .

### التنفط Blistering :

تتشكل النفاطات أو الفقاعات بشكل حاد بسبب الحرارة ، والفرك تحت الضغط : في القدمين بعد المشي الطويل ، وفي اليدين بعد جهد غير اعتيادي كالتجديف أو اللعب بكرة المضرب ... إلخ . تتوضع النفاطات تحت البشرة . وإن وجود سعفة في الطبقة المتقرنة يؤهب لإحداث النفاطات .

**المعالجة** : يجب عدم فتح النفاطات الصغيرة حيث أن سلامة سطحها هو أفضل وقاية ضد الخمج . أما النفاطات الكبيرة والمتوترة فيمكن أن يُمَصَّ محتواها أو أن تفتح بإبرة معقمة ، يتلو ذلك تطهيرها واستعمال اللاصق الطبي .

### فرط التقرن Hyperkeratosis :

لا يؤدي الفرك أو الاحتكاك المستمر تحت ضغط معتدل إلى تشكل نفاطات بل إلى فرط تقرن يساعد على حماية الجلد ، أي إلى تسمّك في الطبقة القرنية . ونميز لفرط التقرن هذا أنماطاً مختلفة حسب توضعه أو تطوره ، والقاعدة العامة هي حدوث فرط تقرن مع ميل إلى اللون الأصفر .

### الأشثان Calluses :

*المرادفات* : Callosities, Callositas .

كتل سميكة من فرط التقرن ، صفراء ، واضحة الحدود . توضعاتها الانتقائية هي الراحتين والأخمصين . فهي تحدث في الراحتين لدى عمال المهن اليدوية والرياضيين أو مكان احتكاك الخواتم . أما في القدمين فتسببه الأحذية غير المطابقة تماماً . ( راجع الشكل ١٣ – ٢ ) ومثاله ، شثن العقب بسبب لبس القبقاب الخشبي . ويكون التوضع مكان حدوث الضغط تماماً .

**اشكال خاصة** : قد تترافق بعض الهوايات أو المهن أو العادات مع حدوث أشثان غير عادية ، مثلاً على لب الأصابع عند عازفي القيثارة ، فوق المفصل النهائي للإبهام عند الحلابين حيث يقومون بعملية الحلب مع ثني المفصل القاصي للإبهام « شثن الحلابين » ، أو على مفصلي الإبهام لدى ماصّي الأصابع ( شثن مص الأصابع Finger Suck's Callus ) ، أو على المفاصل الانتهائية والمتوسطة لأصابع متعددة لدى المهووسين بعض ومص أصابعهم ( شثن العض Shewer's Calus ) . ويحدث فرط تقرن رمادي مصفر في منطقة الرضفة لدى المصلّين ( ركبة المصلّي ) ، أو لدى عاملات التنظيف المنزلي ( ركبة عاملات المنزل ) ، وهذا ما يسمى أيضاً بالركبة المتسخة (Dirty Knee) لدى الخادمات ، وقد تترافق عندهن بفرط أشعار آلي في الناحية .

### الثفن Clavus :

*المرادفات* : المسمار (Corn) .

**التعريف** : شثن مؤلم على القدم له مركز متقرن ناجم عن الضغط .

**الحدوث** : شائع وخاصة لدى النساء اللواتي يلبسن الأحذية الضيقة التي تضغط على الأباخس .

**السببيات** : الأثفان هي الشكل الحقيقي للشثن ، إنما يكون للثفن ميزات خاصة . يظهر الثفن كفرط تقرن مستدير ، واضح الحدود ، مركزه يشبه السدادة القرنية وناجم عن الضغط المستمر لحذاء ضيق مثلاً على السطح العظمي المستبطن Underlying : كالسطح الظهري لمفاصل الأباخس أو على مقدم قبة القدم ، وعلى السطوح الجانبية للفوت الرابع في القدم .

**الموجودات السريرية** : الأثفان هي تقرانات شثنية صغيرة مصفرة تترافق أحياناً باحمرار التهابي عند قاعدتها ، تنجم عن الضغط ولها مركز مخروطي متقرن عميق يشبه العين . والسبب الرئيسي للألم هو الضغط بسبب الحذاء الضيق . وتظهر الأثفان غالباً على مفاصل الأباخس وقد تظهر أيضاً على الأوجه الجانبية بين الأباخس بسبب ضغط رؤوس الأمشاط على الأباخس المجاورة . وقد يحدث التهاب ثانوي خاصة لدى المصابين بالداء السكري يمكن أن يؤدي إلى حدوث نواسير مؤلمة . ويمكن للأثفان في الطقس الحار والرطب ، ومع لبس أحذية جديدة ، أن تسبب إزعاجاً شديداً يعيق الحركة .

**التشريح المرضي النسجي** : تحت البشرة ، يؤدي الضغط المستمر على المركز المتقرن للثفن إلى تبدلات استحالية في النسيج الضام مع وذمة وإماعة والتهاب تليفي . وقد يحدث التحام مع محفظة المفصل والسِّفاق الباسط . تكون الظهارة متسمّكة نسبياً بسبب الشواك وزيادة الطبقة المحببة والسدّادة مفرطة التقرن .

**التشخيص** : سهل بسبب مظهره النموذجي وتوضعه والآلام التي يحدثها .

**التشخيص التفريقي** : تتميز الثآليل بالعرى الشعرية الخثارية التي تشكل نقاطاً بنية . أو ترسبات بنيّة مسودة في مركزها . وليكن معلوماً أن كثيراً من الثآليل ، وخاصة في الأخمصين ، تكون محاطة بأشثان وعندها يصبح تمييزها عسيراً ، ولا يصبح الثؤلول واضحاً إلا بعد تطبيق لاصق بحمض الصفصاف ، أو الكشط لإزالة الشثن .

**المعالجة** : كشط فرط التقرن بعد حمام ساخن ( كاشطة الأشثان مع شفرات يمكن تبديلها ) نكمل بعدها تليين الكتلة المتقرنة بلاصق يحوي حمض الصفصاف أو الكولوديون الصفصافي ( ٢٠ – ٤٠٪ ) وذلك لفترة ٤٨ – ٩٦ ساعة . ويجب التخلص من الضغط الآلي بواسطة حلقات الأثفان (Corn Rings) . الاستئصال الجراحي صعب بسبب إمكانية نتح المفصل ، ولأن الندبة الجراحية يمكن أن تكون مؤلمة أيضا في مناطق الضغط والاحتكاك . قد تكون حُقَن السيليكون مفيدة ، إنما لا تستعمل . وفي الأثفان الملتهبة المترافقة مع تشكلات حبيبية في الأفوات ، قد نوصي بالاستئصال والخياطة ، إنما غالباً ما يشفى الجرح من نفسه . والوقاية هي الأهم ، فالأحذية المطابقة تماماً ، والعريضة واللينة والأحذية المفتوحة أمرٌ مهم وفي حال الضرورة يجب تصحيح عيوب الأقدام لدى أخصائي الجراحة العظمية .

## العقب الأسود Black Heel [ Crissey و Peachey ١٩٦١ ] :

*المرادفات* : التعرق الملون الكاذب الأخمصي ( Bazex ومجموعته ١٩٦٢ ) ، الحبر العقبية Calcaneal Petechiae ، فرط التقرن النزفي ( Rufli : ١٩٨٠ ) .

**التعريف** : تصبغ نقطي أو خطي ، أسود مزرق . يصيب القسم المتقرن من العقب ، يصيب عادة الشبان الذين يمارسون الرياضة وينجم عن خروج الدم خارج الأوعية .

**الحدوث** : شائع لدى الشبان الرياضيين الذين يمارسون لعبة كرة القدم ، السلة ، المضرب أو السكواش ، هذه الأنواع من الرياضة التي تؤذي الشعيريات السطحية بقوة الشدّ .

**الإمراض** : ترسبات دموية ، منقطة أو خيطية ، تتوضع في الطبقة المتقرنة ، والناجمة عن ضغط آلي شديد وعابر يؤدي إلى تمزق الشعيريات .

**الموجودات السريرية** : نجد عادة في المنطقة الجانبية من العقب ، ترسبات لمادة سوداء ، أو زرقاء مسودة ، مبعثرة أو متجمعة دون نظام ( راجع الشكل ١٣ – ٣ ) . تنطرح هذه المواد تدريجياً باتجاه السطح ونادراً ما تكون الآفة مؤلمة . وهي تتراجع تدريجياً مع تخفيف شدة الرياضة ، وقد تظهر في مناطق أخرى من القدم : كذروة الأصابع لدى لاعبي كرة المضرب .

**التشريح المرضي النسجي** : ترسبات خطية ثمالة Residue دموية في الطبقة المتقرنة مع إيجابية تفاعل الحديد .

**التشخيص التفريقي** : قد يحدث التباس مع الورم الملاني الخبيث أو مع الوشم .

**المعالجة** : غير ضرورية .

## الحبيبوم التشققي Granuloma Fissuratum [ Epstein : ١٩٦٥ ] :

*المرادفات* : الشوكوم التشققي Acanthoma Fissuratum .

**التعريف** : ظهور نسيج حبيبي وشثني مؤلم على القسم الخلفي

من الأذن الخارجية . وبنسبة أقل على جانبي جسر الأنف ، ناجم عن ضغط النظّارات .

**السببيات** : يؤدي التصاق وضغط ذراع النظارات على الأذن إلى التهاب آلي ، مع تشكل نسيج حبيبي ، وفرط تقرن ، ويؤدي إلى خمج إضافي أحياناً .

**الموجودات السريرية** : عقيدة متبارزة بحجم حبة البن وحيدة الجانب عادة ، بلون الجلد ، وأحياناً بلون أحمر التهابي خفيف ، لها شِقٌّ مركزي ، نادراً ما ينز منها سائل مصلي التهابي . يشعر المريض بالألم خلف الأذن حين وضع النظارات ، وهناك مضض خفيف بالجس .

**التشريح المرضي النسجي** : التهاب حبيبومي و/أو تليفي ، مع فرط تنسج بشروي ظهاروي كاذب وشق مركزي .

**التشخيص** : تتميز سريرياً بظهورها مكان ضغط راضٍّ ناجم عن وضع النظارات .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن سرطانة الخلية القاعدية ، وعن التقران المثّي .

**المعالجة** : إزالة الضغط بتصحيح النظارات آلياً . يعطى في حال الضرورة رهيم لأحد الصادات مشترك مع الستيروئيدات القشرية السكرية ، كما يمكن استئصال الاندفاع مع ترك هامش غير ملتهب .

### قرحة الاستلقاء ( الناقبة ) Decubitus Ulcer :

**التعريف** : قرحات رضية ناجمة عن الاستلقاء تزداد وتتسع بالضغط المستمر على الجلد والنسج العميقة تترافق مع تنخرات إقفارية .

**السببيات والإمراض** : تنجم هذه الآفة عن الضغط المستمر نتيجة الاستلقاء المديد على الألية والورك والمنطقة القطنية العجزية ، وخاصة لدى المسنين بعد الإصابة بحادث ، أو سكتة Apoplexy ، أو اضطرابات عصبية ، أو شلل ، أو بعد تداخلات جراحية . وقد تظهر تحت ضماد ضاغط أو قالب من الرباط اللاصق . سبب ظهور التنخر هو إقفار النسج ، ويلعب سوء الحالة العامة دوراً هاماً . وقد تتطور قرحة الاستلقاء الرضية تحت الرباط الضاغط بسرعة (بعد ٢ – ٣ أيام) ، كما قد تحدث أثناء سير الاضطرابات الوعائية كالتصلب الشريني أو الغلوبلينات القريّة وخاصة على العقبين .

**الموجودات السريرية** : تظهر في مناطق الضغط أو سطوح الارتكاز كالعقبين ، والمنطقة القطنية العجزية ، أو الكتفية ، مناطق حمراء مزرقة ، وذمية ، واضحة الحدود . تكون في البدء غير مؤلمة ولذا تمرُّ دون أن يُشعر بها . ثم تصبح حدودها أكثر وضوحاً وتتحول إلى مناطق نخرية صفراء رمادية . وبسبب الرطوبة والحرارة الموضعية ( مناطق المذح ، الأربطة ، البول ) يصبح احتمال حدوث تخرب وخمج ثانويين كبيراً ، وتصبح حدود القرحة مقتلعة ويمتد التقرح بسرعة إلى اللِفافات في العمق ، وإلى الأوتار والعضلات والعظام حيث تصبح قرحة الاستلقاء واسعة . أما الاختلاطات فتشمل الألم والخمج الثانوي والداء النشواني .

**التشخيص** : واضح بسبب ظهورها في المناطق المعرضة للضغط .

**المعالجة** : صعبة ومديدة حيث لا نتمكن دوماً من إزالة السبب الضاغط كما يحصل مثلاً عند المشلولين . تطبق موضعياً القابضات والمراهم الحاثة على التحبب مع مراقبة مستمرة خوفاً من الاستعمار الجرثومي . يفيد أيضاً وقاية المناطق المجاورة بمعجونة التوتياء اللينة أو القاسية أو بالسيليكون . ومن الهام جداً استعمال وسائل تخفيف الضغط كالوسادات والأسرّة المائية أو المعلقة . وتولى الوقاية نفس الأهمية ، إذ يستحسن تغيير وضعية الاستلقاء بشكل متكرر ، والتمسيد اليدوي اللطيف يومياً ، واستعمال المعاجين اللينة والمحاليل والإرذاذات . وإن قرحات الاستلقاء هي السبب الغالب لانتشار أخماج المشافي .

## الاضطرابات الجلدية الناجمة عن الحرارة والبرودة

## Skin Disorders Due to Heat and Cold

### الحرق والسمط Burn and Scalds :

*المرادفات* : Combostio and Anbustio .

**التعريف** : تخرب نسجي بفعل الحرارة .

**الحدوث** : شائع وخاصة لدى الأطفال . غالباً ما يحدث الحرق والسمط في البيت والطريق وحوادث السير وفي مكان العمل وكوارثه . كما أن الحروق من الإصابات الرئيسية في زمن الحرب وكثيرة المصادفة في فصل الصيف بسبب حفلات الشّواء .

**السببيات** : وتشمل الأسباب التأثير المباشر للنار ، إنفجار الغاز ، والمعادن الحارة ، والسوائل الحارة أو البخار .

**الموجودات السريرية** : وتوصف حسب عمق الحرق كالحرق من الدرجة الأولى أو الثانية أو الثالثة . ويرتبط ذلك بشدة الحرق ومدة التماس .

*حروق الدرجة الأولى :* تبقى محصورة في الطبقات العليا من البشرة فهناك دوماً حُمامى مؤلمة مع انتباج المنطقة المصابة . وبعد عدة أيام تتحول التبدلات الجلدية إلى توسف خفيف . قد يحصل فرط تصبغ ولكن لا يعقبه تندب .

*حروق الدرجة الثانية :* هي حروق سطحية نسبياً إنما يحصل بالإضافة إلى الحمامى الالتهابية فقاعات الحروق النموذجية ( راجع الشكل ١٣ – ٤ ) . إذ تظهر النفاطة تحت البشروية الواسعة مباشرة أو بعد عدة ساعات من الإصابة بالحرق . وغالباً ما تنفتح هذه النفاطات مُعَرِّية أدمة حمراء ، رطبة ، لامعة ومتآكلة وتكون ملحقات الجلد مصابة أيضاً ، حيث تحترق الأشعار بفعل الحرارة . إنما تبقى جذورها سليمة ، لذلك لا يتأثر نمو الشعر عليها . لا يوجد خدر تجاه وخز الإبرة في المنطقة المحترقة . ويكون الترمم والشفاء أبطأ مما هو عليه في حروق الدرجة الأولى . والخمج الثانوي ممكن وكذلك بقاء فرط التصبغ أو نقصه .

*حروق الدرجة الثالثة :* وتشمل على إصابة طبقات الجلد العميقة ، الأدمة وملقحات الجلد ( يمكن نزع الأشعار دون ألم ) ، وتصاب المناطق المستبطنة حسب شدة الحرارة ( راجع الشكل ١٣ – ٥ ) . لا يوجد دوران دموي في الجلد ، ويوجد خدر لوخز الإبرة . وحينما تتخرب الطبقات العميقة بما في ذلك النسيج الشحمي تحت الجلد والأوتار والعظام ، تطلق على هذه الحالة التكربن أو التفحم (Carbonization) . وتكون الخشكريشة الناتجة بيضاء أو سوداء اللون ، وتكون قاسية وجافة أو رطبة . وبعد سقوط الخشكريشة نجد سطحاً متقرناً وحبيبياً ، يمر بكل مراحل الشفاء الثانوي للجروح وتشفى مخلفة مكانها ندبة . وهناك تداخل بين حرق الدرجة الثانية وحرق الدرجة الثالثة وقد تمضي أيام قبل تحديد درجة الحرق .

*ندبات الحروق :* تكون عادة نموذجية . فهي غير منتظمة ، ضامرة في قسم منها وضخامية أو جدرية في مناطق أخرى . كما يحصل فيها تشكلات خطية مشدودة وخاصة فوق المفاصل ، وقد تؤدي إلى تقفع Contratcure . وغالباً ما تنشأ الجدرات على ندبات الحروق لدى الأطفال والشبان . وبعد عقود قد يتطور على ندبة الحرق سرطانة وسفية الخلايا ( قرحة مارجولين Marjolin's Ulcer ) .

*اتساع الحروق :* إنّ درجة اتساع الحرق هي التي تحدد الإجراءات الإسعافية اللازمة ( نقل إلى المستشفى أو إلى وحدة خاصة بمعالجة الحروق ) وتحدد كذلك الإنذار المتأخر ، وتحسب حسب قاعدة التسعة لِوالاس (Wallace Rule of Nines) . أما عند الأطفال فإن مساحة الجلد تكون أكبر بالنسبة للوزن والحجم عما هي عند الكهول ولذلك فإن قواعد أخرى تطبق عندهم .

**الأعراض :** إنّ مجموع الأعراض تشكل ما يسمى بمتلازمة الحرق والتي تقسم إلى عدة أطوار :

*طور الصدمة الحادّة* ***Acute Shock Phase*** **:** وذلك خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى .

*طور الصدمة الكامنة* ***Latent Shock Phase*** **:** وهو طور التقويض Catabolism المتوسط في متلازمة الحرق ويظهر بعد ٢ – ٤ أسابيع من الحادثة ويستمر حتى الشفاء .

*الترميم أو طور الشفاء* ***Repair or Healing Phase*** **:** وقد يظهر خلاله أخماج حادة أو مزمنة ، وقد تظهر علامات صدمة إنتانية بسلبيات الغرام . وليس لهذا الطور زمن محدد . وقد يتداخل جزئياً مع طور الصدمة الكامنة .

**صدمة الحرق :** تتعلق الصدمة البدئية بالحادثة مباشرة ( صدمة الجرح ) . وإن صدمة الحرق الثانوية أو الحقيقية هي الأكثر خطورة . يوجد خطر من هذه الصدمة الثانوية لدى الكهول المصابين بحرق يشمل ٢٠٪ من سطح الجسم ولدى الأطفال المصابين بحرق يشمل ١٠٪ منه . ويزداد احتمال حدوث الصدمة مع زيادة اتساع الحرق وشدته .

إن صدمة الحرق هي صدمة نقص الحجم Hypovolemic . إذ يوجد فقد سوائل من سطح الحرق عبر الأوعية المتأذية والنسيج الخلالي . وهناك فقد داخلي للسوائل من منطقة وذمة الحرق . إذ يحرر الحرق عوامل مفعّلة للأوعية كالهستامين ، البروستاغلاندين والكينينات Kinins . وهكذا يمكن للوذمة أن تظهر على مسافة قريبة من الحرق . ويكون فقد السوائل على أشده مباشرة بعد الحرق وخلال اليومين الأولين للحادثة . وفي صدمة الحرق ثمة نقص واضح في الضغط التناضحي Osmotic ناجم عن نقص حجم الدم الجوّال ، وعدم كفاية الدينمية الدموية Hemodynomic . يزداد تحرر الكاتيكولامين بشدة ، وأخيراً قد يظهر حماض Acidosis استقلابي ، ونقص تأكسج ، وخثرات صغيرة تسبب ركودة شديدة ليس فقط في منطقة الحرق وإنما في كل الأعضاء الرئيسية . وإضافة لتأثر وظيفة القلب يمكن أن تصاب الكليتين ، الرئتين والكبد .

*الموجودات السريرية لصدمة الحرق :* ترفع حروري ، شحوب ، تعرق بارد ، تسرع قلب مع توتر سويّ أو بطء قلب مع نقص توتر ، وعطش وقلق ، تشير كل هذه العلامات إلى

صدمة حقيقية تتميز بتعرق بارد يغطي الجلد مع تسرع قلب ( أكثر من ١٠٠ ضربة في الدقيقة ) ، وهبوط التوتر الشرياني ( أقل من ١٠٠ ملم زئبق في ضغط جوي ١٣,٣ كيلو باسكال ) . وهناك خطر على الحياة حال هبوط الضغط لأقل من ٧٠ ملم زئبق . ويشكو المريض من تعب ، وغثيان وفواق وتشنجات رمعيّة (Clonic) وقياء ، وهي كلها علامات غير مشجعة . وإن نقص الوارد الدموي إلى الأنسجة بسبب تشنج الأوعية المغذية لها ، وخاصة في الساعات الأربع والعشرين الأولى ، يؤدي إلى نقص الوارد الأكسجيني وخاصة إلى الدماغ والكليتين والكبد والعضلات وإلى السبيل المعدي – المعوي . قد يحدث قصور كلوي حاد ( انقطاع بول ) مما يؤدي لانحباس مكونات البول ، ولدى غير المعالجين تحدث الوفاة بعد عدة أيام بسبب اليوريمية .

**الجدول ١٣ – ١ : قاعدة التسعة لولاس Wallace Rule of Nine** مع تعديلاتها بالنسبة للأطفال مع إعطاء نسبة سطح الجلد لكل عضو بالنسبة لكامل الجسم

| العضو | المولودون حديثاً | صغار الأطفال | الطفل بسن المدرسة | الكهول |
|---|---|---|---|---|
| الرأس | ٢١ | ١٩ | ١٥ | ٩ |
| الجذع الأمامي | ١٦ | ١٦ | ١٦ | ١٨ |
| الجذع الخلفي | ١٦ | ١٦ | ١٦ | ١٨ |
| الذراع | ٩,٥ | ٩,٥ | ٩,٥ | ٩ |
| الساق | ١٤ | ١٥ | ١٧ | ١٨ |
| الأعضاء التناسلية | ١ | ١ | ١ | ١ |

**السير** : الاختلاط الرئيسي لكل حرق هو الخمج ، فقد يحدث استعمار جرثومي لمنطقة الحرق بالجراثيم إيجابية الغرام كالعقديات والعنقوديات ، أو بجراثيم سلبية الغرام . وإن الذيفانات الداخلية والخارجية للجراثيم تحرض ظهور أعراض الصدمة وتسرعها . وثمة شكل خاص هو متلازمة الصدمة الانسمامية ( م . ص . ا : – **Toxic Shock Syndrome T.S.S** ) . وإن الاستعمار الجرثومي للحرق يعرقل شفاء اندفاعاته الجلدية .

*خُناق الجرح **Wound Diphteria** والحمى القرمزية :* ( كثيراً ما تلتبس مع اندفاعات قرمزية الشكل ناجمة عن ذيفانات الجراثيم في الحروق عند الأطفال ) . وقد كانتا سابقاً من الاختلاطات الخطيرة ويجب عدم نسيانهما رغم ندرتيهما في الوقت الحاضر ، عصر الصادات الحديثة . ولا نزال نخشى من القرحات المعدية والعفجية المترافقة أحياناً بنزف لا يمكن السيطرة عليه بسبب الركودة الناجمة عن قلة الدم ، وعن الوسائل المفعّلة للنسج والمتحررة من تخرب الخلايا الجلدية . ومن الاختلاطات الأخرى التهاب القصبات وذات القصبات والرئة .

**الإنذار** : ويتعلق بشدة الحرق واتساعه . وإن الحروق التي تصيب أقل من ١٠٪ من سطح الجلد لا تشكل عادة أية مشكلة . وحين وجود حرق واسع يصبح كل من صدمة الحرق وخمج الحرق العاملين الرئيسيين لتحديد الإنذار . وفي الحروق التي تتجاوز ٢٠٪ من سطح الجسم لدى الكهول ، و ١٠٪ لدى الأطفال يكون الإنذار خطيراً ، ويزداد سوءاً مع التقدم بالعمر وخاصة في وجود اضطرابات دورانية وفي الحمل والنفاس .

**المعالجة** : وتتعلق المعالجة بشدة الحرق واتساعه . وتتطلب الحروق لدى الأطفال انتباهاً خاصاً . وهناك قاعدة وهي أن أي حرق يتجاوز ١٠٪ من سطح الجلد عند طفل أو ٥٪ عند رضيع يجب قبوله في المستشفى فوراً ، وأن الكهول بحرق يتجاوز ١٠ – ١٥٪ يجب قبولهم أيضاً . ويجب أن تؤمن المعالجة الخارجية تنشيط حدثية الشفاء العفوي ، وتأمين نتائج وظيفية مناسبة ، والوقاية من الخمج الثانوي .

*المعالجة الجهازية :* في الحالات الشديدة . تكون معالجة صدمة الحرق الحادّة هي عمل مركز معالجة الحروق ، وحسب اتساع الحرق وشدته يجب المباشرة فوراً بتعويض نقص الحجم ( الوقاية من الصدمة ) . وبما أن نقص السوائل على أشده هو في الساعات ٨ – ١٦ الأولى فيجب تعويض الحجوم الناقصة بتسريب وريدي تقطيري مستمر . ويمكن في الحروق التي لا تتجاوز ٢٠٪ من سطح الجسم ، إعطاء السوائل عن طريق الفم ، وتنظم كمية السوائل حسب الحالة . ويفيد هنا تطبيق قاعدة **Allgöwer** أو **Evans** ومخطط دوبوا **Dubois** . ويجب أن يخضع تركيب المواد المحقونة لتعليمات الهيئة الدولية لأذيات الحروق . وتدبّر حروق الدرجة الثالثة الواسعة والوذمات الشديدة بمحلول **Brook** المعدّل عبر قثطرة وريدية . وإن المعالجة بالتسريب **Infusion** مبنية على الحالة السريرية ، ومعايرة الكسر الحجمي للكريات الحمر **Hematocrit** عدة مرات يومياً ، وكمية البول المطروحة في الساعة ، وإضافة لذلك تراقب وظائف الكبد والكلى والتوازن الحامضي . وحسب نتائج تحليل غازات الدم ، قد يصبح ضرورياً إضافة معالجة مضادة للحموضة . وتحسب كميات الدواريء **Buffers** ، وثاني كربونات الصوديوم مثلاً ، حسب جداول مناسبة .

*المعالجة الموضعية :* تدابير الإسعاف الأولي التي يمكن للمريض أن يطبقها هي غسل منطقة الحرق بالماء البارد ، بعد ذلك وفي حالة الضرورة ، تغطية منطقة الحرق بضماد جاف وعقيم .

*حروق الدرجة الأولى :* إنّ إرواء منطقة الحرق فور حدوثه بالماء البارد أو استعمال ضمادات رطبة وباردة ، يخفف الألم ويقطع الطريق أمام حدوث الوذمة . والإرذاذ بمسحوق الطلق Talcum المعتدل أو تطبيق محلول الزنك يخفف الألم بفعل تأثيراته المبردة . كما تستعمل الستيروئيدات القشرية السكرية بشكل محاليل ، أو رهيمات ، أو هلام أو إرذاذ لتعاكس حصول الالتهاب والوذمة . لا يوصى بالتطبيق الموضعي للصّادات أو السلفاميدات .

*حروق الدرجة الثانية :* يجب عدم فتح نفاطات الحروق ، وأقصى ما يمكن فعله هو ثقبها بشروط تعقيمية جيدة لتخفيف التوتر ، إذ أن سقف النفاطة السليمة يشكل أفضل واقٍ ضد الأخماج الثانوية ، وإن إزالته يجعل سطح الحرق أكثر إيلاماً . تغطى السطوح المتسحجة بملاءة معقمة عالية القدرة على الامتصاص ومشبعة بمعدن (Metalline) ، ويجب تغطية السطوح المتآكلة وحتى الجلد السليم . وإذا لم تتوفر هذه الملاءات يمكن استعمال ضمادات الشاش المشبع بالوذلين . ويجب أن نخشى من حدوث خمج في المنطقة المؤوفة سواء بمتعضيات سلبية الغرام ( الزائفة Pseudomonas ، أو الكلبسلية Klebsiella ، أو المتقلبة Proteus ) أو بالعقديات . ويجب أن نجري باستمرار تحديد العوامل الممرضة ومقاومتها للصادات . وفي حال حصول مقاومة جرثومية يمكن تبديل العلاج الموضعي المستعمل بمادة سلفاديازين الفضة – Silver Sulfadiazine . ويمكن استعمال مستحضرات بولي فينيل اليودي بحذر بسبب إمكانية امتصاص اليود وما ينجم عن ذلك من اضطراب عمل الغدة الدرقية . وفي المناطق المحتمل حدوث وذمة فيها كالوجه والمنطقة التناسلية ، يمكن استعمال الرهيمات ، أو الرغوات ، أو المحاليل الحاوية على الستيروئيدات القشرية السكرية كعلاج أولي للحرق ويجب استباق الأخماج الثانوية .

*حروق الدرجة الثالثة :* العلاجات الموضعية كما في حروق الدرجة الثانية ، إنما تأخذ المعالجة الجراحية دوراً رئيسياً . ويجب عدم إزالة النسيج المتموت مباشرة . بل يمكن إبقاؤه لأيام أو أسابيع . والتدبير الرئيسي في مراكز معالجة الحروق هو تدبير محافظ : تغطية جرح الحرق بضمادات عقيمة . ومساندة الانحلال النخري Necrolysis بالمستحضرات الحاوية على إنظيمات ، والإنضار Debridement الجراحي اليدوي . وإن محذور الاستئصال المبكر ( حوالي اليوم ٣ – ٥ ) بعد التخلص من الصدمة ، هو فقد الدم ، وخطر إعادة المريض للصدمة بنقص الحجم ، علاوة على محاذير التخدير وخلق سطوح واسعة معرّاة ، تبقى إمكانية إغلاقها بالمقصد الأول محدودة . ويمكن تطبيق الطعوم الجلدية المتزلقة Split – Skin Grafts ، الطعوم الفسيفسائية ، الغرائس المثلية Homo – Transplant والغيرية أو الأجنبية Xeno . ويمكن زرع بشرة المريض على وسط لإنبات النسج وتستعمل كطعم ذاتي . وهناك طرق أخرى نصف محافظة منها طريقة الاستئصال الصفائحي المماسي : (Janzekovic Tangential Laminar Excision) مع إزالة طبقات النسيج المتموت واستعمال سكين ثيرش Thiersch's Knife . أما الطرق الموضعية القديمة التي كانت تستعمل كالتخثير أو المواد القابضة كمحلول العفص المائي ٢ – ٥٪ لم تعد تستعمل حالياًوكذلك بالنسبة لتطبيق المحلول المائي لنترات الفضة ٠,٢٥ – ٠,٥٪ .

هذا وإن لاستعمال حالاّت البروتين موضعياً على المناطق المتموتة بعض الفائدة مثل الستربتوكيناز والستربتودورناز وذلك بشكل محلول أو هلام ، وكذا الأنظيمات الحالّة للفيبرين ، أو الإنظيمات الحالة للفيبرين المستخلصة من المطثية الحالّة للنسج (Clostridium Histolyticum) .

*طرق علاجية إضافية :*

*المسكنات :* ويجب إعطاء مشتقات البيتيدين ولا يجوز إعطاء مشتقات المورفين .

*إتقاء الكزاز :* يوصى بالوقاية من الكزاز في أي شكل من أشكال الحروق التي تسبب تآكل البشرة وذلك إذا لم يكن عيار مضادات الكزاز مرتفعاً بشكلٍ كافٍ .

*الدجتلة :* في الحروق الشديدة وخاصة عند المسنين .

*مضادات هبوط التوتر الشرياني :* لا يشار بها حيث أن صبيب الكاتيكولامين هو في الحد الأعظمي .

*الستيروئيدات القشرية السكرية :* تعطى فقط ضمن استطبابات خاصة وبشكل مستحضرات مائية .

*الوقاية بالصّادات :* لا ينصح بها عادة للوقاية .

*المعالجة بالصادات :* يوصى بها لمكافحة الخمج الثانوي فقط وبعد إجراء اختبار المقاومة الجرثومية .

*معالجة طور الصدمة الكامنة :* تتطلب المرحلة التقويضية التي تلي المرحلة الحادة تعويض حتى ٧٠٠٠ KCal في اليوم بسبب فقد الحرارة الكبير . وتعوض هذه الحريرات بإعطاء مستحلبات دسمة ومحاليل من الحموض الأمينية الكاربوهدراتية مشركة مع الغول سواءً عن طريق الفم أو الحقن . ففي الحروق الواسعة

والشـديدة يعطى الألبومين ، غاماغلوبلين وقد ينصح بنقل الدم الكامل .

*معالجة الأخماج :* تلعب المعالجة بالصادات دوراً رئيسياً في معالجة الصدمة الإنتانية . ويغلب أن تكون العوامل الممرضة جراثياً سلبية الغرام مثل الزائفة ( رائحة التفاح المتخمر ) أو المتقلبة الرائعة **Proteus Mirabilis** ، أو عقديات وعنقوديات معندة . وإن تحديد نوع الجراثيم ومقاومتها على الصادات هو جزء من التدبير اليومي للحروق . وللأخماج الفطرية أيضاً أهمية كبيرة حيث أنها قد تسبب اختلاطات مميتة . ويجب الحذر أيضاً من الخمج بالمبيضات البيضاء . ويوصى بالمراقبة المستمرة للمناطق الجلدية المحروقة ، ولجوف الفم والقشع والبراز . ويجب أن لا يغيب عن الذهن إمكانية الخمج بالحمات وخاصة حُمة الحلأ البسيط أو الحلأ النطاقي .

**شكل خاص** : لدى المحروقين بالفسفور ( القنابل الفسفورية الحارقة ) ، حيث يستمر توليد الحرارة من قبل الفسفور ما دام الجرح معرضاً للهواء لذا يوصى بالمعالجة البعيدة عن الهواء ، في البدء بالزيت وبعد ذلك تطبيق حمامات كبريتات النحاس ٢٪ لتعديل الفسفور .

## الاضطرابات الجلدية الناجمة عن البرد : Skin Disorders Due to Cold

### عضة الصقيع Frostbite :

*المرادفات :* الانجماد (Congelation) .

**التعريف** : تحدث عضة الصقيع عندما يتعرض الجسم أو جزء منه لبرودة شديدة ( تحت درجة الصفر ) .

**الحدوث** : شائع ، اضطراب متميز ، يصيب متسلقي الجبال خاصة ( مناطق صغيرة من عضة الصقيع على الأذنين والأصابع والأنف والأباخس )وكذا لدى المزارعين والعاملين في العراء .

**الإمراض** : تتعلق عضة الصقيع بشدة البرد ، ومدة التعرض ، ورطوبة الجو وسرعة الريح . كما تتعلق بالوقاية التي تقدمها الملابس وبدرجة الجهد الفيزيائي الذي يقاوم تأثير البرد . تبدأ عضة الصقيع في مناطق الأوعية الانتهائية : الأطراف ، والأصابع ، والأباخس ، والأنف والأذنين . وعند اشتداد البرودة تصاب القدمان واليدان وبعد ذلك الأطراف . وأخيراً قد يصاب كامل الجسم مؤدياً للموت . عندها يصبح الجسد متجمداً قاسياً وصملاً **Rigid** . ويزداد احتمال حدوث عضة الصقيع في اختناق النهايات وفي فرط تعرق اليدين والقدمين ، والرطوبة ، والملابس غير جيدة العزل وحين الجهد الزائد والإرهاق ومع تناول المشروبات الكحولية أو فقد الدم .

**الفيزيولوجيا المرضية** : تتعلق درجة تخرب النسج بتأثير الصقيع بمدة التعرض ودرجة نقص الحرارة . فعندما تكون درجة الحرارة المحيطية ١٦° ـ ٢٠° م يفقد الشخص العادي حرارته باستمرار . وأول علامات نقص الحرارة الشعور بالرعشة ، وتقبض العضلات الناصبة للأشعار ( جلد الأوز ) . ويؤدي البرد إلى تحرير مواد مشابهة للهستامين والتي تؤدي إلى كل المظاهر الالتهابية النضحية **Exudative – Inflammatory** : توسع الأوعية ، وزيادة النفوذية الشعيرية ، والالتهاب ، وبطء الدوران ، ونقص أكسجة الدم والنخر . وان عضة الصقيع هي دوماً تشارك تأثير البرد ونقص التروية . تتشكل بلورات جليدية في النسج لكن تأثيرها غير معروف . وتقسم عضة الصقيع ، كما هوا الحال في الحروق ، إلى ثلاث درجات :

١ ـ الحمامى ( التهاب الجلد الانجمادي الحمامي **Dermatitis Congelations Erythematosa** ) .

٢ ـ التنفط ( التهاب الجلد الانجمادي الفقاعي **D. C. Bullosa** ) .

٣ ـ النخر ( التهاب الجلد الانجمادي الخشكريشي **D. C. Escharotica** ) .

وثمة أشكال خاصة منها الأذيات الناجمة عن الانهيارات الثلجية أو الكوارث البحرية . ويكون هناك أيضاً نقص الحرارة وما يسمى بالحياة المعلّقة ( **Suspended Animation** ) . وهبوط حرارة الجسم إلى أقل من ٢٢° مئوية ( مع حرارة شرجية أقل من ٢٠° مئوية ) هو غير عكوس ويعني الموت من جراء ضياع الحرارة .

**الموجودات السريرية** :

*الدرجة الأولى لعضة الصقيع :* وتتجلى بتقفع اقفاري في الأوعية الجلدية . ويصبح الجلد أبيض خدراً وتكون الأجزاء المصابة عديمة الألم . وبعد التدفئة السريعة تحدث حمامى تفاعلية خفيفة وعابرة ثم يعود الجلد بسرعة إلى حالته ولونه .

*الدرجة الثانية لعضة الصقيع :* وتحصل عند التعرض لبرد شديد . فبعد إحماء الجلد تظهر نفاطات تحت بشروية مصلية أو نزفية .

*الدرجة الثالثة لعضة الصقيع :* يحدث نخر نسجي بعد فترة قصيرة من التعرض للبرد الأكثر شدة . تصبح الأقسام المصابة سوداء مزرقة ، قاسية ، عديمة الحس ( راجع الشكل ١٣ ـ ٦ ) . وهنا تتطور إلى شكل جيد الإنذار من النخر الجاف ( تجفف **Mummification** ) يتظاهر بجلد بني مسود ( خشكريشة ) أو إلى نخر رطب ( موات **Gangrene** ) ناجم عن الأخماج الثانوية . ويفصل الجلد المتنخر عن الجلد السليم

حد فاصل . وإن الإنطراح الذاتي لجزء من طرف كالإصبع أو الأبخس قد يتطلب شهوراً .

**الموجودات المجموعية** : يغلب أن تغيب المظاهر المجموعية . إنما قد تؤدي تخربات النسج العميقة والأوعية والعضلات والعظام والأعصاب ، بشكل متأخر ، إلى ظهور أعراض شخصانية : حساسية غير عادية للبرد ، وحساسية نحو تبدلات الطقس .

**السير** : يتعلق الإنذار بدرجة اتساع عضة الصقيع ، وإن الخمج الثانوي هو عامل يزيد الحالة سوءاً . يساعد الغول ( الكحول ) على حدوث توسع أوعية ونقص الحرارة وقد يؤدي إلى الموت بالبرودة .

**المعالجة** :

*الجهازية* : تعطى المشروبات الساخنة ( شاي ، قهوة ، كحول ) لتدفئة الجسم عامة . ويمكن أن تعطى علاجات متنوعة لدعم توسع الأوعية مثل : **Carbamoylcholine Chloride** ، والأستيل كولين ، و **Tolazolin HCl** ، وبيتابيريديل ميتانول ، و **Buphenin HCl** . وكاليدي نوجينار وديهدروإرغوتامين وبنتوكسيفيللين .

*الموضعية* : إحياء النسج المتجمدة بالإحماء العام مع ترك الأقسام المتجمدة باردة نسبياً . ومن المهم عدم تدفئتها بحمامات مفرطة الحرارة أو باللمبات الحرارية . وإن التدفئة السريعة للأقسام المتجمدة هو مضاد استطباب ، لأن عدم التناسب بين حاجة النسج المدفّأة للأكسجين ومخزون الأكسجين قد يؤدي إلى زيادة التخرب النسيجي الموضعي .

تطبق التدفئة بواسطة حمامات حرارتها ٣٥° مئوية أو لمبات حرارية ( ٣٠ ـ ٤٠° مئوية ) أو أغطية حارة . ويطبق ، علاوة على ذلك ، نفس المعالجة الموضعية المطبقة في الحروق . ومن المهم إبراز حدوث التحنط في تجمدات الدرجة الثالثة . ويجب عدم تطبيق ضمادات رطبة ، كما يحذر استعمال الذرورات أو أي شكل من أشكال الضمادات . ولا يجوز استعمال الوسائط الجراحية إلا بعد ظهور خط الفصل . ويجب تطبيق البتر الباكر عبر نسيج سليم في حال وجود موات رطب وقد يرافقه الإنتان .

## الشرث Perniones :

*المرادفات* : Perniosis, Chilblains .

**التعريف** : يظهر الشرث بدرجات حرارة أخفض قليلاً من حرارة الغرفة . إنما يحتاج لاستعداد خاص بوجود خلل في الدوران المحيطي كاختناق النهايات . وتكون الأصابع زرقاء محمرة وذمية ، وثمة تورم التهابي عقيدي ، يكون غالباً واضح الحدود ، إلا أنه قد يكون أحياناً منتشراً وغير واضح الحدود . وتصبح الأصابع حين التدفئة مؤلمة بشدة . كما أنها تصبح حمراء لامعة نتيجة التبيغ المحدث بالحرارة .

**الحدوث** : خاصة في الربيع والخريف وأكثر ما يصيب الشبان المصابين بازرقاق النهايات ، وخاصة العاملون في الهواء الطلق في ساعات الصباح الباكرة والباردة : كالمزارعين أو بعد الإقامة في مناخ بارد ورطب . تصاب النساء أكثر من الرجال . وغالباً ما يبدي المريض اضطرابات محيطية مستقلة كزرقة النهايات ، أو الجلد المرمري ، أو زراق الساق الاحمراري أو فرط التعرق .

**الإمراض** : الذي له دلالة في إمراض الآفة هو حرارة أعلى من درجة الصفر بقليل مع رطوبة عالية وريح . وهناك تداخل بين الاضطرابات الوعائية الوظيفية المستقلة وبين درجات الحرارة المنخفضة التي تؤثر خاصة في الطقس البارد والرطب في الخريف والربيع . وأحد العوامل المسببة هو سوء التكيف مع تبدلات درجة الحرارة بين الدفء والبرد . ومن العوامل المساعدة الأحذية الضيقة ، الكلسات الرقيقة ، القفازات الضيقة والمناخ الرطب . وكثيراً ما يحصل الشرث عند نساء يعملن في المطابخ الباردة ( أرض حجرية ) أو لدى القصابين ( برد ورطوبة ) .

**الموجودات السريرية** : يصيب الشرث بشكل رئيسي ظهر الأصابع والأباخس ( راجع الشكل ١٣ ـ ٧ ) ، والأطراف السفلية ، القسم الأنسي للركبة والأقسام الجانبية للفخذ والورك . وتكون هذه الأقسام زرقاء محمرة ذات تورمات عقيدية التهابية وذمية . محددة غالباً ، أو منتشرة دون حدود واضحة . وحين تدفئتها يشعر المريض بحرق مع تخريش شديد وألم ، وتصبح حمراء لامعة بسبب التبيغ الناجم عن الدفء . وللشرث مظاهر متنوعة من الحطاطات الجريبية الصغيرة إلى العقيدات الضخمة المترافقة بنزف ونفاطات مرتفعة ( الشرث الحويصلي Vesicular Chilblains ) والتي قد تصبح متقرحة ( الشرث المتقرح Ulcerated Chilblains ) ومترافقة بخمج ثانوي .

**التشريح المرضي النسجي** : غير نوعي ، التهاب تليفي في الأدمة السطحية ، وتوسع وعائي ورشاحة باللمفاويات والمنسجات مترافقة بوذمة في الأدمة السطحية . في الشرث الحويصلي نجد أيضاً حويصلات تحت بشروية ، وفي الشرث التقرحي نجد نخراً احتشائياً في البشرة والأدمة السطحية .

**الأعراض** : تهيج حارق يصيب المريض عندما يدخل إلى غرفة دافئة .

**السير** : في حال وجود استعداد للشرث نجده يتكرر لسنوات عديدة في حال تكرر الشروط الملائمة لظهوره . تخف الهجمات

مع تقدم السن ويكون الإنذار حسناً إذا أمكن تجنب البرد وتحسين الاضطرابات الوعائية .

**التشخيص التفريقي** : يوحي توضع الإصابة على ظهر اليدين والأصابع بالشرث الذأبي ، ويستحيل تمييزه عن الحمامى الجاسئة حينما تكون الآفات متقرحة ومتوضعة على الطرفين السفليين . قد توحي العقيدات الكبيرة غير المتقرحة والمتوضعة على الطرفين السفليين بالغرناوية كبيرة العقيدات ( داء Boeck ) . ويصعب تميز الشرث الربيعي عن الحمامى عديدة الأشكال التي لا تبدي الاندفاعات القزحية الهدفية النموذجية . ويصبح التشخيص أسهل في حال حدوث الشرث الربيعي لدى مجموعة من العاملين في نفس الشروط المناخية وفي غياب الخمج بالحلأ البسيط أو غيره من الآفات الحموية أو الجرثومية .

**المعالجة** : .

*الجهازية* : تحسين الدوران بموسعات الأوعية نافتي دروفوريل Naftidrofuryl ، بنتوكسي فيللين . بيري بيديل Peribedil ، بيتا – بيريديل ميتانول ، كسانتينول نيكوتينات . سيناريزين وغيرها .

*الموضعية* : التدابير الأكثر أهمية هي الوقاية من البرد والرطوبة المحيطية ، ملابس جافة ، دافئة واقية وعازلة . ويشمل هذا : أحذية واقية ، جزمات مبطنة بالفراء ، جرابات صوفية ، سراويل داخلية طويلة ، قفازات عريضة ، تدفئة السرير في الشتاء ، الجزمات جيدة العزل مفيدة لأنها تحسن الدوران .

يوصى باختزان الدفء أو استعمال المواد المؤدية للتبيغ : الحمامات الحارة ، مراهم ورهيات حمض استربنتزيل النيكوتينيك ، أو Nonanoic Acid vanillamide أو Nicotnic Acid Butoxyethyl ، أو تطبيق حجيرات الهواء الحار أو الحرارة النافذة ... إلخ . كما يطبق بحذر المغاطس متغايرة الحرارة للتدريب الوعائي . وفي الحالات الالتهابية الشديدة يوصى باستعمال الستيروئيدات القشرية السكرية موضعياً أما في الحالات المتقرحة فيوصى بعلاج مرمم بالإضافة إلى المطهرات الموضعية في حال الالتهاب الثانوي ، والعلاج هنا مشابه لما يطبق في حالات قرحات الساق .

### أشكال خاصة :

**الشرث الجريبي Pernio Follicularis** : وله مظهر نموذجي ، ويتظاهر على شكل حطاطات كثيرة العدد بحجم رأس الدبوس ، مبعثرة ، حمراء مزرقة ومتوضعة حول الجريبات الشعرية ومنتشرة على سطوح واسعة كالأطراف السفلية ، والفخذين ، والوركين أو الأوجه الباسطة للذراعين ( راجع الشكل ١٣ – ٨ ) . ونتيجة التقبض المستمر لعضلات الجريبات تُرى الأشعار عمودية على الجلد ( جلد الإوز المستمر Cutis Anserina Perpetua ) . ويحدث ، بالإضافة لما سبق ، فرط تقرن جريبي ( تقران جريبي . حزاز شعري ) . الأعراض الشخصانية غير موجودة . ويمكن للشرث الجريبي ، أن يكون في بعض الأحيان مزعجاً من الناحية الجمالية وباستثناء بعض التخريش أو حس الحرق تبقى الحالة لدى بعض المرضى دون أن يشعروا بها . يؤهب الشرث الجريبي ( للإصابة بالتهاب الجريبات المزمن والناجم عن الجراثيم والفطور .

**الشرث الربيعي الحاد Acute Spring Chilblains**

[ Keining : ١٩٤٠ ] : ويظهر في فصل الربيع بشكل خاص لدى شبان مصابين بازرقاق النهايات ولدى عمال يعملون في الهواء الطلق في طقس بارد ورطب . تتجلى الاندفاعات الجلدية ببقع وحطاطات حمراء مرتفعة ملساء ، تظهر بشكل متناظر على حافة الأذنين ، وظهر اليدين والذراعين ، والطرفين السفليين ، والآفة غير نادرة المصادفة ، وهي توحي بالحمامى العديدةالأشكال ، إنما دون ميل للتحوصل . يظهر الشرث الربيعي بجائحات صغيرة لدى أشخاص معرضين لنفس الشروط البيئية . ويصنف بعض المؤلفين الشرث الربيعي كشكل من الطفح الضوئي عديد الأشكال .

**الشرث الخريفي** : يظهر في فصل الخريف ويكون توضعه الرئيسي على الساقين والقدمين ، ويظهر خاصة لدى العاملين في مناطق رطبة باردة ، وسيئة التدفئة .

**شرى البرد Cold urticara** : ( راجع بحث الشرى : الفصل ١١ ) .

**وجود الغلوبلين القري في الدم ( غلوبلينيمية القرّ ) Cryoglobulinemia** : ( راجع نفس البحث – الفصل ٤٠ ) .

*التهاب السبلة الشحمية بالبرد Cold Panniculitis* : متلازمة نادرة ، تظهر دائماً لدى النساء البدينات . ويظهر بعد ٤٨ ساعة من التعرض الموضّع للبرد عقيدات تشمل الجلد وما تحت الجلد . وهي عقيدات حمراء التهابية ومؤلمة شبيهة بالحمامى العقدة . وإن ركوب الخيل ، وخاصة لدى النساء ، في طقس بارد رطب . ودون ملابس مناسبة عازلة ، يؤدي إلى شرث في مناطق الخاصرتين والأليتين ، وعلى جانبي الفخذين ، يظهر نفس الاندفاع لدى الأطفال المعرضين للبرد أو لأنواع البوظة المتجمدة . اما التوضع الانتقائي لهذه الآفة فهو الأليتين ، والوركين ، والفخذين ، والقدمين وكذلك الرقبة والذقن المضاعفة .

اما من الناحية النسجية فتشاهد رشاحة لمفاوية مصورية ، والتي تحرض تجريبياً بتطبيق قطعة جليد ويسمى هذا الشكل من التهاب السبلة الشحمية بالبرد : نخر الشحم بالبرد Adiponecrosis Frigore .

**فرفرية البرد Cold Purpura** : آفة نادرة تصيب النساء أكثر من الرجال . ويمكن إحداثها تجريبياً . تظهر على الأطراف المصابة باختناق النهايات وتتجلى بنمشات جريبية نزفية صغيرة ومنتشرة . وقد تأخذ منظراً شبكياً ( تتوافق مع الجلد المرمري ) .

من الأسباب الممكنة وجود راصّات البرد أو غلوبولين القرّ . وبالمقابل فإن الصفيحات ، وعوامل التخثر ، وعلامة Rumpel – leede تكون طبيعية .

## التخرب الجلدي الناجم عن الكهرباء Skin Damage from Electricity :

قد تحدث أذيات جلدية بسبب التيار الكهربائي أو الصواعق . وتنجم الحروق الكهربائية عن تأثير الحرارة : قوس كهربائية ، الثياب المدفأة ، المعادن الحارة . وهي لا تختلف عن الحروق الحرارية العادية ( راجع الشكل ١٣ – ٩ ) .

وتنجم **الآفات الجلدية الكهربائية النموذجية** عن حدثيات كهر – آلية Electro – Mechanical . ونادراً ما تحدث آفات جلدية في الحوادث الناجمة عن تيار منخفض التوتر . وفي الحوادث الناجمة عن تيار عالي التوتر أو عن الصواعق ، تلاحظ آفات ، مكان دخول التيار وخروجه . ويختلف اتساعها حسب التيار ، ويتعلق مظهر الآفات بشدة التيار ( الأمبير ) . وقد تكون الاندفاعات واضحة الحدود ، مخططة أو نقطية ، على شكل انخماصات أو ارتفاعات ، بيضاء لامعة ، أو سوداء . وقد يتطور أحياناً إثر تيار شديد ، اندفاع مدور وعميق وكأنه أحدث بالخرمة ، أو تقرح أو خشكريشة . ويمكن للمواد المعدنية التي يحملها الشخص كالخواتم ، والسلاسل أو القلادات ، والأساور والساعات والحشوات المعدنية أن تسبب آفات في الجلد ، وفي النسيج الضام أو العظام ، وتترك علامات على الجلد بسبب تشربه بالأكاسيد المعدنية . ويعرف التمعدن Metallization بأنه تلون الجلد باللون البني أو الأسود في جوار المسرى الكهربائي Electrode نتيجة انتشار مركبات معدن المسرى بسبب تحلله الكهربائي .

### أذيات الصاعقة Lightning Irjury :

*الأسس الفيزيائية :* تحدث الصاعقة بين منطقتين محملتين بالغيوم الرعدية . وتبدأ ببرق ينتشر من الأعلى إلى الأسفل ويزداد تدريجياً من الغيوم إلى الأرض محدثاً سلسلة من البروق هي السبيل الموصل للصاعقة . وإذا وصلت الشحنة الأولى لملامسة الأرض ، يبدأ إفراغ الشحنة الرئيسي الذي يسير باتجاه معاكس ؛ من الأرض إلى الغيوم ، وتعود الشحنة التالية من الغيوم سالكة نفس السبيل إلى الأرض . وتنجم الموجات الصوتية للرعد عن الانتشار الانفجاري للهواء عبر سبيل الصاعقة . كلتاهما ، الضربة النازلة ، وإفراغ الشحنة الرئيسي قد تصيب الإنسان ، إذ ينشأ تيار شدته عشرات الآلاف من الأمبيرات خلال أجزاء الثانية ويصيب الشخص تيارٌ قوته مئات الألوف من الفولطات . ينفرغ القسم الأعظم من تيار الصاعقة بانتشاره على القسم الظاهر من الجسم . وتؤمن الملابس والجلد مقاومة تخفف التيار إلى عدة أمبيرات فقط تصيب الجسم . وبسبب هذا الانتشار على سطح الجسم يمكن للشخص الذي أصابته الصاعقة مباشرة أن يعيش . والأكثر خطورة هو البرق الصاعد الذي يحدث غالباً في قمم الجبال ، هنا لا يوجد انتشار خارجي منقذ للحياة . أما أسباب الوفاة في إصابات الصاعقة فهي توقف القلب ، وتوقف التنفس وحروق الجلد والأعضاء الداخلية ، والكسور ، والانفجار الآلي للأحشاء وخاصة الدماغ والنزوف الواسعة .

*الوقاية من العواصف الرعدية :* خارج المباني ، تعتبر السيارة الملجأ الأفضل ( قفص فارادي Faraday Cage ) إلا أن السيارات ذات السقف غير المعدني لا تعطي حماية كافية . أما في العراء فإن أفضل وقاية من الصاعقة هي أخذ وضعية القرفصاء ، الرأس إلى الداخل والأقدام بجانب بعضها وهكذا حتى تلامس الأرض بأصغر مساحة ممكنة . ويجب أن لا تلامس اليدين الأرض ، كما يجب عدم الوقوف تحت شجرة أثناء الصاعقة . وأثناء العواصف الرعدية يجب فصل الهوائيات ومآخذ التيار الرئيسية .

**الموجودات السريرية** : أذيات الصواعق ليست نادرة المصادفة وتأخذ أشكالاً متشعبة عجيبة تشبه ورق السرخس ، أو تسبب تبدلات جلدية نخرية جافة تبدأ من مكان دخول التيار وتسمى « أشكال الصاعقة Lightning Figures » . وتشاهد أيضاً تبدلات جلدية مكان خروج التيار ، من الحمامى إلى التخربات النخرية المتفحمة . ويكون الجلد المصاب بصاعقة غير حساس للألم عادة . ونظراً لأن أذيات التيار الكهربائي تخرب النسيج تحت الجلد السليم أكثر من المتوقع ، لذلك فإن الشفاء يكون متأخراً ، وقد يحدث التهاب خفيف وخمج ثانوي أو ترفع حروري .

**الموجودات المجموعية** : تتعلق في حروق الكهرباء وفي ضربة

الصـاعقـة بكميـة الطـاقة . وإن المظاهر العامة التي تعود إلى تأثيرات سميّة تغيب في أذيات الكهرباء . أما النتـائج المباشرة لانتشـار التيار الكهربائي عبر الجسم فهي : الرجفان البطيني ، توقف القلب ، تخربات في النخاع والأعصاب ، وذمة دماغية ، اضطرابات سمعيـة وبصرية ، توقف التنفس ، انقطاع البول ، وبيلة الخضاب .

**التشريح المرضي النسجي** : غير نوعي ، وذمة حادة ، توسع في الأوعية الدموية ، ويلفت النظر وجود نخرات خثرية .

**الإنذار** : جيد ، إذا بقي المريض على قيد الحياة بعد الساعات الأولى .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : في الحالات الخطرة ( بعد تيار عالي التوتر أو صـاعقـة ) يوصى بإدخال المريض إلى قسم العناية المشدّدة ، ويجب الانتباه إلى القلب والدوران ، والكليتين بشكل خاص . وتنصب معـالجـة أذيـات الصـواعق على إنعـاش الجهـاز القلبي – الوعائي .

*المعـالجـة الموضعيـة* : معـالجـة موضعيـة محافظـة ( هلام ، ذرورات ) ، عدا ذلك يعالج كالمحروق .

## التخربات الناجمة عن المواد الكيمياوية

## Skin Damage Due to Chemicals

### الكي الكيميائي Chemical Cauterization :

*المرادفات* : الائتكال Corrosion .

يمكن لعدد كبير جداً من المواد الكيميائية أن تحدث تخربات جلدية حين ملامستها للجلد ، وهذا هو مبدئياً التأثير الإئتكالي لبعض المواد الكيميـائيـة . والمظهر الرئيسي هو نخر ناجم عن تخثير سمّي . وتتعـلق الأذية بتركيز المـادة الكـاوية وخواصهـا الفيـزيائيـة ومدة التـأثير . كما أن لسماكة الطبقـة المتقرنة أهميـة كـبيرة . وغالبـاً ما يحدث الكي الكيميائي في حوادث العمل ( الإئتكـال المهني ) أو في الحوادث المنزليـة ( خاصــة لدى الأطفـال ) . ويحدث الإئتكـال أيضـاً في الجلادات الخادعة Artefacta أو المفتعلة Factitial .

**الحموض** : يسبب ترسب البروتين بتـأثير الحموض ما يسمى بالنخر التخثري Coagulation Necrosis . وعادة ما تكون الإئتكالات الناجمة عن الحموض ، سطحية وواضحة الحدود ، حيث أن الحمض يتعدّل بسرعة . أما الخشكريشات الناجمة عن الحموض فتشبـه الرق Parchment – like ، ويختلف لونها حسـب نوع الحمض المسبب . يسبب حمض الكبريت في البدء تورماً مبيضاً وبعد ذلك تحدث خشكريشة بنية أو سوداء . أما حمض الآزوت فيخلف خشكريشات مصفرّة ( تفاعل بروتيني أصفر ) . ويسبب حمض كلور الماء ندبات بيضاء متسخة . أما حمض فلور المـاء فيؤدي إلى ندبات ائتكـالية خضراء مصفرة عميقة . ويؤدي حمض البكريك إلى خشكريشات بنية متسخة في مناطق جلدية ملونة بالأصفر . بينما يحدث حمض الكربوليك خشكريشــة بيضــاء في البدء ، وتصبح بنية فيما بعد . كما أن الحموض العضوية يمكن لها ، إن كانت بتركيز عالٍ ، أن تؤدي إلى تأثيرات نخرية مثل حمض النمل وحمض الخل ثلاثي الكلور ، وحمض اللبن ، وحمض الليمـون ، وحمض الحمّــاض ( راجع الشكل ١٣ – ١٠ ) كما أن المواد المزيلة لقساوة الماء ( المرسبة للكلس ) أن تحدث نفس التأثيرات ، لدى عاملات المنازل في الأغلب .

**القـلويات** : إن القـلويات ، مثـل الصود الكاوي ، والبوتاس الكـاوي ، والأمونيـاك ، وسيـاناميد الكـلسيوم ، والكـلس ، والمستحضرات الحاوية على الكـلس كالإسمنت ، ونفـايات تومـاس Thomas Slag ، جميعهـا تؤدي إلى تنـاثر البروتين بتشـكيـل أحينـات قـلوية . يؤدي هذا التنـاثر إلى نخر تميهي Colliquative Necrosis يسـمح بـانتشـار المحاليـل القـلوية النفـوذة . وإن التخرب الجلدي في مثـل هذه الحالة لا يكون محصـوراً في منطقـة التأثير بل ينتشر إلى أقسـام الجلد المجاورة والنسج العميقة . وتكون الخشكريشات الناجمة عن القلويات بيضاء في البدء ، ثم تصبح متورمة أو هلامية ، وأخيراً تأخذ لوناً بنيـاً ( تحول الهيموغلوبين ) . ويكون التـآكل دوماً في المنطقة المصـابة تماماً ، ومن هذه المنطقة قد تحدث آثار منقطة . وإن الكي بالقـلويات يكـثر حدوثه في بعض الصنـاعات وخاصـة صناعة الصابون .

**السير** : المناطق الأكثر إصابة هي المناطق المكشوفة من الجسم . وتمضي عادة عدة ساعات أو أيام بعد تشكل خشكريشة التآكل حتى يظهر الالتهاب التفاعلي بشكل احمرار وتورم . وهنا فقط يظهر خط الفصل للمنطقة المتنخرة . ويجب إزالة الخشكريشة لنسـمح بـالشـفـاء الثـانوي بالتحبب وترمم البشـرة . ويمكن للائتكـالات العميقـة أن تسبب ندبات وجدرات مشوّهة قد تحدد وظيفـة العضــو . وعادة ما يكون التندب بعد حروق القلويات أكثر حدّة مما هو بعد حروق الحموض . كما تعرقل الأخماج الثـانوية حدثيـة الشفـاء . وقد تترافق الآفة بتبدلات مجموعية : تخرب كلوي بعد كيٍّ واسع بالفينول .

المعالجة :

*المعالجة الجهازية :* في حال الضرورة قد نضطر لإعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية ومدرات البول .

*المعالجة الموضعية :* غسل وتمديد المادة المخربة بالماء الغزير . وغالباً ما لا يفيد تعديل المادة القلوية . والأفضل استعمال الغول ( ٣٠ – ٥٠٪ خارجياً ) ويستعمل كمضاد للفينول . في الحروق بحمض كلور الماء ينصح بالاستئصال السريع . ويمكن تخفيف التفاعل الالتهابي الشديد بتطبيق الستيروئيدات القشرية موضعياً . والطرق الأخرى هي كالمستعملة في علاج التقرحات المزمنة ، وقد تفيد محاولة حل خشكريشة التآكل بالإنظيمات ، ومعالجة الجروح ، والوقاية من تشكل الجدرات بعد المعالجة باستعمال المراهم الحاوية على الهيبارين أو مماثلات الهيبارين .

## الآفات الجلدية الناجمة عن الغازات السّامة Skin lesions due to poison Gas :

إن الآفات المتنخرة الناجمة عن الغازات السّامة كغاز الخردل Chlordiethylsulfide Lesions معروفة بشكل واسع حيث يحدث بعد ساعتين من التماس حمامى التهابية يظهر عليها بعد يومين نفاطات تنفتح بعد ٨ – ١٠ أيام تاركة سطحاً معرّىً ، متنخراً أو جلبياً ، يتطور ببطء شديد نحو الشفاء ، وبذلك فهو يختلط بالأخماج الثانوية بسهولة . وإن نفوذية الأسلحة الكيميائية سريع جداً والأمل الوحيد للتخلص من التلوث بالكلورامين هي في الدقائق الأولى من التماس .

*اللويسيت Lewisite :* تأثير مشابه ، إنما أسرع ، وسيره أفضل . ولإزالة تلوث الجلد يوصى بالعوامل المؤكسدة ويمكن استعمال الديمركابرول Dimercaprol ( بالإنكليزية Bal ، Anti – Lewisite = 2.3 Dimercapto – 1 – Propanol ) .

## المواد السُّمية وتفاعلاتها الجلدية الموافقة :

المواد السُّمية التي تسبب تخريشاً في الجلد والمستعملة في المنزل والصناعة ( لا تشمل الأدوية والمطهرات ) :

– الصود الكاوي ( منظفي المجاري ، البوتاس الكاوي وغيره من القلويات ) .
– الأغوال ( Allyl Alcohol – مبيد أعشاب ) .
– الكيلامين Alkylamine ( مبيد حشرات ) .
– اليلامين Allylamine ( في صناعة اللدائن ) .
– الأمونيا ( منظف ) .
– المركبات الزرنيخية ( مبيد حشرات ، مبيد أعشاب ) .
– أملاح الكوبالت ( الصناعة ) .
– مركبات دي نترو Dinitro ( مبيد حشرات ، كراث العث ) .
– الفورمالدهيد ( الصناعة ) .
– حمض النمل ( Formic Acid ) لتنظيف الأفران .
– الباراكوات Paraquate ( مبيد أعشاب ) .
– الهالوجينات ، حموضها ومشتقات أخرى كالبروم Promine ( تِقانة Technology ، تعقيم التربة ، ميتيل بروومايد ) . – والكلور ( في المنزل ، حمض كلور الماء ، تحت كلوريت الصوديوم Chlorohydrocarbons ، ومواد التنظيف ). واليود ( في الصناعة ) . والفلور ( في المنزل: فلور هدروكاربون ، في دفع الارذاذات ، صناعة حمض كلور الماء ، هدروفلوسيكليات ، فلوروهدروكاربون ) .
– مبيدات الحشرات .
– الفوسفات العضوية ( مبيد حشرات ) .
– النباتات ( كولشيسين ، إكزالات الكلسيوم ) .
– الزئبق ومعادن ثقيلة أخرى ( الصناعة ، مبيدات حشرات ، مبيدات الهوام ) .
– سلفيد الهدروجين ( تقانة ، غازات المجاري ) .

*أمثلة عن الارتكاسات الجلدية بمواد سمية :*

– التهاب الجلد التماسي بمواد عديدة .
– العد (Dioxin, Perchlornaphthalene) .
– تفاعلات جلدية بعد الامتصاص المجموعي لبعض المواد ( عبر الجلد ، المخاطيات ، السبيل المعدي المعوي ) .
– الخاصّات ( الهالوجينات ، السولفيدات ، التاليوم ) .
– التهابات الجلد ( الهالوجينات ، مبيدات الأعشاب ، مبيدات الحشرات ، النباتات ، المعادن الثقيلة ) .
– الطفحات الظاهرة ( مبيدات الحشرات ، المعادن الثقيلة ) .
– الحمامى عديدة الأشكال ( المعادن الثقيلة ) .
– التقرانات ( الانسمام المزمن بالمعادن ) .
– التصبغات ( الانسمام الزرنيخي المزمن ) .
– الحكات ( المعادن الثقيلة ) .
– التنخرات ( Chlorinated Hydrocarbons ، القلويات ، الحموض ) .
– الشرى ( نباتات ) .

*مواد تتطلب انتباهاً خاصاً بسبب كثرة و/أو حدة تأثيراتها الانتكالية السمية لدى الأطفال :*

– الغول ( الكحول ) الإيتيلي .
– المسكنات ، مخفضات الحرارة .
– قلوانيات البلادونا Belladona Alkaloids .

- الفازولين ، البنزين ، التربنتين ( في تلميع الأرض والأثاث ) .
- الهدروكاربونات المكلورة Chlorinated Hydrocharbons ( مزيلات البقع ، الحالأت ، كرات العث ، المذاقات Diluents ، المحمّرات ، ملّمعات المعادن ) .
- المطهرات ( الأغوال ، الفينولات ، مركبات الأمونيوم الرباعية ) .
- المنظفات ( مستحضرات الغسل ) .
- الهدروكاربونات المفلورة ( دافعات الإرذاذ ) .
- مبيدات الأعشاب .
- مبيدات الحشرات ( الكاربامات ، استر حمض ثيوفوسفوريك ) .
- الشرابات المضادة للسعال والحاوية على الكودئين .
- أحادي أكسيد الكربون .
- القلويات ( خاصة الصود الكاوي ) .
- النتريت ( مزيلات الصدأ ) .
- المخدرات Narcotics : الأدوية النفسية ، المركنات ( الباربيتورات ، بروم كاربامید ) .
- نتروسيليلوز Nitrocellulose ( الورنيش الآزوتي ) .
- الفطور ( المسكارين Muscarine سريع التأثير ، الفا أمانيتين : بطيء التأثير ) .
- المستحضرات الزئبقية .
- الحموض والفينولات .
- سلفيد الهدروجين ( غازات الأسمدة العضوية ) .
- الثاليوم ( سمّ الجرذان ) .
- عض الحيوانات واللسع ( أسماك ، حشرات ، زواحف ) .
- سيانيد الهدروجين وأملاحه .
- كلوريد الزنك Zinc Chloride - HCl ( السوائل اللاصقة Soldering Fluid ) .

## الأمراض الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة Skin Diseases Due to Ionizing Radiation :

### التهاب الجلد الإشعاعي الحاد والمزمن Acute and Chronic Radiodermatitis :

أهم أشكال الإشعاعات المؤينة ذات الأهمية في الطب هي أشعة غرنز Grenz ، وأشعة رونتجن ( الأشعة السينية ) . وأشعة غاما الناجمة عن الفعالية الإشعاعية للكوبالت أو الراديوم أو اليود ، إلخ ... وأندر منها أشعة بيتا الناجمة عن السترونتيوم ( لم تعد تستعمل في الوقت الحاضر ) ، وأخيراً أشعة ألفا ومصدرها الرئيسي ثوريوم - اكس والتي لم تعد تستعمل في العديد من البلدان . والأكثر استعمالاً هي أشعة غاما وأشعة رونتجن .

### التهاب الجلد الإشعاعي الحاد Acute Radiodermatitis :

*المرادفات :* التهاب الجلد بأشعة X ، التهاب الجلد بأشعة رونتجن .

**التعريف** : يظهر التهاب الجلد الإشعاعي الحاد بعد التعرض لأشعة رونتجن غالباً بعد زمن حضانة يمتد من ٦ - ١٢ يوماً . تؤدي الإشعاعات التي تزيد عن GY ٧ إلى حمامى أشعة رونتجن .

*التهاب الجلد الإشعاعي - الدرجة الأولى :* ويتعلق بعيار الأشعة والمنطقة المشععة ، ويتجلى بحمامى حمراء عبقة ، يتلوها تصبغ نقطي منتشر . يحدث توقف في عمل الغدد الزهمية وحاصّة عابرة . يبدأ سقوط الأشعار بعد ٣ أسابيع من تطبيق الأشعة ويعود الشعر للنمو من جديد بعد ٤ - ١٢ أسبوعاً . وقد استعملت هذه الطريقة العلاجية من أجل إسقاط الشعر المؤقت شعاعياً .

*التهاب الجلد الإشعاعي - الدرجة الثانية :* تؤدي الجرعات الأخرى من الأشعة ( ٨ - ١٠ Gy ) إلى الدرجة الثانية من التهاب الجلد الإشعاعي ، حيث تحدث حمامى التهابية مع وذمة ونفاطات ، وفقد أشعار وألم وإصابة الغدد الزهمية والأظفار والقسم الأكبر من الغدد العرقية .

*التهاب الجلد الإشعاعي - الدرجة الثالثة :* وتشتمل على أذية شعاعية سمية مع نخر في النسج العميقة والمظهر الأولي هو تقرحات مؤلمة ( قرحات أشعة رونتجن الحادة ) ، تشفى هذه القرحات ببطء شديد مخلفة عقابيل .

**المعالجة** : تتطلب معالجة تقرحات رونتجن الحادة استعمال مستحضرات ستيروئيدية ومسكنات . ويمكن أن تفيد مضادات الالتهاب جهازياً ( إندوميتاسين ) . ويوصى أحياناً بالذرورات والمطريات أو الوذلين الأبيض وخاصة إذا كنا نخشى من حصول تآكل ، كما يحدث في المعالجة الإشعاعية لأورام الجلد الخبيثة وفقاً لعمق النسيج الذي تأثر بنصف الطاقة الأعظمي وتبعاً لجرعة أشعة رونتجن ( حوالي ٣,٨ Gy ) .

### التهاب الجلد الإشعاعي المزمن Chronic Radiodermatitis :

**الموجودات السريرية** : هي من العقابيل المتأخرة ، وتظهر بعد سنتين وحتى بعد عدة عقود من التعرض للأشعة وقد تحدث بعض تعرض لأشعة بجرعة ١٢ - ١٥ Gy . وقد تتطور بعد

التهاب جلد إشعاعي من الدرجة الثانية أو الثالثة . كما يمكن أن تظهر بعد معالجات إشعاعية متكررة بجرعات خفيفة ، كما تحدث عند معالجة الآفات الجلدية المعاودة . ويمكن أن تحدث أيضاً بتأثير تراكمي على أيدي طبيب الأشعة أو الجراح ، غير المحمية بشكل كافٍ ( راجع الشكل ١٣ ــ ١١ ) . ويبدو التهاب الجلد الإشعاعي المزمن ، في منطقة التعرض للأشعة ، على شكل جلد متصلب ضامر يرافقه ضمور في الملحقات واضطراب في تشكل الصباغ ( فرط أو نقص تصبغ بقعي ) ، وتوسع في الشعيريات ومران رونتجيني ، وهكذا يظهر ما يسمى « تبكل الجلد Poikloderma » . حيث يكون الجلد ضامر الأظفار ، ناعماً وجافاً ، وتكون الأظفار متشققة ( راجع الشكل ١٣ ــ ١٢ ) . وإذا توقف التهاب الجلد الإشعاعي في هذه المرحلة نعتبره سلمياً . إنما يجب أن نعلم أن هذه المرحلة ليست نهاية المطاف . بل هو تفاعل جلدي التهابي مزمن ومترقٍ ومليف وإن التهاب الجلد الإشعاعي الذي يحدث بعد التعرض لأشعة غرنز أو ثوريوم إكس ، يكون سلمياً لأن لهذه الأشعة تأثيراً سطحياً فقط .

*القرحة الإشعاعية أو قرحة رونتجن :* يكون الدوران الدموي في المركز الضامر لالتهاب الجلد الإشعاعي ضعيفاً مع وجود التهاب مزمن مما يؤدي إلى تقرح مركزي أو قرحة رونتجن المزمنة ( راجع الشكل ١٣ ــ ١٣ ) . ويكون ذلك تالياً لرضوض خفيفة أو بسبب نقص وارد الأكسجين النسجي . وتكون القرحة واضحة الحدود ، ومغطاة بطبقة صفراء دهنية ملتصقة بشدة تدعى « خشكريشة رونتجن » . لا يوجد ميل للتحبب وبالتالي تتميز قرحات رونتجن ببطء شفائها . ويفشل عادة العلاج المحافظ ، ومن الضروري إجراء الاستئصال والتطعيم الجلدي .

*سرطانة رونتجن أو السرطانة بالتشعيع* ***Radiation or Roentgen Carcinoma*** *:* من الشائع التطور المتأخر لقرحة رونتجن إلى سرطانة حيث تبدو السرطانة بتنشؤ قاسٍ ومتقرن يشبه التقران السفعي وتسمى « تقرانات رونتجن ( للتفاصيل راجع الفصل ٥٥ ) . ويكون هذا التقران مقدمة للسرطان Precarcinoma . فإذا شعرنا بالجس بارتشاح قاسٍ ، دلّنا ذلك على وجود سرطانة إشعاعية . يظهر هذا الاختلاط عند حوالي ٢٠٪ من المرضى . ونادراً ما يتنشأ ورم ملاني أو غرن على النسيج الضام المتنكس .

**المعالجة :** من الواجب إخضاع المريض لمراقبة مستمرة وذلك للوقاية من حدوث التقرح وكذلك من الاستحالة السرطانية . وبصورة عامة ، من الضروري الترطيب بمرهم تفه **Bland** . ويجب استئصال التقرانات باكراً . تستعمل المراهم الملطفة والحالة للمغراء كما تستعمل في قرحات الساق . ويجب منع حدوث الأخماج الثانوية الجرثومية والفطرية ( مبيضات بيض ) . ويمكن تطبيق المراهم الستيروئيدية لفترة قصيرة للاستفادة من أثرها المضاد للالتهاب ، إنما هي غير مستطبة لأنها توقف التحبب وتسبب توسع القرحة . نلجأ عادة للاستئصال الواسع لقرحة رونتجن والتهاب الجلد الإشعاعي بواسطة الجراحة الرأبية ، وتحتاج عادة إلى شريحة جلدية بعد بدء التحبب .

## الجلادات الضوئية Photodermatoses :

يلعب الضوء ، وخاصة أشعة الشمس ، دوراً رئيسياً في عدد من الآفات الجلدية وقد أدى ذلك إلى ظهور عدد من الاختصاصات : البيولوجيا الضوئية Photobiology ، والتشخيص الضوئي ، والمعالجة الضوئية . وترتبط كثير من الجلادات بشكل مباشر أو غير مباشر بالضوء ، وتمتد من حرق الشمس عبر الانسمام الضوئي والأرج الضوئي ، وحتى الآفات الجلدية الحميدة والمزمنة ، والآفات الجلدية الخبيثة ( المران ، وسرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة وسفية الخلايا والملانوم الخبيث ) .

### العوامل الفيزيائية :

الضوء هو جزء من الطيف الكهرمغناطيسي . أما أطوال الموجات المسؤولة عن التفاعلات البيولوجية الضوئية والمؤدية للجلادات الضوئية موجودة في الجدول ١٣ ــ ٢ . والموجات الكهرمغنطيسية الآتية من الشمس والتي تلعب دوراً في التفاعلات الحيوية ــ الضوئية هي : الأشعة فوق البنفسجية ، والضوء المرئي . وتشكل الأشعة فوق البنفسجية حوالي ١٠٪ من طاقة الطيف الشمسي ، أما الضوء المرئي فيشكل حوالي ٥٠٪ . وما تحت الحمراء حوالي ٤٠٪ .وعلى أي حال ، فإن هذه النسب تتعلق بخط العرض الجغرافي ، وتوضع الشمس الفصلي ، والوقت من النهار والغيوم المغطية . وتقسم الإشعاعات ما فوق البنفسجية غير المرئية إلى ثلاث مناطق ، ويرتكز التصنيف على العوامل الفيزيا ــ حيوية كالقدرة على إحداث الحمامى أو التصبغات الملانية .

**الأشعة فوق البنفسجية C [UVC] :** لا توجد على سطح الأرض عادة ، حيث أن الأمواج القصار للأشعة فوق البنفسجية والصادرة عن الشمس يمتصها الغلاف المحيط . ويمكن إنتاج UVC صنعياً : مصابيح **Xenon** ، مصابيح بخار الزئبق . ويمكن إيقاف هذه الأشعة بواسطة مراشح حيث أن UVC قاتلة للمتعضيات الصغيرة ، فهي تستعمل لهذه الغاية : تعقيم الهواء من الجراثيم . تسبب UVC حمامى تظهر على الجلد

بعد حوالي ست ساعات من التعرض ، كما يمكن أن تظهر تصبغات جلدية خفيفة . تخرش إشعاعات UVC الملتحمة والقرنية لذلك يجب لبس نظارات خاصة محكمة الإطباق Gobbles حين التعرض لها . وإن زجاج النوافذ يوقف مرور هذه الأشعة .

**الجدول ١٣ – ٢ : أجزاء الطيف الكهرمغناطيسي**

| الإشعاع | طول الموجة ( ن . م ) |
|---|---|
| أشعة غاما | ٠,٠٠٠٠٥ – ٠,١٤ |
| أشعة رونتجن | ٠,٠١ – ١٠ |
| أشعة فوق البنفسجية | ١٠٠ – ٤٠٠ |
| UVC | ٢٠٠ - ٢٨٠ |
| UVB | ٢٨٠[a] – ٣٢٠[b] |
| UVA | ٣٢٠ – ٤٠٠[c] |
| الضوء المرئي | ٤٠٠ – ٧٦٠ |
| الأشعة تحت الحمراء | > ٧٠٠ |
| الأمواج الهرتزية | > ٢ × ٢ × ١٠^٥ |

**مقتبس عن CRC كتاب الكيمياء والفيزياء – الطبعة ٦٩ – Boca Baton ١٩٨٨ تعاريف أخرى ٢٩٠[a] ، ٣١٥[b] ، ٣٨٠[c]**

**الأشعة فوق البنفسجية B [UVB]** : توجد في ضوء الشمس الطبيعي وتصل سطح الأرض كما يمكن إنتاجها بواسطة منابع ضوئية صنعية تستعمل للتشخيص والعلاج ، تنتج مصابيح بخار الزئبق أشعة قوية ذات موجات أطوالها ٢٩٧ ، ٣٠٣ و ٣١٣ ن م . تخرش UVB الملتحمة والقرنية إنما بنسبة أقل من تأثير UVC . ويجب أن يلبس العاملون في مصادر طاقة UVB الصنعية نظارات واقية حين التعرض للضوء الشديد . يوقف زجاج النوافذ القسم الأكبر من UVB ولذا لا يحدث حرق شمس بسببها خلف زجاج النوافذ ، وإنما تخترق الكوارتز والماء ؛ ولذا يمكن للشخص أن يصاب بحروق أثناء السباحة . أما التأثيرات الحيوية للأشعة فوق البنفسجية ب UVB فهي : الحمامى ( حرق الشمس ) وهي متواسطة بالبروستاغلاندين وتظهر بعد ١٢ – ٢٤ ساعة من التعرض ؛ التصبغ ( الدبغ ) ويظهر بعد ٤٨ – ٧٢ ساعة من التشعيع . وإن هذه الأشعة هي الوسيط الرئيسي لتحويل ٧ – ديهدروكولسترول إلى الشكل الفعّال حيوياً للفيتامين د ٣ . وتشمل تأثيراتها السلبية تخرباً جلدياً حاداً ومزمناً . ويشمل التخريب الحاد أو المزمن خلايا البشرة ، والنسيج الضام ، والأوعية الدموية ، وتبدلات في الدنا DNA والرنا RNA والبروتينات والغشاء الخلوي . وهذا ما يلعب دوراً هاماً في حدوث التسرطن .

تؤدي إشعاعات UVB ، التي تزيد عن الجرعة الحمامية الصغرى (Med – UVB) ، إلى تخربات سمية نسجية نموذجية في الخلايا المقرنة Keratinocytes البشروية . وحسب مقدار الجرعة تحدث وذمة داخل الخلايا وبينها ، وخلايا خلل تقرن ( خلايا حرق الشمس ، خلايا البيض المقلي Fried Egg Cells) كما تتوسع الأوعية في الأدمة السطحية وتوجد رشاحة التهابية خفيفة حول الأوعية .

**الأشعة فوق البنفسجية A [UVA]** : هي جزء من ضوء الشمس الاعتيادي يصل إلى الأرض . لا تسبب بمقاديرها القليلة أية حمامى أو تصبغات . إلا أن العيارات العالية تؤدي إلى حمامى وتصبغ مباشر . وحين تشاركها مع UVB فإنها تسبب حمامى شديدة ( التزايد الضوئي ) . كما يمكن للأشعة UVB بجرعاتها العالية أن تؤدي ، وحتى دون حدوث حمامى بدئية ، إلى تصبغات مباشرة ودائمة . ويمكن إصدار UVA بعدد من الوسائط التشخيصية والعلاجية . وإن لمصابيح بخار الزئبق خط إصدار قوي في موجة طولها ٣٦٥ ن . م كما أن المصابيح المتألقة المستعملة في المعالجة الضوئية أو الكيميا – ضوئية تصدر بشكل رئيسي بمجال أشعة UVA . لا تخرش الجرعات القليلة من UVA الملتحمة ، إنما تقوم بذلك حين إشراكها مع محسسات الضياء . وهي أشعة تخترق زجاج النوافذ ولذا يجب التفكير بالجلادات الضوئية الناجمة عنها حين التعرض عبر زجاج النافذة أو السيارة . وعلى النقيض من UVB فإن جرعات تصل حتى ١٠٠ جول/سم٢ من UVA لا تسبب تبدلات نسجية في البشرة كما أنها لا تسبب توسعاً وعائياً في الأدمة السطحية .

**قياس الجرعة الشعاعية Dosimetry** : كما في حالة المعالجة بأشعة رونتجن . فإن للأشعة فوق البنفسجية وحدات محددة .

**الواط = نتاج Output أو شدة المصباح**

**الواط × الثانية = جول ( ج : J )**

**الجول = وحدة الطاقة**

على سبيل المثال : نتاج مصباح زئبقي يعطي بالواط ( و = W ) أو ميللي واط ( م . و = mW ) . ونعبر عن ذلك بوحدة المساحة مثل : $\frac{و}{م^2}$ أو $\frac{ميلي\ و}{سم^2}$ ( $\frac{mW}{cm^2}$ ، $\frac{W}{m^2}$ ) .
أما وحدة الجرعة : القدرة المعطاة ج (J) ، معطاة لوحدة المساحة ( سطح الجلد ) : $\frac{J}{cm^2} = \frac{W \times S}{cm^2}$ . وهكذا نعبر عن الجرعة في الاختبار الضوئي أو المعالجة الضوئية بالوحدة

$\frac{J}{cm^2}$ . هذا وإن معرفة مدة الإشعاع لوحدها ليست دليلاً معيارياً مناسباً . وترتبط صلاحية هذه المعطيات مع التوزع الطيفي للمصدر الضوئي والحساسية الطيفية لمقياس الجرعات المستعمل .

*مقاييس الجرعات الشعاعية Dosimeters* : أجهزة معايرة UVA و UVB متوفرة في جهاز معايرة يدوي صغير ، إلا أنها قليلة الاستعمال . والأكثر استعمالاً ودقة هي أجهزة تستعمل في قياس مجال الأشعة فوق البنفسجية UVA و UVB وذراها وهو متوفر (Centra, Osram) . وهناك أجهزة قياس أدق هي الأبيال الحرارية التي تعطينا النتائج بالواط أو بالجول . ويجب أخذ عامل المسافة والوقت بالحسبان .

**آليات ترميم الدنا DNA Repair Mechanisms :**

هناك ثلاث آليات ترم بها الخلايا الدنا المتأذي بتأثير الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المرئية :

*التنشيط الضوئي Photoreactivation* : بعد التعرض للأشعة ما فوق البنفسجية تتكون مثنويات Dimers البيريميدين نتيجة تشكل حلقة السيكلوبوتان . وإنّ أقسام الجزئيات المتأذية ترم وظيفياً في نفس المكان . يتكامل الإنشطار بواسطة أنظيم نوعي وبمعونة أشعة طول موجتها ٣٠٠ – ٤٥٠ ن .م ، ومنه أتت التسمية « التنشيط الضوئي » وإن وجود هذه الآلية السريرية مشكوك به لدى الإنسان مقارنة مع باقي الفقاريات .

*الترميم بالبتر Excision Repair* : تزال القطعة المتأذية من الدنا ويعوّض عنها بنوويد Nucleotide طبيعي وهكذا تعود وظيفة الدنا إلى حالتها السويّة . تعرف هذه الآلية أيضاً بآلية « القطع والرتق Cutting and Patching » ، وهو شكل من الترميم بالظلام Dark Repair ، وبالمقارنة مع التنشيط الضوئي ، فإن مشاركة الضوء هنا ليست ضرورية . ويمكن جعل الترميم بالبتر مرئياً بالتصوير الشعاعي الذاتي Autoradiography ، وذلك بوسم التيميدين [$^3$H] . تعرف هذه الظاهرة أيضاً بتركيب الدنا غير المنظم ، لأن الزوج الأساسي يتركب من جديد ، ولا تظهر طفرات . أما المريض المصاب بجفاف الجلد المصطبغ من الأنماط A – G فتكون لديه آلية الترميم بالبتر معيبة وذلك نتيجة نقص نشاط الإندونوكليان ، مما قاد لإيجاد علاقة بين آلية تكوّن السرطان وسوء ترميم الدنا في هذا المرض .

*الآلية* : نرى في الشكل ( ١٣ – ١٤ ) مخططاً إجمالياً للسبيل الرئيسي للترميم بالبتر ( ١ ) في البدء تتحد البروتينات uvrA و uvrB في القطعة المتأذية ( ٢ ) تشكل فرضة ( السهم البنفسجي ) في النهاية (5) من المنطقة المتأذية ( ٣ ) بوجود البروتين uvrC فإن بوليميراز الدنا I تلتصق مكان الفرضة وتضيف نوويدات إلى النهاية (3) حسب القواعد الأساسية للجمع . تحدث البوليميراز فرضة ثانية في السلسلة لتحرر المنطقة المتأذية ( ٤ ) أخيراً ، تغلق الفرضة ( السهم ) برابطة الدنا DNA Ligase ، وهذا يتمم الترميم .

*الترميم عقب التنسخ Postreplication Repair* : [ الشكل ١٣ – ١٥ ]يتداخل في التنسخ مثنوي من البيريميدين ( ١ ) يمنع من حصول التثني الرئيسي على طول الطاق الأم المتمططة ، مشكلة فجوة عقب التنسخ مقابل إحدى طيقان الدنا المتمططة . ويلتصق البروتين RecA ( الملوّن ) على منطقة وحيدة الطاق ( ٣ ) وتجعلها على استقامة مع المنطقة الموافقة للطاق التوأم . وعندما يتم التثني ويصبح متجانساً تحدث فرضة على المزدوجة Duplex ( ٤ ) يغيّر البروتين RecA مكانه من نهاية المزدوجة الأم إلى الفرضة مؤدياً إلى حصول تبديل طاق متصالب ( ٥ ) يمكن أن يترم القسم العلوي من المزدوجة المتغايرة Hetero – Duplex بواسطة بوليميراز الدنا DNA . يتحرر البروتين RecA ويتعامل مع الطاق المقابل بنفس التسلسل وبواسطة إنظيمات الترميم بالبتر ( ٦ ) وأخيراً يحدث انقطاعين في منطقة التبادل التصالبي ( ٧ ) وتتم الحدثية مشكلة جزيئات لمزدوجتين غيريتين سليمتين ( ٨ ) .

**الحمامى وحرق الشمس Erythema and Sunburn :**

**لقد ثبت أنه من الناحية العملية يمكن تحديد مقدار الجرعة من UVB** الذي يؤدي إلى حمامى صريحة بعد ٢٤ ساعة من تطبيقها وأطلق عليه اسم « الجرعة الحمامية الصغرى ج. ح. ص [MED – UVB] Minimal Erythema Dose » ، **وهي أصغر جرعة من الأشعة UVB التي تسبب احمراراً متجانساً ذا حدود صريحة . وتحدد هذه الجرعة** باستعمال جرعات شعاعية متدرجة ( وهذا ما يسمى بالخطوات الضوئية Lichttreppe ) . ويجب أن يكون عيار الجرعات المتعاقبة ١ : ٤ ، وتقرأ النتيجة بعد ٤٨ ساعة . وتتعلق الجرعة الحمامية الصغرى بنمط جلد المريض والمنطقة المختبرة من الجسم . ويجب أن يجرى الاختبار على منطقة من الجلد غير معرضة للضياء وغير متصبغة كالأليتين مثلاً . وتتعلق كمية الطاقة المعادلة للواحد من الجرعة الحمامية الصغرى من الأشعة فوق البنفسجية ب (MED – UVB.1) بطول الموجة . وللحصول على ج. ح. ص في مجال أشعة UVB يساوي ٣٠٠ ن . م نحتاج لحوالي ٠,٣٨ – ٠,٠٥٣ جول/سم$^2$ . وللحصول على ج ح ص في مجال أشعة UVC يساوي ٢٥٠ ن . م ، نحتاج ٠٢,٠ جول/سم$^2$ ، ونحتاج

مايعادل UVA في مجال ١٠٠٠ مرة أكثر مما نحتاجه في المجال السابق ، أي بين ٢٠ – ٥٠ جول/سم٢ . وإذا لم يجر تحديد مخالف ، فإننا نعني بالجرعة الحمامية الصغرى ( ج. ح. ص MED ) : الأشعة فوق البنفسجية B . في يوم مشمس غير غائم ، قد يصل إلى الجلد حوالي ٢٠ ضعفاً من ج ح ص من الأشعة UVB .

**الجدول ١٣ – ٣ : تصنيف أنماط الجلد والتفاعلات الجلدية التي تتلو أول ٣٠ دقيقة من التعرض لشمس الصيف**

| النمط | حرق الشمس | الدبغ |
|---|---|---|
| I | دائماً | أبداً |
| II | عادة | أحياناً الدبغ أقل من المعدل |
| III | أحياناً | دائماً ، الدبغ حول المعدل |
| IV | نادراً | دوماً : الدبغ أكثر من المعدل |
| V | العروق البشرية ذوي البشرة القاتمة(*) من حوض البحر الأبيض المتوسط المكسيكيين والهنود .. إلخ | |
| VI | الزنوج | |

* بعد تعريض شديد للأشعة فوق البنفسجية ، قد يحدث حرق شمس وتصبغ إضافي حتى في هذه الأنماط الجلدية ( مقتبسة عن Fitzpatrick : ١٩٧٥ ) .

*الجرعة السمّية الضوئية الصغرى Minimal Phototoxicity Dose (MPD)* : وهي الجرعة الأقل من UVA ، والتي ، مع وجود عامل محسس للضياء ، تؤدي إلى ظهور حمامى متجانسة ، حدودها واضحة حين قراءة MPD يمكن أن تشمل أيضاً الاصطباغ التالي للإشعاع . وتحدد MPD بنفس طريقة تحديد MED إلا أنها أدنى منها ، وتقرأ النتيجة بعد ٤٨ – ٧٢ ساعة ( بسورالين ) حيث تبلغ الحمامى السمية الضوئية ذورتها . وتستعمل MPD حين بدء المعالجة الكيميا – ضوئية : المعالجة بالبوفا PUVA ( بسورالين + UVA ) حيث تحد MPD جرعة البدء الدقيقة ( لكامل الجسم ) . متجنبين مخاطر زيادة الجرعة . وتعطينا MPD معلومات عن درجة الحمامى وكذلك عن التصبغ . وكما هو الحال بالنسبة للجرعة الحمامية الصغرى ج. ح. ص ، فإنها تتعلق بنوع الجلد والمنطقة المعرضة . حيث تجرى الاختبارات على مناطق غير معرضة للضوء وغير مصطبغة : الأليتين . ويحدد MPD بالوحدة ج/سم٢ . وفي المعالجة بالبوفا PUVA تكون جرعة بدء العلاج بحدود ٠,٢ – ٢ ج /سم٢ .

**أنماط الجلد Skin Types :**

إن التفاعلات الحيوية : الحمامى ، وحرق الشمس ، والتصبغ ، والنفاطات الضوئية ، والتفاعلات السمّية الضوئية ، والتأثيرات التي تظهر متأخرة ، والمرتبطة بالضوء ، كالتقران الضوئي ، وسرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة وسفية الخلايا ، والشامة الخبيثة ، كل هذه التفاعلات تتعلق بنمط الجلد ، ومستقله عن كمية القدرة المنبعثة من ضوء الشمس الطبيعي أو من منبع صنعي .

فالنمط I والنمط II ، أشخاص لون جلدهم فاتح ، عيونهم زرقاء ، شعرهم أشقر أو أحمر مشقر مع وجود نمش . وعلى أي حال هناك كثير من الأشخاص من هذين النمطين شعرهم بني غامق وعيونهم خضر أو بنية . وإن الأشخاص من هذين النمطين معرضين بشكل خاص إلى الإصابة بأذيات الضوء المزمنة في جلودهم .

**التصبغ Pigmentation :**

يظهر التصبغ أو الدبغ Tanning عبر تحريض الخلايا الصباغية . ونميز نوعين من التصبغات :

*التصبغ العاجل ( التصبغ المباشر أو تقتيم الصباغ العاجل ) :* [ Meirowsky 1909 و Hausser : ١٩٣٨ ] : ويظهر فوراً بعد إيقاف التعرض للأشعة ، وحتى أثناء التعرض لأمواج UVA تصبغ رمادي ، أو يميل إلى اللون البني ، ويميّز بوضوح عن التصبغ الآجل ذي اللون النحاسي أو لون القهوة . وينجم التصبغ العاجل بشكل رئيسي عن الأمواج بطول ٣٢٠ – ٥٤٥ ن . م . ويلزم عادة ٥ – ٢٠جول/سم٢ حتى تحدث هذه الظاهرة . كما يظهر التصبغ العاجل أيضاً بعد التعرض لأشعة الشمس وكذلك بعد إعطاء جرعات كبيرة من UVA خلال المعالجة الكيميا – ضوئية أو بعد استعمال مرهم جلدي لغايات تجميلية . يزول التصبغ العاجل عادة بعد دقائق أو ساعات . وإن إعطاء جرعة عالية وحيدة من UVA أو جرعات أصغر متكررة يمكن أن يؤدي إلى تصبغ من النوع الآجل . وينجم التصبغ الآجل من أكسدة طليعة الملانين عديم اللون ، وربما بشكل متواقت مع هجرة معقدات الجسيمات الملانية من المناطق حول النووية إلى التشعبات الغصنية للخلايا الملانية وكذلك إلى هيولى الخلايا المقرنة .

*التصبغ الآجل ( التصبغ غير المباشر أو التصبغ الآجل ، الدبغ ) :* ويظهر بعد حوالي ٢٤ – ٧٢ ساعة من التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية سواء من مصدر صنعي أو من مصدرها الطبيعي في أشعة الشمس . والأمواج ذات طول

تقريبي يبلغ ٢٩٧ ن . م لها أقوى تأثير مصبغ . وتؤدي جرعات من ١ – ٢ MED من UVB إلى التصبغ أيضاً . وإن التعرض لطيف وحيد اللون بطول ٣٠٠ ن . م وبحوالي ٢٠ – ١٠٠ م. جول/سم٢ يحرش حدوث تصبغات متأخرة ، وحسب إتساع التصبغ فإنه قد يستمر لأيام أو لأسابيع ، وترتبط نسبة الملانين المتشكلة بعوامل وراثية وهرمونية .

تتوضع الخلايا المنتجة للملانين ( الخلايا الملانية ) في الطبقة القاعدية للبشرة . ويقدر تقريباً أن خُمس إلى ثُمن الخلايا القاعدية هي خلايا ملانية . وتحت التأثير المحرض للأشعة فوق البنفسجية يزداد عدد معقدات الجسيمات الملانية وتتناثر بعيداً عن الخلايا الملانية في المنطقة المحيطة بها وفي المناطق البعيدة . تدخل هيولى الخلايا الملانية إلى هيولى الخلايا المقرنة المجاورة وتترك لديها معقدات الأجسام الملانية . وتشكل خلية ملانية واحدة وحوالي ٣٦ خلية مقرنة « وحدة الملانين البشروي Epidermal Melanin Unit » . يختلف عدد الوحدات الملانية البشروية لدى الفرد بسبب الاختلافات الناحيوية التي تتوضع فيها الخلايا الملانية . ويرتبط تصبغ الجلد بعدد الوحدات الملانية البشروية ونشاطها ، وهذه بدورها محددة وراثياً . وتحوي الخلية القاعدية البشروية لشخص أسود حوالي ( ٤٠٠ جسيم ملاني ) ، بينما تحوي لدى الأشخاصُ ذوي الجلد الفاتح الوسطي حوالي ( ١٠٠ جسم ملاني ) . ويكون حجم الجسيمات الملانية لدى الأوربيين من أصل منغولي ولدى هنود أمريكا حوالي ٠,٦ × ٠,٣ µm . ويكون في العادة ، كل جسيمين ملانيين أو أكثر محاطان بغشاء . والأجسام الملانية في العرق الأسود أو الأستراليين هي أكبر بكثير منها في العروق السابقة حيث تبلغ حوالي ( ١,٢ × ٠,٦ µm ) ، وهي لا توجد ضمن معقدات بل تنتشر بحرية في الهيولى . تبقى معقدات الجسيمات الملانية في الخلايا المقرنة لمدد مختلفة ، تتفتت جزئياً هناك ثم تنطرح مع الطبقة المتقرنة في حدثية التقرن . وتحوي الخلايا المقرنة في الجلد المصطبغ جزيئات ملانية أكثر مما هو في الجلد الفاتح من نمط I أو II .

ويتعلق التصبغ الاختياري لدى الشخص المعرض لتأثير ضوء الشمس أو الضوء الصنعي بقدرة الشخص ذاته لأن يصبح متصبغاً بالإضافة لمحتوياته الصباغية البنيوية . ويرتكز التصبغ في بعض الحيوانات على هرمون ( MSH = Melanocyte – Stimulating Hormon ) . وقد أمكن إثبات العلاقة الهرمونية جزئياً لدى الإنسان : تصبغ الحلمة والخط الأسود أثناء الحمل ، والتصبغات الشبيهة بالكلف لدى تناول مانعات الحمل الهرمونية ، والتصبغات البنية الغامقة في داء أديسون .

**التزايد الضوئي Photoaugmentation :**

ثبت خطأ الفكرة المبتكرة التي تقول إنه قد يكون للأشعة UVA تأثير واقٍ ضد UVB وذلك بإحداث تصبغ مبكّر . فبعكس ذلك ، من الواضح أن عتبة الحمامى للأشعة UVB تنقص إذا سبق التعرض لإشعاع طويل الموجة من UVA . وتعرف هذه الظاهرة بالتزايد الضوئي وتعرّف كما يلي : إنّ استعمال أشعة طويلة الموجة من UVA بجرعات تؤدي إلى تصبغ عاجل ، يزيد التأثير الحمامي للإشعاعات متوسطة وقصيرة الموجة ( UVC, UVB ) بفعل تراكمي .

سريرياً ، تظهر حمامى محددة تعادل أكثر من الواحد من MED مباشرة بعد تطبيق نصف جرعة MED – UVB ونصف جرعة IPD من UVA . نسجياً ، يلاحظ بعد التزايد الضوئي مجموعة من خلايا متأذية بالضياء ذات خلل تقرن ، وخلايا متأذية تحوي فجوات ( خلايا حرق الشمس ) . ومن المؤكد أن فعل التزايد الضوئي يلعب دوراً هاماً في ازدياد حدة حرق الشمس وفي الأذيات الضوئية المزمنة والمؤدية إلى التسرطن الضوئي .

**الأشثان الضوئية Lichtschwiele :**

هو تعبير باللغة الألمانية ( Licht = ضوء و Schwiel = شثن ) ( ميشر ١٩٤٠ ) . ويدلّ على تسمك في الطبقة المتقرنة ، شُواك وزيادة في الملانين التالي للحمامى أو الأشعة فوق البنفسجية المصبغة . أما الحاجز الفعّال الواقي من تشكل الحمامى إثر التعرض للأشعة فيشمل الطبقة المتقرنة ، والملانين الموجود في معقدات الأجسام الملانية الموجودة في خلايا الطبقة القاعدية وخلايا الطبقة المالبيكية . ويتداخل في الوقاية أيضاً الشُواك الضوئي ( تسمك البشرة التالي للإشعاع ) . فالطبقة المتقرنة الموجودة في جلد الجذع مثلاً والتي تشمل ١٥ – ٢٠ طبقة من الخلايا المتقرنة هي حاجز غير كاف بينما في الراحتين والأخمصين حيث يكون عدد الطبقات المتقرنة من ٨٠ – ٢٠٠ طبقة فإنها تشكل واقياً ممتازاً . ويؤدي التطبيق المتكرر للأشعة فوق البنفسجية إلى زيادة عدد الطبقات المتقرنة إما مباشرة ودون حدوث تبدلات التهابية ، أو غير مباشر ، عبر آلية التهابية في البشرة ( حرق الشمس ) . إن تسمك الطبقة المتقرنة ، الشّواك وزيادة الملانين ، متشاركة مع بعضها ، تعطي حماية جيدة ضد الضوء ويبقى الشواك التالي لأشعة الشمس لأسابيع ويتراجع تدريجياً في فصل الشتاء .

**منابع الإشعاع Radiation Sources :**

يستعمل في الأمراض الجلدية مجموعة كاملة من الأجهزة

لغايات تشخيصية وعلاجية . وهي كلها واسعة الطيف . ويمكن تضييق الطيف بواسطة مرشحة ، إنما تخف فعاليتها تبعاً لذلك ، ويصبح الزمن اللازم لإعطاء الجرعة أطول . وإن إعطاء جرعة عالية من الأشعة UVA بالأجهزة المتداولة هو أمرٌ صعب : فمن أجل إعطاء حوالي ٢٠ ـ ٤٠ جول/سم٢ نحتاج إلى زمن يتراوح بين ٢٠ ـ ٦٠ دقيقة . وقد أمكن إحداث تقدم باستعمال الأجهزة الحديثة نموذج UVASUN .

فالأجهزة التي تعطي طيفاً واحداً كالموشور والجهاز ذو القضبان ، تعطي اختيارياً طيفاً ضيقاً جداً حسب نوع المصدر الضوئي . وهكذا فإن الحرّاق Burner في جهاز وحيد الطيف يمكن أن يكون مصباح كزينون أو مصباحاً زئبقياً تحت ضغط عالٍ . والأجهزة وحيدة اللون هي مناسبة ، وخاصة لتحديد التأثير المحسس الضوئي لبعض الأدوية ، أما محذورها فهو طول مدة التعريض وصغر المساحة المشعّة .

## إجراءات الاختبار Test Procedure :

*الاختبار الضوئي Phototest :* كثير من الجلادات ناجمة عن الضوء فقط : الشرى الشمسي . الاندفاع الضوئي عديد الأشكال . وهناك جلادات أخرى لا يتوضح فيها تشارك المستأرج والضوء مثالها : التهابات الجلد الأرجية الضوئية أو التفاعل الضوئي المستمر . ويجرى الاختبار في الحالة الأولى بالضوء فقط وفي الحالة الثانية بمشاركة الضوء مع المستأرج . وإن الغاية الرئيسية من الاختبارات هي إحداث تبدلات جلدية مشخّصة . ويتواجد كثير من التفاعلات الضوئية السمية ،التي يكون العامل المحسس فيها معروفاً أو غير معروف ، في العضوية كمستقلب ، وتختبر أيضاً بالضوء فقط . وتشمل البروبرفيرية مولدة الكريات الحمر ( المحسس هو البرفيرين ) ، والحصاف وقسي الشكل ( المحسس المجهول ) .

**الجدول ١٣ ـ ٤ : اختيار الأجهزة المناسبة للاختبار**

| الجهاز | المركب الرئيسي للأشعة UV |
|---|---|
| حجيرات UVA الضوء الأسود ، الضوء الأزرق | UVA |
| Waldmann PUVA F85 | |
| UVAPhilips TL/09/10 | |
| مصابيح متألقة Silvania F.75 | UVB + UVA |
| Philips TL12, Westighouse FS20 | |
| الحارق المعدني Metal Burner (SUP) | UVB + UVA |
| Saalmann H.E. Böcker | |
| UVASUN 2000, 3000, 5000 Mutzhas | UVA |
| مصابيح الكزينون المضغوط ( أشعة مشابهة للشمس ) | UVC, UVB, UVA |

**الجدول ١٣ ـ ٥ : المعدّل الأصغري لجرعات UVA المثيرة لتفاعلات الاختبار**

| التشخيص | المعدّل الأصغري لعيار UVA اللازم ( جول/سم٢ ) |
|---|---|
| الشرى الشمسي | ٠,٠٥ ـ ٠,٥ |
| التهاب الجلد التماسي الأرجي الضوئي | ١ ـ ٥ |
| التهاب الجلد التماسي السمّي الضوئي | ١ ـ ٤٠ |
| الأرج الضوئي بسبب الأدوية ( الجهازية ) | ١ ـ ١٠ |
| التفاعل الضوئي المستمر | ٠,٥ ـ ٥ |
| الاندفاع الضوئي عديد الأشكال | ٢٠ ـ ١٠٠ |
| الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vacciniforme | ٤٠ ـ ٦٠ |

*اختبار الجرعة الصغرى Minimal Test Dose :* إن اختبار الجرعة الصغرى اللازمة لإحداث أمراض في الشروط اليومية للحياة أو في شروط المخابر ، هي متنوعة جداً ( الجدول ١٣ ـ ٥ ) .

*اختبار الرقعة الضوئي Photopatch Test :* تطبق المستأرجات الضوئية المشكوك فيها على ظهر المريض وتحت شروط محددة كاختبار الرقعة الاعتيادي . وتجمع المستأرجات الضوئية الأكثر شيوعاً مع بعضها بما يسمى « مجموعة الاختبارات الضوئية » . ويفضل استعمال مواد كتيمة ( لاصق طبي مبطن بالألمنيوم ) لتجنب حدوث اختبار رقعة ضوئي كاذب . يحصل الاختبار الكاذب إذا لم يعزل المستأرج المراد اختباره عن الضوء المحيطي . وبعد إزالة اللاصق تقرأ اختبارات إيجابية كاذبة كالتهاب جلد تماسي أرجي ، لأن تحريض التفاعل كان بسبب الضياء وليس فقط بسبب التماس مع المادة التي يجري الاختبار عليها وبعد ٦ ـ ٢٤ ساعة تفتح إحدى مجموعات اختبارات الرقعة وتشعُّ بمقدار عالٍ من UVA . لا توجد جرعة صغرى مقررة ، يطبق عادة ٥ ـ ١٠ جول/سم٢ من UVA . وبعد ٢٠ دقيقة تفحص المجموعة التي تم إشعاعها لكشف أي تفاعل ضوئي فوري ثم تغطى من جديد ، وتقرأ بعد ٤٨ ساعة من

تصيق المواد المختبرة . تبقى مجموعة المراقبة مغطاة ٢٤ ـ ٤٨ ساعة ، وتقرأ النتيجة بعد ٧٢ ساعة ( إلا إذا حدث التهاب جلد تماسي أرجي ) .

*مراقبة :* تجري المراقبة والمقارنة مع اختبارات الرقعة دون تشعيع ، وأخرى مع تشعيع بالأشعة UVA لوحدها على مناطق من الجلد دون استعمال مواد الاختبار .

*حالات خاصة :* تقرأ نتيجة التفاعل الشروي الضوئي السمّي مباشر بعد أقل من ٢٠ دقيقة من التشعيع ( الفينوتيازين مثلاً ) والتفاعلات الإكزيمية ( فرط حساسية آجل ) بعد ٧٢ ساعة وحتى ٢ ـ ٣ أسابيع بعد التشعيع .

**التفاعلات الجلدية المحرشة بالضياء**
**: Lihgt Provoked Skin Reactions**

التفاعلات الجلدية المحرشة بالضوء هي أمراض ، يلعب الضوء ، وخاصة الضوء الشمسي ، وأحياناً الصنعي ، دور العامل المسبب الجازم . ومن المهم تحديد المناطق النوعية من طيف الأشعة ما فوق البنفسجية ( ٢٨٠ ـ ٤٠٠ ن . م ) ومن الأشعة المرئية ( ٤٠٠ ـ ٨٠٠ ن .م ) . تسمّى مجموعة أطوال الأمواج التي تؤدي لتفاعلات خاصة « فعل الطيف Action Spectrum » . ومن المهم معرفته لتأمين علاج مناسب ووسائط وقائية . يمكن تجنب التفاعل الضوئي السمّي ، كحرق الشمس بتطبيق مراهم واقية من الشمس لكي تمتص أو تعكس الإشعاعات ما فوق البنفسجية A و B . تنجم التفاعلات الأرجية الضوئية غالباً عن الأمواج الطويلة للأشعة UVA وبذلك نحاول اتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة . تتأثر البروتوبرفيرية مولدة الكريات الحمر بطيف واسع وهي تتحرض بكل من الضوء المرئي والأشعة UVA . وفي مثل هذه الحالة الخاصة ، تكون الوقاية واجبة ، يفيد هنا البيتا كاروتين والمزوقات العازلة للضياء ويؤدي إزالة التأثير الضوئي للشفاء . أما التخربات والأذيّات التي حصلت بتأثير الضياء ، كما في جفاف الجلد المصطبغ فهي غير عكوسة . تظهر الآفات الجلدية المحرشة بالضوء على جلد سليم أو على جلد مصاب كأي جلاد ضوئي حقيقي ( راجع الجدول ١٣ ـ ٦ ) .

**الجدول ١٣ ـ ٦ : التفاعلات المحرشة بالضياء على جلد سليم**

| نمط الآفة | الآفة الجلدية |
|---|---|
| حادة | حرق الشمس |
| | التصبغات : تقيم الصباغ العاجل |
| | التصبغات الدائمة ( التملّن ) |
| | التزايد الضوئي |
| | الاندفاعات عدّية الشكل ( عد Mallorca العد الصيفي ) |
| مزمنة | الشواك الضوئي ( Lichtschwiele ) |
| | التهاب الجلد الشمسي . |
| | المرانات : المران السعفي |
| | داء فافر راكوشو Favre – Racouchot |
| | الآفات طليعة السرطان : |
| | التقران السافع |
| | الشامة الخبيثة |
| | الأورام الخبيثة : سرطانة الخلية القاعدية |
| | السرطانة وسفية الخلايا |
| | ملانوم الشامة الخبيثة |

*تصنيف الجلادات الضوئية Classification of Photodermatoses :* لا يوجد تصنيف مقبول عالمياً للجلادات الضوئية . يعتمد التصنيفات على كون الجلادات خاضعة لاعتبارات سريرية أو اعتبارات الآلية الإمراضية . ونحن نعتمد بشكل رئيسي على تصنيف Magnus الذي يميز بين الجلادات الضوئية البدئية أو الثانوية .

*الجلادات الضوئية البدئية :* وتشمل كل الآفات والأمراض الجلدية المحرشة بالضوء والتي تتطور دون وجود محسس ضوئي .

*الجلادات الضوئية الثانوية :* حيث نجد فيها ، أو نشك بوجود محسس ضوئي . قد يكون هذا المحسس ضمن العضوية كنتاج استقلابي ( البرفيرية ، الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vaccini forme أو قد تكون مادة غريبة طبقت موضعياً أو أعطيت عن الطريق الفموي أو الحقن ( التهاب الجلد التماسي الأرجي الضوئي المحدث بالدواء ) . وبمعنى أوسع ، تشمل الجلادات الضوئية الثانوية الأمراض الناجمة سواءً عن خلل إنظيمي أو عن نقص في الوظائف الداخلية الواقية ( التصبغ الملاني ) .

*الإشعاع :* تظهر معظم التفاعلات المحرشة بالضوء أو بالأشعة ، على جلد سليم . وتشمل هذه المجموعة من التفاعلات كل من حرق الشمس ، والتبدلات الجلدية المحرضة بالضياء ، وشيخوخة الجلد الضوئية والسرطان ، يدخل في هذه المجموعة الآفات الجلدية المحدثة بالإشعاعات المؤنية ( أشعة رونتجن أو الكوبالت ) .

# التفاعلات الحادّة المحرشة بالضوء على جلد سويّ

# Acute Light Provoked Reactions in Normal Skin

**التهاب الجلد الشمسي Dermatitis Solaris :**

*المرادفات :* حرق الشمس ، التهاب الجلد الشمسي .

**التعريف :** ينجم حرق الشمس عن الأشعة فوق البنفسجية B . نسجياً ، يوجد تأذٍ في الخلايا المقرنة ( خلايا خلل التقرن ، خلايا حرق الشمس ) .

**الحدوث :** تفاعل جلدي شائع الحدوث ، يرتبط مباشرة بنمط الجلد المحدد وراثياً وبالظروف المناخية ( الطقس ، الحرارة ، مدة التعرض للضياء ) .

**الإمراض :** ينجم حرق الشمس عن تعرض شديد لأشعة الشمس أو لمنبع ضوئي يعطي UVB على جلد يتحمل الضوء بشكل عادي ( عادة جلدٌ من النمط I أو II أو III ) . تكون أشعة الشمس غنية بالأشعة ما فوق البنفسجية على شواطىء البحار وفي المرتفعات بسبب غياب الغبار وبقايا الدخان التي تمتص الأشعة ما فوق البنفسجية . يضاف لذلك انعكاس طيف الأشعة فوق البنفسجية على الثلج والماء والرمل . وترتبط شدة الأعراض الجلدية بشدة الضياء ( سواء ضوء الشمس أو الضوء الصنعي ) ، وبزمن التعرض ، وسمك الطبقة المتقرنة وبدرجة تصبغ المناطق المشعَّة . ويعادل حرق الشمس عدة مرات من الجرعة الحمامية الصغرى ج. ح . ص ( MED ) . وكقاعدة عامة نصل إلى الجرعة الحمامية الصغرى ( MED ) في فترة منتصف الصيف وفي سماء خالية من الغيوم وحوالي الظهر بمدة ( ٢٠ دقيقة ) . وعلى هذا فإنه خلال نهار كامل ، يمكن للجلد أن يتعرض لأكثر من ٢٠ مرة لهذه الجرعة . أما الأشعة ما فوق البنفسجية ، المسببة للحمامى هي بين ٢٤٠ – ٣٢٠ ن . م . وبما أن طول الموجات أقل من ٢٩٧ ن . م فإنها لا تصل سطح الأرض . وأكثر الإشعاعات إحداثاً للحمامى هي بين ٢٩٥ و ٣١٥ ن . م . وتنجم حمامى الجلد المرئية عن توسع وعائي في النسيج الضام تحت البشرة . وترتبط آلية الحمامى الناجمة عن الأشعة فوق البنفسجية بالبروستاغلاندينات كوسائط Mediators للالتهاب . وإن ناهيات البروستاغلاندين كالإندوميتاسين وحمض أستيل ساليسيليك يمكن لها أن تزيل حمامى الأشعة فوق البنفسجية ، إنما ليس لها تأثير على ظهور الخلايا المقرنة المتأذية بهذه الأشعة .

**الموجودات السريرية :** يبدأ حرق الشمس بشكل حاد بعد ٤ – ٦ ساعات من التعرض ، ويبلغ ذروته بعد ١٢ – ٢٤ ساعة ، ويخف بعد ٧٢ ساعة . ونصل إلى الحد الأعلى من الحمامى بسبب الإشعاع من منبع صنعي بعد ٢٤ ساعة . يحدث في مناطق الإشعاع التهاب جلد محصور مع تبدل في اللون ، تبدو المرحلة الأولى على شكل احمرار شديد في الجلد ( راجع الشكل ١٣ – ١٦ ) مع تورم وذمي وحس حرارة يتلوها تشكل حويصلات ونفاطات . يتلو ذلك مرحلة نخر وتقشر مع توسف ، إلى أن نصل إلى الشفاء . في الحروق الخفيفة ، يتلو الحمامى الالتهابية توسف ثم تصبغ . وفي الإشعاعات الشمسية الشديدة جداً والمترافقة باحتقان حروري ، يحدث دعث عام وحرارة وغثيان ، وإقياء ، وصداع ووهط دوراني .

**التصبغ الملاني :** لا يحدث في حرق الشمس تصبغ عاجل ، ويظهر التصبغ المتأخر أو الدبغ من خلال تشكلات ملانية .

**التشريح المرضي :** بعد ١٢ – ٧٢ ساعة من التعرض للأشعة فوق البنفسجية ، وحسب الجرعة المطبقة تظهر في الطبقة المالبيكية ، وخاصة في قسميها العلوي والمتوسط ، خلايا حمضة تحوي خلل التقرن ( خلايا الحرق ) مع نوى متغلظة Pyknotic ، مجعدة ومنخمصة ، وهيولى شاحبة تعطي مظهراً فارغاً . يلاحظ أيضاً خلايا قاعدية تحوي فجوات . وإذا كان التعرض للأشعة فوق البنفسجية أكثر حدّة ، يحدث عوضاً عن التنخر الخلوي البؤري تأذي خلوي واسع يؤدي إلى تشكل حويصلات . وتكون الأوعية الدموية في الأدمة العلوية متوسعة .

**الإنذار :** حسن .

**التشخيص التفريقي :** قد يلتبس أحياناً مع تفاعل دوائي ضوئي سمّي بالتتراسكلين ، وخاصة ( دي متيل كلور تتراسيكلين ) أو البسورلينات ( 8 MOP ) . وقد تسبب هذه الأدوية ، بعد أخذها عن طريق الفم أو تطبيقها موضعياً ، تفاعلات ضوئية سمّية حادة تشمل نزفاً تحت الأظفار وانفكاكاً ظفرياً ضوئياً سمياً في الأصابع والأباخس .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* في الحروق الشمسية الشديدة تعطى الستيروئيدات القشرية السكرية أو مضادات الالتهاب غير الستروئيدية كالإندوميتاسين والأسبرين .

*المعالجة الموضعية :* كمعالجة التهاب الجلد التماسي التخريشي الحاد . نستعمل في البدء الذرورات أو الستيروئيدات القشرية

بشكل رهيمات أو بشكل رغوة أو حليب . وتفيد بشكل خاص الأشكال الإرذاذية . كما أن للكمادات الرطبة فعل مهدىء . يضاف لذلك أن تطبيق محاليل الزنك يخفف التخريش ويعطي حس برودة .

**شكل خاص** : التهاب الملتحمة والقرنية . ويمكن أن يؤدي التعرض لضوء شديد إلى التهاب ملتحمة وقرنية ضوئي كهربائي Keratoconjunctivitis Photoelectrica ( عمى الثلج ) . هذا وإن للأشعّة فوق البنفسجية B و C من منشأ صنعي ( المصابيح المعقمة للغرف ، أجهزة اللحام ) تأثير مخرش شديد على الملتحمة .

## التفاعلات المزمنة المحرّشة بالضوء على جلد سويّ Chronic Light – Provoked Reactions in Normal Skin :

يؤدي التعرض المزمن للضوء إلى زيادة توليد الملانين في الجلد وبالتالي إلى فرط تصبغ . يضاف لذلك تسمّك البشرة والطبقة المتقرنة ( الشّواك الضوئي ) . يؤدي هذان العاملان لوقاية رئيسية من الضوء . ولفرط التقرن تأثير خاص ؛ ولذلك فإن طبقة متقرنة بسمك ١٠٠ $\mu$ m كما في الراحتين والأخمصين تعطي وقاية شبه كاملة من الأشعة فوق البنفسجية . وإن التعرض المديد لأشعة الشمس ، يسبب على مدى سنوات عدة ، لدى عدد من الأشخاص ، نقص تصبغ مع زيادة تصبغ نقطي ، وتقرانات سافعة ، وتوسع شعيريات ، ومران ضوئي . لا تشاهد هذه التبدلات في الجلد الأسود . وتظهر تبدلات تقدم السن الضوئية Photoaging على المناطق المعرّاة وتؤدي إلى ما يسمى بالجلد الشيخوخي أو جلد المزارعين والبحارة . ويمكن أن تظهر عليه فيما بعد تنشؤات ظهارية طليعة سرطانية . كما يظهر في المناطق المعرضة للضوء تنشؤات ملانية خبيثة كالشامة الخبيثة وملانوم الشامة الخبيثة .

## التفاعلات المحرشة بالضوء على جلد المريض :

علاوة على الجلادات النوعية المحرشة بالضوء ، هناك أمراض جلدية يمكن أن تستثار أو تصبح أكثر حدّة بتأثير الضوء . ينطبق هذا مثلاً على الذأب الحمامي القريصي ، والذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد ، والذأب الحمامي المجموعي والتي قد تسوء بشكل حاد أو تحت حاد بتأثير الشمس . كذلك من الشائع ظهور الحلأ البسيط بعد تشعيع شمسي ( الحلأ الشمسي Herpes Solaris ) . ويؤدي التعرض للضوء في كثير من الآفات الجلدية ، إلى ظاهرة كوبنر ، كما هو الحال في داء داريه ، داء هيلي – هيلي ، وردية الوجه ، وبشكل نادر الصداف الشائع .

*الجلادات التي تزداد حدّة بتأثير الضوء :*

- خلل التقرن الجريبي ( داء داريه ) .
- الحلأ البسيط .
- الجبيبوم الحلقي .
- الذأب الحمامي القريصي .
- التقران المسامي السفعي السطحي المنتثر .
- التهاب الجلد حول الفم ( نادر ) .
- الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد .
- الذأب الحمامي المجموعي .
- الوردية ( العد الوردي ) : نادراً .
- التهاب الجلد المثي .
- الإكزيمة التأتبية ( التهاب الجلد التأتبي ) ( نادراً ) .
- الصداف ( نادراً ) .
- داء هيلي – هيلي .
- الفقاع الورقي .
- الفقاع الحمامي .
- الفقاعاني الفقاعي ( نادراً ) .
- الخراز المسطح السافع .

إن القاعدة التي تقول إن الأمراض الجلدية تسوء بتأثير أشعة الشمس لا تصح على الدوام ، إذ أن كثيراً من المرضى المصابين بالإكزيمة التأتبية أو الصداف الشائع أو العد الشبابي يبدون تحسناً لآفاتهم في الفصول المشمسة أو بالمعالجة الضوئية المناسبة . ويمكن الاستفادة من استجابة بعض الجلود للأشعة ما فوق البنفسجية لغايات علاجية .

*الأمراض الجلدية التي تعالج بالضوء :*

- العد .
- الصداف الشائع .
- نظير الصداف النقطي ( النخالية الحزازانية المزمنة ) .
- نظير الصدف اللويحي ( داء بروك ) .
- الفطار الفطراني .
- الإكزيمة التأتبية .
- الشرى الصباغي .

*الجلادات الثانوية التي تتأثر بالضوء وبأشعة رونتجن :* من أهم الجلادات الثانوية الضوئية الموجودة في الجدول ١٣ – ٧ نبحث هنا في جفاف الجلد المصطبغ فقط . أما التفاعلات الأخرى المحرّشة بالضوء فستبحث في فصولها الموافقة .

## جفاف الجلد المصطبغ Xeroderma Pigmentosum [ Kaposi ١٨٧٠ ] :

**التعريف** : آفة نادرة جداً ، متعددة الأشكال ، محرشة

بالضوء ، تنتقل بالصبغي الجسدي الصاغر ، سيرها مميت عادة تتميز بجلد شيخي مبكر ، يظهر في السنوات الأولى من الحياة ، ويترافق بأورام سرطانية وقبل سرطانية . والحَمَلَة متماثلي الزيجوت للجين هي الأكثر استعداداً لعدم تحمل الأشعة ما فوق البنفسجية .

**الحدوث** : نادر جداً ، غالباً توجد قرابة بين الوالدين .

**المسببات والإمراض** : ذكر من بين الأسباب تفاعل جلدي غير سويّ تجاه الأشعة ما فوق البنفسجية . ففي عام ١٩٥٦ وصف Cleaver لأوّل مرة الآلية المضطربة بشكل كامل للتجدد بالبتر Excision Repair في مثنويات الثيمين المحدثة بالأشعة فوق البنفسجية لدى المصابين بهذه الآفة . ومنذ ذلك الحين ، وصفت عدة أشكال لجفاف الجلد المصطبغ . ومن الواضح أن آلية التجدد المتخربة والتي تترافق بتنشؤ سرطانات ، وأورام ملانية خبيثة ، وأورام النسيج الرخو الخبيثة هي واصمة لهذه الآفة . وقد اكتشف العيب في آلية التجدد بالبتر ( نشاط الإندونوكليـاز الذي يبتدىء التجديد هو متناقص جداً ) . وعلى أي حال ، يحمل بعض المرضى وظيفة سوية للتجديد في الظلام . وأما المعيب فهو جملة التجدد التالي للتناسخ (Postreplication Repair System) ( شكل متحول XP ) . ومن المؤكد أن التأثير المباشر للأشعة فوق البنفسجية والتي تشمل UVC ( في ظروف المختبر فقط ) وكذلك فإن UVB و UVA تتداخل وتؤدي إلى تأذي الدنا . وقد تبين أن وقاية الأطفال من التعرض لأشعة الشمس يتم بجعل أوقات عملهم ونشاطاتهم ليلاً يؤثر بشكل جيد على إمكانية تجنب تشكل الأورام الخبيثة والسير المميت وإن كان لا يمكن تجنب ذلك لدى الجميع .

**الجدول ١٣ ـ ٧ : الجلادات الضوئية مع محسسات ضوئية معروفة أو مجهولة**

| السبب | المرض |
|---|---|
| عيوب إنظيمية | داء هارتنب<br>بيلة الفينيل كيتون<br>جفاف الجلد المصطبغ<br>متلازمة سانكتس – كاشيوني De Sanctis – Caccione |
| نقص في وظيفة الحماية داخلية المنشأ | البهاق ، المهق<br>متلازمة شيدياك هيغاشي Chediak – Higashi |
| تحسس ضوئي ناجم عن مستقلبات داخلية المنشأ | البرفيريات |
| الجلادات الوراثية مع زيادة الحساسية للضوء | متلازمة بلوم Bloom<br>متلازمة كوكاين Cockayne<br>متلازمة شيدياك – هيغاشي Chediak – Higashi<br>متلازمة روثموند – تومسون Rothmund – Thomson |
| الجلادات الوراثية مع زيادة الحساسية لأشعة رونتجن | الرنح بتوسع الشعيريات ( متلازمة لويس – بار Louis – Bar )<br>متلازمة بلوم Bloom |
| تحسس ضوئي ناجم عن مواد أجنبية | تفاعلات ضوئية سمية<br>تفاعلات ضوئية أرجية |
| محسسات ضوئية مجهولة داخلية المنشأ | التفاعل الضوئي المستمر ، الشرى الشمسي<br>الاندفاعات الضوئية متعددة الأشكال<br>الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vacciniforme |

**الموجودات السريرية** : يقسم جفاف الجلد المصطبغ إلى ثمانية مجموعات حسب المظهر السريري والمعطيات الجزيئية الحيوية : الأنماط G, F, E, D, C, B, A ، وشكل متحول Variant ففي المجموعة من A إلى G يكون العيب في المرحلة الباكرة من آلية التجدد بالبتر ، ويمكن بيان هذا العيب على عدد من المجموعات الخلوية ( خلايا بشروية ، لمفاويات ، أرومات الليف ) . أما المجموعة الثامنة وهي جفاف الجلد المصطبغ المتحول فيظهر العيب في ربط الدنا (DNA Ligation) . ومن وجهة النظر السريرية ، فإن المريض المصاب بهذا الشكل المتحول وبالمقارنة مع أشكال المجموعة الأولى (G – A) لا تظهر لديه الآفات الجلدية البدئية والأورام إلا في مرحلة متأخرة ، وبالتالي فإن سيره أسلم وإن وراثة هذا الشكل المتحول هي أيضاً بالصبغي الجسدي الصاغر . وإن الاسم الذي يطلق على هذه الحالة هو « تصبغ الجلد الجفافاني Pigmented Xerodermoid » يفضل استبداله بتعبير « جفاف الجلد المصطبغ المتحول » ...

تبدأ الأعراض في الطفولة الباكرة ببقع حمامية متلازقة ، وبقع مصطبغة تشبه النمش ( راجع الشكل ١٣ – ١٧ ) كثيرة العدد ، لونها بني فاتح إلى الأسود ، تشبه الشامة الخبيثة ، وتظهر على المناطق المكشوفة من الجلد ( الوجه والعنق واليدين ، والذراعين ) ، وبشكل أكثر وضوحاً في أشهر الصيف حيث يصبح الجلد مرقطاً ( شبيهاً بتبكل الجلد

Piokiloderma – like ) مع بقـع من نقص التصبغ أو [illegible]يدته . وحمامى ، وتوسع شعيريات ، ومران شمسي وبؤر من [illegible]ضمور . وقد يؤدي الضمور الجلدي إلى شتر في العين وصغر في [illegible] وتظهر تقرانات سفعية ذات ميل للتطور إلى السرطانة [illegible]سفية الخلايا ، أو الشوكوم القرني أو سرطانة الخلية القاعدية [illegible] ورم ملانية خبيثة و/أو أغران Sarcomas . وهي تظهر في [illegible]أماكن الأكثر تعرضاً للضياء . ويموت المرضى عادة قبل سن [illegible]ثلاثين بسبب الخباثات . وغالباً ما تكون حالة المريض العامة [illegible]متأذية نتيجة تأخر النمو وحدوث خلل عقلي .

**التشريح المرضي النسجي** : مظهر مشـابه لما نجده في تبكل [illegible]جلد يترافق مع خلايا متأذية بتأثير الضياء موجودة في الطبقة [illegible]الظهارية وأورام أيضاً . ويمكن إظهار الآلية المخربة للتجديد [illegible]بالبتر بطريقة التصوير الشعاعي الذاتي لخلايا البشرة والنسيج [illegible]الضام .

**السير** : تتدهور الحالة العامة باضطراد مع سير محتم نحو الموت [illegible]السريع ، وخاصة إذا أهملت معالجة الأورام باكراً ، وكذا إذا أهملت الوقاية من تأثير الأشعة فوق البنفسجية .

**التشخيص التفريقي** : في جفاف الجلد المصطبغ المتحول تظهر التبدلات الجلدية بعد البلوغ وأحياناً متأخرة . ومنه جاء اسمها القـديم « جفـاف الجلد المصطبغ المتـأخر » . أما في متـلازمة دي سانكتس – كاشيوني De Sanctis – Cacchione فنجد تخلفاً عقلياً ، وهزعاً نخاعياً وراثياً ، وقصور القندية ، ونحولاً شديداً مع جفاف جلد مصطبغ .

**الاتقـاء** : جربت ، بنجـاح وفاعلية ، ولقد جرب الإتقاء من حـدوث الأورام الجـلديـة بـإعطـاء الريتينـوئيـدات العطـريـة ( الإيترتينـات ) بجرعة حوالي ٠,٢ – ٠,٥ ملغ/كغ . ويجب المثـابرة على هذا العـلاج بـاستمرار وسيستبدل بالأسيـترتين Acitretin بسبب قصر زمن انطـراحـه ، كما جرب أيضـاً الإيزوتريتينوين Isotretinoin .

**المعالجة** : الوقاية من التعرض للأشعة فوق البنفسجية المسببة قد يقي من حدوث الأورام الخبيثة . ويجب تنظيم فعاليات المريض إلى نظام عملي ليلي ولبس ثياب واقية . ومن الضروري الوقاية من الأشعة UVA و UVB . والمراقبة المستمرة واجبة وكذلك التخلص الباكر من الآفات مقدمة الأورام ، والأورام الخبيثة بواسطة الاستئصال ، أو التجريف ، أو المعالجة القرية ، والليزر إذا لزم الأمر .

## الجلادات الضـوئيـة الثـانوية النـاجمة عن مواد خـارجيـــة محسســـة للضـيـــاء Secondary Photodermadoses Due to Exogenous Photosensitizing Substances :

تقســم هذه التفـاعلات الجلدية إلى زمرتين رئيسيـتين : التفاعلات الضوئية السمية ، والتفاعلات الضوئية الأرجية .

### التهـابـات الجـلد الضـوئيـة السمّيـة Phototoxic Dermatitis :

**التعريف** : تفـاعل جلدي التهـابي ، كيميـاضوئي ، في المناطق المعرضة للضياء دون أسس مناعية ، ويتجلى عادة كالتهاب جلد حاد .

**الحدوث** : أكثر مصـادفة من التفـاعلات الضوئية الأرجية . ويستفـاد من مبـدأ الانسمام الضـوئي في تطبيق المعـالجة الكيمياضوئية (PUVA) .

**الجدول ١٣ – ٨ : إمراض التفاعلات الجلدية السمية الضوئية والأرجية الضوئية**

| التحسس الضوئي والطاقة الإشعاعية | |
|---|---|
| تفاعل أرجي ضوئي | تفاعل سمي ضوئي |
| ↓ | ↓ |
| تحويل المحسس الضوئي بواسطة التشعيع إلى ناشبة جديدة | قبط الطاقة Energy Uptake |
| ↓ | ↓ |
| اتحادها مع بروتين لتشكيل مستضد جديد كامل | نقل الطاقة ( تكوين فوق أكاسيد ، جذور حرة وحرارة ) |
| ↓ | ↓ |
| تحسيس مناعي | تخرب خلوي انسمامي |
| ↓ | ↓ |
| تفاعل أرجي ضوئي | التهاب جلد تماسّي انسمامي ضوئي حاد |
| ↓ | |
| التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي حاد أو إكزيمة تماس أرجية ضوئية مزمنة | |

**الإمراض** : ينجـم حرق الشمس عن زيادة في جرعة الأشعة التي يتعرض لها الشخص . ويحتاج ظهور تفاعل ضوئي شمسي إلى وجود محسس ضوئي والأشعة . وقد تكون المواد المحسسة للضـــوء داخـليــاً في العضــويـة ( البرفيرين مثـلاً ) ، وقد يطبق خــارجيــاً على الجـلد ، أو عن الطـريق الهضـمـي ، أو عن طـريق

الحقن ( الأدوية ) . أما الجرعات الشعاعية التي يمكن تحملها عادة في جلد سليم دون حدوث تفاعل فيؤدي تشاركها مع العوامل المحسسة للضياء إلى تفاعل جلدي التهابي حاد يشبه الحرق . وإن التفاعلات الضوئية السمّية شائعة بعد التطبيق الموضعي للقطران ، أو ٨ – ميتوكسي بسورالين أو الفيوروكومارينات المشابهة ، كما في نبات الخلة الشيطانية Ammi Majus ( العامل الفعال في المعالجة بالبوفا PUVA)، وأصبغة الأكريدين أو الإيوزين . ويجب أن يمتنع المعالجون بالقطران أو ٨ – ميتوكسي بسورالين من التعرض للضوء . وإن التفاعلات الضوئية السمّية شائعة لدى عمال صناعة البترول واستخراج القطران .

**الجدول ١٣ ـ ٩ : المميزات السريرية للتفاعلات السمية الضوئية والأرجية الضوئية**

| | انسمام ضوئي | أرج ضوئي |
|---|---|---|
| الحدوث | شائع | نادر |
| الكمون بين التعرض الأول والتفاعل الجلدي | غائب | موجود |
| الجرعة الإشعاعية ( عادة UV ) | عالية عادة ونادراً منخفضة | عادة منخفضة ونادراً عالية |
| طيف التأثير | ضيق ، عادة أمواج UV طويلة (UVA) | واسع ، عادة أمواج UV طويلة (UVA) |
| متطلبات النكس | محسس وأشعة | أشعة + محسس ( شائع ) ، إشعاع فقط دون تعريض إضافي لمحسس : التفاعل الضوئي المستمر ( نادراً ) |
| الاندفاع | حرق شمسي حاد ، حمامى ، نفاطات وتصبغ | عديد الأشكال : حمامى ، حطاطات ، حويصلات ، نفاطات ، تصبغ ، تحزز |
| السورة | غائبة | تعمم إلى مناطق غير مشعة ، توهج في اختبارات سابقة |
| اختبار الرقعة الضوئي | محددة في مناطق الاختبار . التفاعل غالباً فوري ( عاجل ) أو بعد ١ ـ ٢٤ ساعة النمط تنازلي | محدد في مناطق الاختبار ، لكن غالباً اندفاعاته متناثرة ، وهو تفاعل آجل غالباً : من النمط التصاعدي . تفاعل أرجي واضح نسجياً ومناعياً . إيجابية اختبار النقل . تفاعلات حادة وسريعة بعد تعريض جديد . تفاعلات متصالبة مع مواد مرتبطة كيمياوياً |

**الجدول ١٣ ـ ١٠ : أمثلة لمواد سمّية بالضوء**

| | المادة | الحدوث |
|---|---|---|
| موضعياً | القطران | صناعياً ، أدوية |
| | الإيوزين | ملون هياتوكسيلين إيوزين ، كان يستعمل في حمرة الشفاه |
| | ٥ ـ ميتوكسي بسورالين | نباتات ( الخلة الشيطانية ، Hemlock ) ، |
| | Bergepten | بعض واقيات الضياء |

| | | |
|---|---|---|
| | بسورالينات : ٨ – ميتوكسي بسورالين ، ٥ – ميتوكسي بسورالين ، تري ميتيل بسورالين | نباتات ، أدوية |
| عن طريق الفم أو الحقن | التراسيكلينات | خاصة Demeclocycline ، نادراً الدوكسي سكلين |
| | الفينوتيازينات | أدوية نفسية |
| | غريزيوفولفين | علاج مضاد للفطور |
| | حمض الناليديكسيك | علاج كيمياوي |
| | فوروكومارين | بسورالينات ( معالجة كيمياضوئية ) |
| | داكاربازين | علاج مضاد للسرطانات |

**الجدول ١٣ – ١١ : تقليد أو سورة لمتلازمة بمواد سمّية ضوئية**

| المرض | المادّة |
|---|---|
| ( البلغراني ) بلغري الشكل Pellagroid | Isonicotinic acid hydrazid ( INH ) |
| شبيه الذأب الحمامي ( L.E – Like ) | دي فينيل هيدانتوئين ، فينيتوئين |
| الجلادات الضوئية أو سورة لذأب حمامي مجموعي | ريزربين ، بروكائيناميد ، بروكائين ( مثل : مستحضرات بنسلين بروكائيد ج ) غريزيوفولفين |
| البرفيرية | الاستروجينات ( موانع الحمل ) ، كلوروكين ، هكساكلوربنزين ( مضاد فطري ) |

**الموجودات السريرية** : يظهر التهاب جلد تماسي حاد ( راجع الشكل ١٣ – ١٨ ) في المناطق المعرضة للضياء ، ويتجلى باحمرار ، ووذمة وتشكلات حويصلية أو نفاطية ، يتلو ذلك ظهور تصبغ واضح على الغالب .

**التشخيص** : يتم بواسطة القصة السريرية والموجودات السريرية النموذجية .

**المعالجة** : كما يعالج حرق الشمس الحاد مع الوقاية من التعرض للأشعة فوق البنفسجية A و B .

**التهـــاب الجـــلد القـــلادي Berloque Dermatitis [ Freund ١٩١٦ ، Rosenthal ١٩٢٤ ] :**

**التعريف** : فرط تصبغ منتشر أو بشكل خطوط بعد التعرض الموضعي لمواد ضوئية سمية موجودة في المزوقات والتعرض للأشعة فوق البنفسجية .

**الحدوث** : أكثر شيوعاً لدى النساء .

**الإمراض** : تحوي كثير من مستحضرات التزويق كالعطور ، وماء الكولونيا ، والصوابين ، زمرة زيت البرغاموت أو زيوت أساسية مشابهة ولها تأثير ضوئي سمّي . ويحصل عند تعريضها لضوء الشمس ( UVA ) ارتكاس ضوئي سمّي ، ويزيد من شدة هذه الآلية ، التعرق الشديد ، والجلد الرطب والرياح .

**الموجودات السريرية** : يظهر على الجلد ، بعد ساعات من التعرض للضوء ، حمامى وتشكلات حويصلية نفاطية ، تشفى تاركة مكانها فرط تصبغ . وإذا كان التعرض للضوء لفترة أقل ، يغيب ظهور التحوصل الالتهابي ويظهر بالتدريج فرط تصبغ مخطط ومشوّه ( راجع الشكل ١٣ – ١٩ ) . أما المواضع الانتقائية لهذه الظواهر المحدثة فهي عادة الوجه ، والرقبة ، والصدر والظهر . ونلاحظ خطوطاً حمراء بنية أو بنية قاتمة ترافق مسار القطيرات المتشابهة من العطر أو ماء الكولونيا .

هذا وإن الاستعمال المديد للمزوقات ، مثل مراهم الحلاقة والإرذاذات والمحاليل بعد الحلاقة والمراهم المطرية والحاوية على محسسات للضوء ، تؤدي إلى فرط تصبغ واسع يشبه الكلف وخاصة على الجبهة والخدين والمنطقة حول الفم .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد الخلايا المتأذية بحرق

الشمس الضوئي السمي في الطبقة الظهارية مع زيادة التصبغ في منطقة الخلايا القاعدية . وتبتلع البلاعم الموجودة في الأدمة السطحية الصباغ المتبقي والملانين .

**السير** : يبقى التصبغ لمدة أشهر أو سنوات ، والنكس ممكن طالما لم يحدد السبب .

**التشخيص التفريقي** : ويفرق عن الأشكال الأخرى من الكلف ذات التصبغات المنتشرة .

**المعالجة** : إيقاف كل المزوقات المعطرة والأدوية السمية الضوئية .

*المعالجة الموضعية* : كلوريد الزئبق ٢٥٪ ( ويجب الحذر من حدوث انسمام زئبقي مع التطبيق المديد وغير المراقب كما في الرهيمات المضادة للنمش والقاصرة ) ، مونو بنزيل – إيثر – هيدروكينون ٥٪ – ١٠٪ وحيداً أو مشركاً مع البردنيزولون . قشر الجلد بالفيتامين A الحمضي . ويظهر نقص لون واضح وخاصة في المعالجات التي نشرك فيها الفيتامين ا الحامضي ٠,١٪ مع الهدروكينون ٥٪ والبيتاميتازون ٠,٠١٪ في سواغ جلدي أليف للماء ( يجب عدم استعماله لزمن طويل ) ، أو بشكل محلول مكون من مقادير متساوية من الإيتانول والبروبيلين غليكول . وقد يقشر التجميد بالآزوت السائل التصبغات السطحية . وعلى أي حال ، قد يظهر فرط تصبغ ، أو نقص تصبغ تالٍ .

### التهاب الجلد الضوئي النباتي Phytophotodermatitis [ Oppenheim ١٩١٧ ] :

*المرادفات* : التهاب الجلد الفقاعي العشبي ، التهاب الجلد العشبي ، Dermatitis pratensis .

**التعريف** : التهاب جلد ضوئي انسمامي ناجم عن النباتات ( الأعشاب ) يترافق بنفاطات وتصبغات غالباً ما تستمر زمناً طويلاً .

**الحدوث** : شائع في أشهر الصيف .

**السببيات** : تسبب المواد المحسسة للضوء – عادة الفيوروكومارين من الشوكران Hemlock ، الخلة الشيطانية Ammi Majus ، رجل الوزة Goose foot ، الحوذان Butter Cup وشجر التين بالمشاركة مع الأشعة فوق البنفسجية A الآتية من أشعة الشمس ، حيث تؤدي إلى التهاب جلد فقاعي حاد يترك مكانه تصبغات . ومن الأسباب المهيئة ، الاضطجاع على العشب بعد الاستحمام وبقاء الجلد رطباً مما يساعد على التماس وعلى حدوث التحسس الضوئي .

**الموجودات السريرية** : اندفاعات حمامية فقاعية تأخذ أشكالاً خطية أو غريبة تتوضع على منطقة التماس تماماً ، وخاصة على الساقين ، والوجه ، والرقبة ، والذراعين ( راجع الشكل ١٣ – ٢٠ ) . وتترك بعد زوالها بقعاً مصطبغة صريحة . لا توجد أعراض أرجية في مناطق بعيدة . وتشمل القصة المرضية على التعرض للشمس بالاستلقاء على العشب بعد الاستحمام ، أو النزهة ، أو أعمال البستنة مما يسمح بالتماس مع الفيوروكومارين الموجود في الأعشاب أو النباتات .

**الأعراض** : تخريش وحكة وحرق .

**التشريح المرضي النسجي** : يظهر أثر الأذى الضوئي جلياً في الخلايا البشروية ، نجد نفاطات ضمن وتحت بشروية مع نخر بشروي . يلاحظ كذلك وجود فرط تصبغ في منطقة الخلايا القاعدية .

**السير** : غالباً ما يستمر فرط التصبغ لأسابيع أو شهور .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الجلد التماسي الأرجي من مستضد Rhus ( اللبلاب السام والسماق Poison Ivy, Rhus Toxicodendron = Poison Oak, and Sumac ) نادر في أوربا ، وشائع جداً في أمريكا الشمالية .

**المعالجة** : تجنب ملامسة النباتات المحسّسة للضوء :

*موضعياً* : تعالج عرضياً برهيمات ستيروئيدية وبمحلول الزنك . تعامل النفاطات الكبيرة كما في حروق الدرجة الثانية .

**أشكال خاصة** : يمكن أن يظهر التهاب الجلد الضوئي السمّي لدى الحيوانات بعد التماس مع العلف الحاوي على مواد محسّسة للضوء . ومن الشائع مصادفة داء الحنطة السوداء Buckwheat Disease وداء العشب القاسي في قطيع البقر ، والجياد والأغنام .

### الحالات الأرجية الضوئية Photoallergic Dermatoses :

بالمقارنة مع التأثير الإلزامي الضوئي السمّي لبعض المواد والتي يمكن أن تصيب أيّ فرد حسب تعرضه للإشعاعات فوق البنفسجية ، تحصل التّفاعلات الأرجية إذا حصل تماس أرجي نوعي وتصيب بعض الأشخاص فقط . ولكثير من المواد تأثير مؤرج ضوئي خفيف ، ولبعضها الآخر تأثير شديد . وتصنف كثير من المتلازمات السريرية كتفاعلات أرجية ضوئية حتى ولو لم يحدد المستأرج ( الشرى الشمسي ، والاندفاع الضوئي عديد الأشكال ، والحصاف وقمي الشكل ) .

هذا وإن الصفات الرئيسية للأرج الضوئي هي :

- نادرة .
- حالة مناعية متغيرة ( = الأرج ) .
- ناجمة عن تفاعل ضد - مستضد .
- كثيراً ما يصادف فيها تفاعلات متأخرة متواسطة بالخلايا من نمط الإكزيمة .
- التفاعلات الخلطية العاجلة من نوع الشرى هي نادرة .
- الموجودات السريرية عادة : التهاب جلد أو إكزيمة ونادراً شرى . تحتاج عادة لجرعات خفيفة من الأشعة أقل بكثير من التفاعل الضوئي السمّي وكثيراً ما تكون الاندفاعات خطية .
- التفاعلات : عاجلة وآجلة أو أحدهما ، تفاعل النقل السلبي ( Prausnitz – Küstner ) لا يجرى في الوقت الحاضر ، وكذا تفاعل النقل السلبي العكوس Reversed Passive tramsfer test .

تؤدي المواد المؤرجة بالضوء إلى تحسيس المريض : بالتماس الجلدي أو بتناولها عن طريق الفم أو الحقن . وبعد حصول تحسيس المريض ، يتفاعل كثير من المرضى للمستأرج مهما كان شكل وصوله إلى العضوية ، وبذلك يمكن الحصول على تفاعل إيجابي عن أي طريق يدخل فيه المستأرج ، سواء عبر الجلد أو عن الطريق الداخلي ، إذا تلاها التعرض إلى جرعة مناسبة من الإشعاع .

وفي الواقع ، فإن لكثير من المواد تأثير كمستأرج بالتماس أو كمستأرج ضوئي بالتماس ، ولذا فإن الاختبارات تكون معقدة . وفي بعض الحالات النادرة ، يمكن لدواء ما أن يسبب أرجاً بالتماس ، وأرجاً ضوئياً بالتماس ، مع تفاعل ضوئي سمي ، مثل ( ٨ - ميتوكسي بسورالين ، كلور برومازين ) .

### الأرجية الضوئية التماسية Photocontact Allergy :

**التعريف** : آفة جلدية تتوضع بشكل خاص على المناطق المعرضة للضوء ، تظهر بعد تماس مباشر مع مستأرج بالتماس ومع الإشعاع ( عادة الأشعة فوق البنفسجية من نموذج A ) .

**الجدول ١٣ - ١٢ : تصنيف الأرجيات الضوئية**

| التشخيص السريري | الصورية السريرية ( حسب تسلسل الشيوع ) | الحدوث | الطيف المؤثر | توليد الآفات الجلدية تجريبياً |
|---|---|---|---|---|
| **محسسات ضوئية معروفة :** | | | | |
| ١ - أرج ضوئي تماسي | التهاب جلد ، إكزيمة ، شرى | شائع | UVA ونادراً UVB | نعم |
| ٢ - أرج ضوئي مجموعي | التهاب جلد ، إكزيمة ، شرى | شائع نسبياً | UVA ونادراً UVB | نعم |
| ٣ - تفاعل ضوئي مستمر | إكزيمة ، التهاب جلد | نادر | UVA ، UVB ، UVC ، الضوء المرئي | نعم |
| **محسسات ضوئية غير معروفة :** | | | | |
| ١ - الشرى الشمسي | شرى | نادر جداً | UVA ، UVB ، UVC ، الضوء المرئي | نعم |
| ٢ - الاندفاع الضوئي متعدد الأشكال | نمط حطاطي<br>نمط شروي<br>حمامى عديدة الأشكال<br>نمط حمامي عديد الأشكال<br>نمط لويحي ، نمط نزفي<br>نمط Ictus ( شرى حطاطي ) | شائع | UVA وأحياناً UVB | نعم |

**الحدوث** : نادر ، يصاب الكهول غالباً .

**الإمراض** : يؤدي التماس المباشر للمستأرج مع الجلد إلى تحسيسه بعد فترة غير محددة . وتتطور التفاعلات الأرجية من التأثير المباشر والمشترك للمستأرج والإشعاع . وكثيراً ما يكون طيف امتصاص المستأرج وطيف تأثيره متماثلين ، والأغلب أن يختلفا . ويفترض إذن أن الإشعاع الطارىء يغير المعقد إلى

مستأرج ضوئي ( كما هو الحال في السلفانيلاميد ، والفينوتيازين ، والساليسيلانيليد المهلجن ) والقسم المؤثر من الطيف هو دائماً في مجال UVA ونادراً جداً ما يكون في مجال UVB ( كما هو الحال مع بعض السولفوناميدات ) . وغالباً ما يستمر الأرج الضوئي التماسي مدى الحياة كما في الأرج التماسي .

**الجدول ١٣ ـ ١٣ : أمثلة هامة عن مستأرجات بالضوء**

| Uptake | المادة | الحدوث |
|---|---|---|
| موضعي | الساليسيلانيد المهلجنة | صوابين |
| | تتراكلوروساليسيلانيد TCSA | مزوقات |
| | ثري بروموساليسيلانيد TBSA | مطهرات |
| | ثري كلور كاربانيليد TCA | المعالجات الجلدية |
| | بارا أمينوبنزوئيك أسيد PABA | المعالجات الجلدية |
| | هكزاكلوروفين ، بيتيونول | دارئات الشمس |
| | فينتيكلور Fenticlor | مضاد فطري |
| | بوكلوزاميد | مضاد فطري |
| | مسك العنبر | عطر في المزوقات |
| عن طريق الفم | سلفوناميدات | معالجة كيميائية |
| | مشتقات سلفونيل يوريا | مضادات السكري الفموية |
| | مشتقات السلفوناميد | مضادات السكري الفموية |
| | مشتقات الفينوتيازين والمواد المشابهة | علاجات نفسية |
| | ثري بروليدين | مضادات الهستامين |
| | دي فينهدرامين | مضادات الهستامين<br>مضادات القيء |
| | كلوروتيازيد | مدر |
| | بيزاكوديل Bisacodyl | ملينات |
| | سيكلامات | محلّيات |

**الموجودات السريرية** : تتوضع عادة اندفاعات الآفات الحادّة في مناطق الجلد المعرضة للضوء وتعطي مظهر التهاب جلد تماسيّ أرجي مع حمامى مقتطعة واضحة الحدود على ظهر اليدين والوجه والرقبة ، مع تشكلات حطاطية حويصلية ونادراً نفاطية . تعف الآفة غالباً عن مثلث تحت الذقن ( نسبة الأشعة التي تصله قليلة ) ( راجع الشكل ١٣ ـ ٢١ ) . وتكون حدود الاندفاعات واضحة مقارنة مع المناطق المغطاة بالثياب . كما تكون الآفات الجلدية ، في حال تعرض للآشعة قليل ( الخريف والشتاء ) أو التعرض لمقادير ضئيلة من المستأرجات الضوئية ، خفيفة وغير واضحة الحدود . وفي حالة استمرار وجود المستأرج تأخذ الآفة شكلاً مزمناً مع مظاهر إكزيمية . ويكون احمرار الجلد خفيفاً مع مظهر التهابي ، غير أنه يكون متحززاً ومتجلباً . لا تصادف بؤر إكزيمية على المناطق المغطاة أو غير المشعة من الجلد . حيث تؤمن الملابس الوقاية المناسبة ، وعلى أي حال فقد يحصل تعمم الإكزيمة .

**الأعراض** : العرض الغالب هو الحكة ، مثال شائع هي الساليسيلانيليدات المهلجنة ، والتي أدت حتى عام ١٩٧٠ إلى ازدياد كبير في أعداد المصابين بالإكزيمة المحرشة بالضوء ( جائحات ) والتي سحبت في الوقت الحاضر من الصناعة ومن الأسواق التجارية . وهناك بالطبع كثير من التحسسات المتصالبة .

**التشريح المرضي النسجي** : رشاحة نموذجية لمفاوية مصورية تتوضع حول الأوعية مؤدية إلى نزٍّ مصلي Exoserosis وتسرب خلوي Exocytosis مع تسفنج Spongiosis ( التهاب جلد ) وشواك ، وتحلّم مع خطل وفرط تقرن ( إكزيمة ) . ونادراً ما تشاهد في البشرة الخلايا المخربة بالضوء ( خلايا حرق الشمس ) .

**السير** : مزمن ، ما دمنا لم نحدد المستأرج ونحذفه .

**المعالجة** : حذف المستأرج الضوئي . نعالج الحالة الحادة أو المزمنة كما تعالج التهابات الجلد أو الإكزيمة الأرجية . تقوم الوقاية بارتداء الملابس السميكة للتخلص من تأثير الضوء واستعمال المراهم الدارئة للشمس والمؤثرة في مجال الأشعة فوق البنفسجية A و B .

**أشكال خاصة من الأرج الضوئي** : تؤدي كثير من المواد إلى أكثر من شكل واحد من الأرج الضوئي وأحياناً ، وتحت ظروف خاصّة ، تؤدي أيضاً إلى تفاعلات سمّية ضوئية . ويمكن كشف هذه التفاعلات المتداخلة بإجراء اختبارات واسعة ، ضوئية ، ورقعية ضوئية . ويعطينا الجدول ١٣ ـ ١٤ مثالاً على مادتين لهما هذا التأثير

**الجدول ١٣ ـ ١٤ : مواد تؤدي إلى تفاعلات ضوئية**

| المادة | إلزامي | اختياري |
|---|---|---|
| البسورالينات<br>– ٨ ميتوكسي بسورالين<br>– ٥ ميتوكسي بسورالين<br>– تري ميتيل بسورالين<br>بسورالين | سمّي ضوئي | التهاب جلد تماسي أرجي<br>التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي<br>أرج ضوئي مجموعي ( بعد التناول عن طريق الفم ) |
| كلوربرومازين | – | التهاب جلد ضوئي سمّي<br>التهاب جلد تماسي أرجي ( نمط إكزيمي )<br>التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي<br>أرج ضوئي مجموعي ( بعد تناول المستأرج الضوئي عن طريق الفم ، نمط إكزيمي ) |

### الأرج الضـــوئي المجمـــوعي ( الدمـــوي Systemic Hematogenous Photoallergy) :

تشبه الصورة السريرية كثيراً من التفاعلات الضوئية الأرجية التماسية الحادّة أو المزمنة ، إلا أن المستأرج لا يؤثر عبر الجلد ، بل عن طريق الفم أو الحقن . ومن الأمثلة الشائعة هي الفينوتيازين والسلفوناميد .

**التشخيص والمعالجة** : كما في الأرج الضوئي التماسي أو إكزيمة التماس .

### التفاعل الضـوئي المستمر Persistent Light Reaction [ Haxthausen ١٩٣٣ Jillson و Baugham ١٩٦٣ ] :

**التعريف** : هو الشكل الأكثر حدة وإزعاجاً من جميع التفاعلات الأرجية الضوئية ، ينجم ويستمر بتأثير التعرض للضوء دون تداخل مستضد ، يتجلى سريرياً بإكزيمة مزمنة على مناطق الجلد المعرضة للضوء .

**الحدوث** : نادرٌ في ألمانيا ، أما في إنكلترا والولايات المتحدة الأمريكية والهند ، فقد انتشر بشكل جائحات بين عامي ١٩٦٠ ـ ١٩٧٠ بسبب استعمال الساليسيلانيليد المهلجنة في المواد المستعملة في المراحيض وأكثر ما يصادف عند الرجال في منتصف العمر وبعده ، وتشتد الآفة في الفصول المشمسة .

**السببيات والإمراض** : مشابهة للأرج الضوئي ، وأما سبب استمرار الآفة فغير معروف . فلو منعنا المستأرج المسبب فإن الآفة تستمر دون تبدل لعشرات السنين ، وخاصة بعد التعرض للضوء . ويعتقد أن بقايا زهيدة من المستأرج تبقى مخزونة في الخلايا ، أو أن الخلايا المسمّاة بخلايا الذاكرة نسخت نموذجاً للمستأرج . تقارن هذه الآلية مع ظاهرة بقاء المستأرج في الدراسة المصلية للإفرنجي ( ما يسمى بندبة المصل Serum Scar ) . وإن لبعض المرضى أرج تماسي نحو الكرومات أو بعض النباتات ( الفصيلة المركبة Compositae ) .

**الموجودات السريرية** : يظهر في البدء التهاب جلد ، كما في الأرج الضوئي التماسّي الحاد على المناطق المعرضة للضوء ويسير نحو الإكزيمة المزمنة . ومن خصائص هذه الآفة الارتشاح الشديد والتحزز في المناطق المصابة . وتوصف بعض الحالات كإكزيمة شمسية . يبدي الجلد حمامى التهابية تميل إلى اللون الأرجواني المزرق مع وذمة منتشرة ، سميكة ، متشققة ، ومغطاة بالوسوف ( راجع الشكل ١٣ – ٢٢ ) . وفي الحالات فائقة الحدّة . تأخذ الوذمة المرتشحة مظهر لمفوم جلدي منتشر . والتوضع الانتقائي هو الجبهة ، والخدين ، والأذن الظاهرة ( تبقى المنطقة خلف الأذن سليمة على الأغلب ، علامة ويلكنسون ) ، والنقرة ، والرقبة وظهر اليدين ، وتأخذ أحياناً مظهر السحنة الأسدية . وفي التفاعلات الضوئية المستمرة تكون الاندفاعات مبعثرة وأكثر حدّة عما هي عليه في التهاب الجلد التماسّي الضوئي . وفي الحالات الحادة ، تشمل الاندفاعات كل الجلد ، وذكرت حوادث تحولت إلى متلازمة سيزاري . ونجد هنا ، بعكس الأرج الضوئي ، أن الطيف الضوئي المؤثر يمتد من UVB وحتى الضوء المرئي ، ولذلك فإن الكميات الضئيلة من الإشعاع التي تخترق الملابس كافية لاستمرار التفاعل الضوئي حتى على المناطق المغطاة .

**الأعراض** : حكة شديدة .

**التشريح المرضي النسجي** : نموذجي كما في إكزيمة الأرج الضوئي ، وقد يحصل حسب درجة التحزز شواك صدافي وتحلّم وفرط مع خطل تقرن . وتكون الرشاحة الالتهابية التي تكثر فيها اللمفاويات والمصوريات كثيفة جداً وتمتد بشكل خطي وتملىء النسيج الضام وحتى عمق الأدمة . يشاهد المران الضوئي في الأقسام الأعمق . ونلاحظ أحياناً تبدلات تشبه اللمفوم الكاذب .

**السير** : مزمن على ا لرغم من عدم تعرض المريض للمستأرج

من جديد . تبقى التفاعلات الجلدية في هذه المرحلة محرضة بالضوء فقط . ولا يعرف ما إذا كان المصابون بهذا التفاعل الضوئي المستمر سيفقدون في يوم من الأيام هذا الأرج الضوئي . وإن هذا الالتهاب الجلدي الوخيم والمستمر بتأثير كميات قليلة من الأشعة هو مزعج للغاية .

**التشخيص التفريقي** : يميز عن الأشكال الأخرى للأرج الضوئي وخاصة بالنباتات ( المستأرجات الضوئية النباتية ) ، وعن الشباكاني السافع Actinic Reticuloid ( لا تزال آلية هذه المتلازمة قيد المناقشة من قبل عدد من المؤلفين . وقد تكون شكلاً فائق الحدة للتفاعل الضوئي المستمر ) ، وعن التهاب الجلد التماسي بعوامل منقولة بالهواء ، والتهاب الجلد العصبي الشديد ، والسحنة الأسدية في الفطار الفطراني ومتلازمة سيزاري .

**المعالجة** : كما هي في كل الأشكال الأخرى للأرج الضوئي ، من المهم جداً تجنب الضوء . ونظراً للطيف الواسع المؤثر من الأشعة من UVB إلى UVA وحتى الضوء المرئي ، يجب تأمين وقاية فعّالة من الضوء ، ضوء الشمس ، وضوء النهار وكثير من المصابيح في مناطق العمل تعطي كمية كافية من الطاقة لاستمرار التهاب الجلد . وهكذا فإن على المرضى أن يحوّلوا نشاطاتهم إلى المساء وساعات الليل ، ويجب تغطية كل مناطق الجلد المعرضة للضوء بالعوامل الدارئة من الضوء ( ذات الطيف الواسع ) أو بالمزوقات ، مع ، أو دون الرهيمات والمحاليل الملونة للجلد .

وقد أمكن الحصول على نتائج جيدة بالمعالجة بالبوفا PUVA . وإن تحديد جرعة البدء العلاجية هو صعب بسبب الحساسية الشديدة للأشعة فوق البنفسجية A . والجرعات البدئية هي أقل من ٠,٢٥ جول/سم٢ وجرعة MOP – 8 هي أعلى من ا لجرعة المعطاة لمعالجة الصداف بالبوفا Puva . وإن المعالَجين بهذه الطريقة ، والذين أصبح جلدهم دابغاً يمكنهم أن يتحمّلوا فترة تعرض للشمس أطول دون ظهور أعراض التقسية الضوئية Light – Hardening .

### شكل خاص : الشباكاني السافع Actinic Reticuloid [ Ive ورفاقه ١٩٦٩ ] :

حالة نادرة من التفاعل الضوئي المستمر مع صورة نسجية للمفوم كاذب .

### الآرج الضوئي بمحسسات غير معروفة :

وتشمل هذه الزمرة : شرى الشمس ، والتفاعل الضوئي متعدد الأشكال ، والحصاف وقسي الشكل .

### الشرى الشمسي Solar Urticaria [ Merklen ١٩٠٠ ] :

*المرادفات* : Urticaria Solaris ، شرى الأرج الضوئي .

**التعريف** : تفاعل جلدي شروي يظهر بعد دقائق من التعرض للشمس أو لضوء صنعي ، وخاصة في المناطق المستورة من الجلد . وقد يستمر الشرى الشمسي لعدة سنوات .

**الحدوث** : نادرة وغالباً ما يحدث لدى الكهول .

**السببيات والإمراض** : السبب غير معروف . وقد يمتد الطيف المؤثر من أشعة رونتجن ( نادر جداً ) وحتى ا لأشعة تحت الحمراء . ويبدي كثير من المرضى تفاعلاً شروياً في منطقة حقن مصلهم الخاص والذي سبق إشعاعه . وتبنى التصانيف على عدد من المعطيات كالطيف المؤثر والتبدلات النسجية . وقد ذكر أن الضوء العارض ( في الزجاج بإشعاع المصل أو في الحياة في الجلد ) يحرر مواداً ( مستضدات ) تؤدي إلى تفاعل أرجي من النوع الفوري ( تحرر وسائط من الخلايا البدينة ) . ويمكن في بعض الحالات وقف التفاعل الشروي بمضادات الهستامين .

**الموجودات السريرية** : يظهر فوراً بعد التعرض للإشعاع ( شمس ، أجهزة الاختبار الضوئية ) وفي كل مناطق الجسم ، وخاصة في المناطق المغطاة من الجلد ، حس حرق وتوتر ، ثم تظهر الحمامى وبعد عدة دقائق تظهر اندفاعات انتبارية حاكة . يستمر التفاعل الشروي لدقائق أو لساعات حسب جرعة الضوء . وقد تظهر حطاطات واسعة ، ( راجع الشكل ١٣ – ٢٣ ) ووذمة ، وأعراض قلبية وعائية ، وهبوط توتر شرياني وتسرع قلب وأحياناً أعراض صدمة .

**التشريح المرضي النسجي** : وذمة في الأدمة السطحية مع وجود أوعية متوسعة . يبدي بعض المرضى ارتشاحاً حبيبوماً لمفاوياً حول الأوعية مع حمضات وتجزؤ نووي وذلك بعد ٦ – ٣٦ ساعة من ظهور الانتبار .

**السير** : مزمن ، يستمر لسنوات مع ميل غير أكيد للشفاء .

**التشخيص** : تجرى اختبارات بإشعاعات ذات أطوال أمواج مختلفة ( أشعة رونتجن ، UVC ، UVB ، UVA والضوء المرئي والأشعة تحت الحمراء ) وذلك لتحديد الأثر الطيفي وكذلك الجرعة اللازمة لإحداث الانتبار . وهناك إمكانات أخرى تشمل اختبار النقل السلبي العكوس وحقن المصل المشعع سابقاً بالزجاج .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الاندفاع الضوئي عديد الأشكال والتهاب الجلد التماسّي الشروي وعن الأشكال الأخرى من الشرى .

**معالجة :**

معالجة جهازية : ثبت أن مضادات الهستامين غير فعالة . يؤثر الكلوروكين في بعض الحالات وتشكل البوفا PUVA شكلاً آخر ممكناً من المعالجة ، إنما يجب الاستمرار بها بحذر وبعيار منخفض من الأشعة فوق البنفسجية A وبجرعة عالية من ٨ - ميتوكسي بسورالين حتى الحصول على تصبغ جلدي ( تقسية أشعة الشمس ) . وقد طبق حديثاً تبديل البلازما . ويجب البدء بالمعالجة قبل الأشهر المشمسة وقبل العطل .

معالجة موضعية : التعريض المتكرر لأشعة الشمس أو للأشعة فوق البنفسجية الصنعية ( الأفضل نموذج A ) يؤدي إلى ظاهرة تتراجع المظاهر الجلدية ، والجلد عندها لا يتفاعل بالانتبار ( ظاهرة تقسية وتسريع المناعة Tachyphylaxis ) ، ويستمر زوال الأعراض لأيام أو لأسابيع .

## الاندفاع الضوئي متعدد الأشكال Polymorphic Light Eruption [ Hausmann Haxthausen Rosch ١٩٢٩، ١٩٠٠ ] :

مرادفات : PMLE ، الاندفاعات الصيفية ، الحُكاك الصيفي [ Hutchinson ١٨٧٩ ] الجلاد الضوئي الشبيه بالذأب الحمامي ، الإكزيمة الشمسية .

**التعريف** : مرض جلدي متعدد الأشكال ، شائع نسبياً في أوربا والولايات المتحدة الأمريكية ، وخاصة في إسكنديناڤيا ، ينجم عن أثر ضوء الشمس ، وذلك بسبب أرج ضوئي متواسط بالخلايا ، إلا أن المستأرج لم يحدد بعد .

**الحدوث** : مرض شائع نسبياً في مناطق خطوط العرض المعتدلة ، وخاصة في الأشهر من آذار وحتى حزيران ، كما يحدث أثناء الزيارات السياحية للبلدان المشمسة . والآفة تظهر في أي عمر . وفي ألمانيا أكثر ما تصاب الفتيات الشابات ، حيث تبلغ نسبة إصابة الإناث إلى الذكور هي : ٩ : ١ . وقد ذكرت حوادث عائلية في ١٠ – ١٤٪ من الإصابات . لا يوجد فارق فيما يخص العرق ، حيث يمكن أن يصاب ذوي الجلد الفاتح أو ذوي الجلد الأسود .

**الإمراض** : مجهول ، وهناك كثير من القرائن على كونه تفاعلاً أرجياً .

**سريرياً** : ثمة حمامى والتهاب جلد ، وهناك زمن تفاعل متأخر ( آجل ) بين التعرض للضوء وبدء ظهور العلامات الجلدية وبين الاندفاعات المبعثرة غير واضحة المعالم .

**نسجياً** : يكون مشابهاً لالتهاب جلد تماسي أرجي . ويحدث فرط الحساسية للضوء لدى هؤلاء المرضى رغم أن الجرعة الحمامية الصغرى ج ح ص [ MED ] للأشعة فوق البنفسجية B هو أقل من الطبيعي . ويبدو أن الطيف المؤثر هو غالباً في مجال UVA ، ولبعض المرضى ضمن المجال UVA – UVB .

وقد أمكن بنجاح إحداث التهاب الجلد الضوئي متعدد الأشكال صنعياً في شروط تجريبية . وإن الآفات الجلدية الموصوفة من قبل بعض المؤلفين – بعد التشعيع بجرعات عالية من الأشعة فوق البنفسجية تصل حتى ٨ مرات من الجرعة الحمامية الصغرى ج ح ص MED للأشعة UVB ، والتشعيع المتكرر باستعمال مصابيح الكزينون أو Kromayer عند الضرورة - يبدو أنها لا تتوافق مع هذه المتلازمة .

**الموجودات السريرية** : يتميز هذا المرض باندفاعات جلدية متعددة الأشكال . تظهر في الربيع والصيف ، وغالباً بعد أول تعرض مديد لأشعة الشمس ، ثم تخف تدريجياً في فصل الصيف لتعاود الظهور من جديد في السنة التالية .

تصاب المناطق المعرضة للضوء فقط . والتوضعات الانتقائية هي : جانبي الوجه والرقبة والأوجه الجانبية للذراعين وقد تظهر على الساقين لدى النساء . ونعني بالاندفاع متعدد الأشكال هو أن الاندفاعات قد تختلف بين مريض وآخر ، إنما لدى نفس المريض يكون الاندفاع الضوئي وحيد الشكل ( راجع الشكلين ١٣ – ٢٤ و ١٣ – ٢٥ ) . وقد تظهر الاندفاعات الضوئية متعددة الأشكال بنمط حطاطي ، أو شروي ، أو نمط يشبه الحمامى متعددة الأشكال ( E.M. Type ) ، أو بنمط نزفي ، أو حكاكي ( شرى حطاطي Strophulus ) ، أو نمط فقاعي .

**العلامات المشخصة** : الاندفاع وحيد الشكل في المناطق المعرضة للضوء من الوجه والرقبة وأعلى الذراعين ، البدء في الفصل المشمس وخاصة لدى النساء اليافعات .

**التشخيص** : يمكن نفي الآفات الجلدية الأخرى المحرشة بالضوء على أساس القصة النموذجية . ويمكن تحريش ظهور الآفات بتعريض منطقة مصابة باندفاعات ضوئية متعددة الأشكال نموذجية ، كظهر اليدين والقسم الظاهر من الذراعين والرقبة بجرعة ٤٠ – ١٠٠ جول/سم٢ من الأشعة فوق البنفسجية A وقد يكون الاختبار إيجابياً . وقد يكون من المفيد إجراء دراسة نسجية على المناطق النموذجية والمحرشة .

**التشخيص التفريقي** : يختلف حسب نمط الاندفاع . ففي الاندفاع الإكزيمي صغير الحطاطات يفرق عن التهاب الجلد الأرجي الضوئي ، والتهاب الجلد التأتبي والحكاك تحت الحاد والتهاب الأوعية النزفي . وفي الشكل الإكزيمي كبير الحطاطات

يميز عن الذأب الحمامي ، والشرى الشمسي ، والبرفيرية مولدة الكريات الحمر ، والحمامى متعددة الأشكال .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* جرب الكلوروكين بنجاح أحياناً . أما إعطاء البيتاكاروتين عن طريق الفم فغير مفيد .

يوصى بإحداث التقسية الضوئية بالتعريض الحذر للشمس أو الأشعة فوق البنفسجية A و B مع زيادة زمن التشعيع وإحداث دبغ جلدي مترقٍ . وفي الحالات الحادة ، يمكن استعمال البوفا PUVA التي تطبق لمدة ٢ – ٦ أسابيع قبل التعرض المديد للضوء ( العطل مثلاً ) والتي تؤمن أفضل حماية ضد نكس الآفة . والطرائق هي نفسها المستعملة في معالجة الصداف الشائع .

*المعالجة الموضعية :* إن دارئات الضوء التي تمتص الأشعة UVB فقط هي غير فعالة ، ويؤمل خيراً بالدارئات الحديثة التي تمتص بشكل جيد مجال طيف UVA ويفيد تغطية الجلد بالمزوقات أو المحاليل الملوّنة بلون الجلد . كما أن الاستعمال الموضعي للستيروئيدات القشرية السكرية يخفف الأعراض .

## الحصاف وقسي الشكل Hydroa Vacciniforme [ Bazin ١٨٦٢ ] :

**التعريف** : آفة نادرة ، تظهر بشكل حاد في الربيع أو بدء الصيف وتتميز بنفاطات نزفية متعددة وجلبات على الوجه واليدين ، تشفى مخلفة ندبات جدرية الشكل .

**الحدوث** : نادرة وأحياناً عائلية ، تبدأ الأعراض الأولى عادة قبل سن العاشرة من العمر وتصاب الفتيات بنسبة أكبر من الصبيان ، وتبدأ الآفة عادة في نهاية الربيع وبدء الصيف .

**السببيات والإمراض** : مجهولة ، ومن المؤكد أنه جلاد ضوئي حيث تؤدي الأشعة فوق البنفسجية إلى تشكل سريع للنفاطات ، إذ لا تظهر هذه النفاطات في المناطق المغطاة من الجلد ، وغالباً ما يترافق بالتهاب قرنية والتهاب ملتحمة . ويمكن تحريش هذه الاندفاعات بالأشعة UVA في ظروف المختبر .

**الموجودات السريرية** : يعطي الحصاف وقسي الشكل صورة سريرية ملفتة للنظر ( راجع الشكل ١٣ – ٢٦ ) . ويقتصر تجمع الاندفاعات على المناطق المكشوفة من الجلد . ويسبب التعرض للشمس في الربيع ظهور اندفاعات حمامية التهابية متناظرة ، واضحة الحدود ، وتعلوها نفاطات صغيرة تحوي سائلاً مخاطياً أو نزفياً ، وتتوضع على الأذنين والأنف والأصابع والخدين وظهر اليدين والذراعين . تجف هذه الاندفاعات مشكلة خشكريشات سوداء ، تسقط مخلفة ندبات منخمصة جدرية الشكل ، فاقدة اللون غالباً . وقد يتلو ذلك فرط أو نقص تصبغ يعطي الجلد مظهراً متعدد الأشكال .

وهناك حالات خفيفة ، حادة أو فائقة الحدّة قد تترافق مع ترفع حروري وسوء في الحالة العامة . وقد تحدث تشوهات أو جدوع في الأنف والأذنين والأصابع . وفي حال حصول إصابة عينية يمكن أن تشاهد ندبات في القرنية .

**التشريح المرضي النسجي** : نخر بشروي بؤري ، حويصلات ضمن البشرة ونفاطات تحت بشروية مليئة بالكريات البيض والحمر ، التهاب مُنَخّر يتوضع حول الأوعية .

**السير** : تنكس الآفة عادة في كل ربيع لتتراجع عادة عند الكهول .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن البرفيرية الكبدية ومولدة الدم ( البرفيرين في الدم والبول ، تألق الكريات الحمر ) حيث أن استقلاب البرفيرين يكون سوياً في الحصاف وقسي الشكل .

**المعالجة** : لا يوجد علاج سببي معروف وفعّال . يمتنع عن التعرض المباشر وغير المباشر لأشعة الشمس . وفي حال الضرورة يوصى بلبس نظارات دارئة للأشعة فوق البنفسجية .

*المعالجة الجهازية :* قد تفيد المعالجة بالبوفا PUVA في الربيع وقبل بدء الفصل المشمس . كما ذكرت محاولة المعالجة بالبيريدوكسين ( ٦٠٠ ملغ يومياً ) والبيتاكاروتين . وفي الحالات الحادّة قد تدعو الحاجة إلى تطبيق المعالجة الستيروئيدية القشرية .

*المعالجة الموضعية :* المعالجة العرضية للنفاطات والجلب النزفية بالمراهم ، وتحسين الحالة العامة للمساعدة على التئام الجروح . أما دارئات الضوء لطيف UVB فهي غير فعالة . ينصح بالتغطية بمواد فعالة ضد UVA والضوء المرئي . كما يفيد تغطية كامل الجلد بالمزوقات أو المحاليل الملونة بلون الجلد .

# الفصل الرابع عشر

# أمراض الجلد الحمامية والحمامية الوسفية

# Erythematous and Erythematosquamous Skin Diseases

د . وليد حناوي

## الحمامات Erythemas :

### البيغ Flushing :

**التعريف** : يطلق تعبير البيغ على الاحمرار العابر والفعال في الأوعية والذي يصيب الجلد .

**الموجودات السريرية** : يُلاحظ في البيغ حدوث حمامى احتقانية على جلد الوجه والعنق غالباً . وقد تنتشر إلى مناطق أخرى . ويمكن لها أن تأخذ شكلاً بقعياً . وقد تترافق بضعف أو تعرق أو حكة أو صداع أو إسهال .

**الإمراض** : قد ينجم البيغ عن نقص المقوية العصبية القابضة للأوعية أو عن نقص في فاعلية الأعصاب الموسعة للأوعية . وقد تحدث أيضاً نتيجة تفاعل العضلات الملس الموسعة للأوعية بشكل مباشر .

وقد أُوجزت الأسباب والوسائط في حدوث البيغ في الجدول ١٤ ــ ١ .

إن معظم هجمات البيغ ذات آليات متعددة ؛ فحرارة القهوة تحدث البيغ أكثر من الكافئين ، وقد يثيره الطعام الساخن من أي نوع كان . ومن المحتمل أن يتواسط الوِطاءُ ( تحت السرير البصري ) مركز تنظيم الحرارة حدوث هذا البيغ فالكحول يحدث البيغ بآليات متعددة . والاسيت الدهيد ــ وهو مستقلب كحولي ــ يحدث البيغ أيضاً وبخاصة عند الشرقيين الذين لا يستقلبونه بشكل تام .. وقد تثبط الأدوية أنظيم بيتا هيدروكسيلاز ودي هيدروجيناز الكحولي . وهذا يزيد من البيغ الكحولي .. وتضم هذه الأدوية كل من : دي سولفيرام ، كاربامید الكالسيوم ، فينتولامين ، غريزيوفولفين ، مترونيدازول ، بيتالاكتام ، الصادات ، وكلوربروباميد . ويحتوي كل من الشيري والنبيذ على الهستامين ، كما تحتوي الجبنة على التيرامين ، ويمكن لكليهما أن يحدثا البيغ .

ويعتبر بيغ الإياس Menopause العلامة النموذجية الوحيدة للإياس . فالتبدلات في جريان الدم ودرجة حرارة الجلد ، بالإضافة إلى زيادة التعرق ومعدل سرعة القلب تلاحظ في بيغ الإياس . ولا يتغير مستوى الأستروجين والغونادوتروبين في الدم بشكل ثابت مع أعراض الإياس ، ولذلك كان من المتفق عليه أن الأستروجين يثبط هذه الأعراض ، كما يسبب الأستروجين زيادة الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي لتثبيطه التيروزين هيدروكسيلاز .

ويفترض أن الانكيفالين (Enkephalin) يلعب دور الوسيط في وردية الوجه ، كما يحدث حقن الأندورفين (Endorphen) وريدياً البيغ أيضاً . وتضم متلازمة فرط الأندورفين البيغ في أعراضها .

**المعالجة** : إن البيغ الناجم عن حمض النيكوتينيك والمرتبط بالبروستاغلاندين قد يثبطه الأندوميتاسين والساليسيلات . ويثبط الاتروبين البيغ بالغلوتاميت في متلازمة مطعم الصينيين . كما يثبط الأستروجين البيغ الإياسي والبيغ بالنالوكسون وبالكلوربروباميد أيضاً . ويظهر البيغ لدى الرجال المصابين بقصور خصوي والذي يمكن تعديله بمركبات السيبروتيرون اسيتيت ١٠٠ ملغ ثلاث مرات يومياً . ولقد نوقش علاج البيغ الهستاميني في أمراض الخلية البدينة المجموعي في بحث الشرى الصباغي .

### احمرار الوجه Blushing :

*المرادفات* :الحمامى الحيائية (Erythema e Pudore) ، البيغ .

**التعريف** : تعزى ، وهي حمامى انفعالية ، بشكل أولي إلى التبيغ المنشط العابر لدى الشباب .

**الإمراض** : إن **احمرار الوجه** تعبير عن استجابة وعائية متبدلة يظهر في توسع شديد في الضفيرة الوعائية تحت البشرة ويعزى إلى التبيغ المنشط .

**الجدول ١٤ ــ ١ : البيغ ــ أسبابه وآلياته**

| السبب | العامل | الوسيط |
|---|---|---|
| الانفعال | عصبي ، الجهاز العصبي المركزي | المادة P |
| فيزيائي | الحرارة | مختلط |
| كيميائي | إيتانول | أسيت ألديهيد |
| الأدوية | حمض النيكوتينيك | بروستاغلاندين |
| الطعام | غلوناميت | نمط الأستيل كولين |
| الغدد الصم | الإياس | غونادوتروفين ؟ |
| | متلازمة فرط الأندورفين | أنكافالين |

| | | |
|---|---|---|
| الأورام | أدواء الخلايا البدينة | هستامين ، براديكينين |
| | السرطاوي (Carcinoid) المعثكلة | بروستاغلاندين ، سيروتونين عديدات الببتيد المعوية الفعالة في الأوعية |

**الموجودات السريرية** : يحدث احمرار الوجه عادة في الأشخاص النفسيين الإنباتيين (Psychovegetative) ، وغالباً ما يكونون عطوبين (Labile) . أما العلامات الأخرى لخلل النظام المستقل مثل فرط التعرق أو زراق النهايات أوالوضح الكاذب بالتشنج الوعائي فتتواجد على ظهر اليدين . ويصيب هذا الاحمرار وبشكل حاد الوجه والعنق والقسم العلوي من الصدر إذ يظهر عليها حمامى بقعية محددة تماماً حمراء فاتحة اللون ، تثار بالتحريض النفسي أو بالخجل أو بحالات من التوتر ، وتختفي بسرعة عندما يزول الانفعال .

**المعالجة** : غير ضرورية عموماً ، ولكن يمكن استعمال الأدوية النفسية في بعض الحالات الخاصة .

## الحمامى الوجهية ا لدائمة (Persistent Facial Erythema) :

*المرادفات :* الحمامى الوجهية الدائمة (Erythema Faciale Persistens) ، قناع الوجه البنيوي Typus Rusticanus (Moncorps) .

**الموجودات السريرية** : يلاحظ في هذه الحمامى وجود احمرار وجهي دائم متناظر وبخاصة على منطقة الوجنتين ومنطقة الأنف والذقن باستثناء منطقة ما حول الفم . ويترافق أحياناً بتوسع الشعيريات . كما ترتفع حرارة الجلد في الحمامى بشكل يمكن تقديره .

يبدأ هذا المظهر الوجهي البنيوي في الطفولة وبشكل عائلي أحياناً . والنساء أكثر إصابة بهذه الحمامى غالباً ، ومعظمهن من النمط البدين والقصير ( النمط ممتلىء الجسم ) . وقد تحدث هذه العلامة أيضاً كعرض جزئي في الحمامى التندبية محجبية المنشأ (Ulerythema Ophryogenes) .

## البيغ في متلازمة السرطاوي Flushing in Carcinoid :

*المترادفات :* البيغ الحاد ، ظاهرة البيغ .

**التعريف** : ظهور حمامى مزرقة سطحية على الوجه والعنق بشكل انتيابي مفاجىء . وهذه الحمامى نموذجية في متلازمة السرطاوي .

**الحدوث** : يعتبر البيغ علامة نموذجية في متلازمة السرطاوي . ويمكن تمييز هذه المتلازمة بالأعراض المعدية المعوية ( إسهال راجع مزمن ، فرط التمعج ، آلام بطنية ، علامات علوص (Ilues) أو انفتال ) ، وبالأعراض القلبية الوعائية ( قصور القلب الأيمن ) ، وبالأعراض التنفسية ( هجمات من ضيق النفس ، الحالات الربوية ) .

**الإمراض** : هذه الأعراض التي يثيرها الورم ، يحدثها السيروتونين ( ٥ - هيدروكسي تريبتامين ) الذي تستقلبه مونوامينو أكسيداز وألديهيد أكسيداز إلى حمض ٥ - هدروكسي أندول أسيتيك ثم يطرح في البول ولهذا فإن تحديد وجود ٥ - هيدروكسي اندول أسيتيك في البول هام في التشخيص إذا توقعنا هذا المرض . ويفترض مشاركة الكينينات الأخرى ، وعديدة الببتيدات المنشطة للأوعية والبروستاغلاندين والهستامين في هذه الإصابة .

**الموجودات السريرية** : تظهر أعراض هذا البيغ عادة بشكل مفاجىء على الوجه والعنق ، وقد تصيب القسم العلوي من الجذع ، فتحدث مناطق من الحمامى السطحية بأقطار مختلفة وألوان متباينة بين الوردي والأحمر إلى الأرجواني . وقد تظهر آفات شروية أحياناً . تدوم الهجمات عدة دقائق فقط وترتبط هجمات البيغ هذه بحجم الورم ومن ثم تصبح أكثر تواتراً . ومع مرور الوقت يحدث احمرار ثابت على الوجه وعلى العنق معاً . وتتوسع الشعيريات والوريدات في الجلد فتحدث زراقاً بقعياً على الوجه . وبعد استئصال الورم تتراجع الأوعية المتوسعة . وقد يرافق الإصابة تسرع في القلب أيضاً ، أو آلام بطنية أو إسهال أو وذمة حول الحجاج ترتبط بالهجمات .

**التشخيص** : القصة المرضية هامة في وضع التشخيص ، وبخاصة في حدوث هجمات الحمامى الأرجوانية ( البيغ السيرتونيني ) والأعراض المعدية المعوية معاً .

**المعالجة** : استئصال الورم ، أو بتجربة مضادات السيروتونين ( سيبروهيبتادين ) .

## الحمامات الراحية والأخمصية (Palmar and Plantar Erythemas) :

### الحمامى الراحية والأخمصية الوراثية (Erythema Palamare et Plantar Hereditarium)

*المرادفات :* الراحات الحمراء .

يورث هذا المرض بمورثة صبغية جسدية سائدة ويصيب الذكور بشكل رئيسي . ويتصف بحمامى دائمة ومتناظرة وخاصة على قاعدة الإبهام والخنصر . كما يبدو أقل وضوحاً في

لأخمصين . ويعتبر هذا المرض خلل تنسج ولادي في أوعية جسم ويترافق بزيادة ترويتها .

**التشخيص التفريقي** : يجب تمييزها عن الأشكال العرضية حمامى الراحية والأخمصية وعن الأشكال البسيطة من تقران الراحي الأخمصي ، ويوصى بفحص الأقرباء .

## الحمامى الراحية والأخمصية العرضية (Symptomatic Palmar and Plantar Erythema) :

*مرادفات* : الحمامى الراحية والأخمصية العرضية (Erythema Palmar et Plantare Symptomaticum) .

**التعريف** : وتحدث هذه الحمامى المكتسبة دون وجود قصة عائلية مرافقة .

**الحدوث** : يشاهد هذا المرض غالباً على شكل حمامى راحية كبدية في أدواء الكبد المزمنة ، وتكون أظافر اليدين بيضاء أو حليبية اللون على الأغلب . وهذه الحمامى شائعة في المصابين بالتهاب المفاصل المزمن . كما تشاهد في أمراض مزمنة أخرى كالسرطانة ، والذأب الحمامي الجموعي ، والداء السكري ، وفرط الدرقية ، وخلل التوتر المستقل ( أضرار النيكوتين ) . ويمكن للحمامى الراحية أن تشاهد في الحمل وبعد الولادة أيضاً . أما المعرفة حول العوامل الإمراضية أو ما يسمى ( الوسائط الفعالة في الأوعية ) فقليلة ، ومن المحتمل أن يزداد حجم الدم المحيطي أيضاً .

**الموجودات السريرية** : تحدث حمامى دائمة ساطعة على الراحتين وتشتد على بوارز الضرة والرانفة وعلى وسائد الأصابع ( راجع الشكل ١٤ — ١ ) .

**المعالجة** : علاج الأمراض المرافقة ، ولكنها لا تستجيب لهذا العلاج عادة .

## الزرقات المتناظرة على الأخمصين Symmetric Lividities of the Soles [ Pernet 1925 ] :

**التعريف** : وهي عبارة عن تلون الأخمصين وأصابع القدمين بلون أحمر مزرق لدى الأطفال ومن منشأ غير معروف .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر هذا الداء بلويحات وذمية قليلاً ، واضحة الحدود على العقبين وفي مقدم القدم والناحية الراحية للأباخس . ويكون لونها بنفسجياً أحياناً ، وتترافق بحس حرق وتعراق من حين لآخر ، وقد يكون الخف الكتيم وخاصة الحذاء ذو النعل المطاطي عاملاً مسبباً لهذا الداء .

**التشريح المرضي النسجي** : غير نوعي .

**المعالجة** : ويكون بوضع بودرة تالك ،وتجنب الخف الكتيم أو نصف الكتيم ، وتجربة محلول ٢٠٪ من كلور الألمنيوم .

## الحمامى السمية في الوليد Erythema Toxicum Neonatorum [ Leiner 1912 ] :

*المرادفات* : الحمامى السمية في الولدان ، الحمامى الطفلية الأرجية ، الشرى عند الوليد .

**التعريف** : هي تفاعل جلدي شائع نسبياً ( ٣٠٪ — ٥٠٪ ) يتراجع عفوياً . وهو غير مؤذٍ ، وأسبابه غير معروفة ، ويصيب الولدان خلال الأيام الأولى من حياتهم .

**الحدوث** : يندر أن يشاهده أطباء الجلد ، و لم تلاحظ له علاقة بالعرق أو بالجنس .

**الإمراض** : مجهول . ويفترض أنه تفاعل بعد الوضع يصيب الولدان . ومن الجدير ذكره كثرة شيوعه عند الطفل الثاني . وقد يصيب الولدان ذوي التطور الجيد ، ولكنه يندر عند الخدج ، وتشير كثرة الحمضات في الدم إلى الإمراضية الأرجية .

**الموجودات السريرية** : تظهر هذه الآفات الجلدية فجأة خلال اليومين الأولين أو الثلاثة الأولى من الحياة ، وقد تستمر عدة أيام . وتتصف بحمامى منتشرة على الجذع والأطراف . تبدأ البقع حمراء صغيرة ، وغالباً ما يكون مركزها شرورياً أو حطاطياً حويصلياً أو بثرياً ، وتبدي اللطاخة المأخوذة من البثور حمضات كثيرة .

**الأعراض** : لا توجد أعراض عامة أو إحساس بالمرض . ويُكشف فرط الحمضات في الدم أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد الحمضات في الجلبات الجريبية السطحية أو حول الجريب . ومن ناحية أخرى ، تبدي الأدمة العليا رشاحة التهابية منتشرة أو حول الأوعية فيها كثير من الحمضات . ويمكن للبشرة أن تبدي شواكاً متوسطاً أو فرط تقرن . وتوجد أيضاً حويصلات أو بثور داخل البشرة أو تحت القرنية .

**السير** : يشفى هذا التفاعل عفوياً خلال ٢ — ٣ أيام ، ونادراً ما يحتاج إلى أسبوع أو أسبوعين .

**التشخيص التفريقي** : ومن المهم تمييزها عن الدخنية البلورية أو الحمراء التي تصيب الجذع والثنيات ، ويجب أن يؤخذ بالاعتبار الأخماج بالعنقوديات أو ( القوباء المعدية والتهاب الجريبات ) . وينصح بإجراء لطاخة من الحويصل للفحص الجرثومي ، حيث تشاهد العدلات في اللطاخة المأخوذة من القوباء ، بينما تشاهد الحمضات في الحمامى السمية في الوليد . ويجب أن يؤخذ بعين

الاعتبار أيضاً سلس الصباغ الذي يبدي حويصلات مفرطة الحمضات .

**المعالجة** : يكون العلاج الموضعي اللطيف ببودرة تالك أو محلول الزنك فقط .

## الحمـــامى بخـــلل التـــلون الدائمـــة Erythema Dyschromicum Perstans [ Ramirez 1957 ] :

*المرادفات :* الجلاد الرمادي Ashy Dermatosis .

**التعريف** : هي جلاد منتشر يتصف بتصبغ رمادي تالٍ لحالة التهابية بسيطة غالباً .

**الحدوث** : نادر نسبياً ومكتسب دائماً .

**الإمراض** : قد تنجم هذه الحمامى عن تصبغ ثانوي تالٍ لعدم تحمـل دوائي ، أو لحزاز مسطح شفي عفوياً أو للحمـامى الشكلانية الدائمة Persistent Figurate Erythema . ولقد نوقشت الذيفـانـات البيئيـة الأخرى ، حيث ظهـرت هذه الحمـامى لدى طفـل بعـد تماســه مع السماد ( لعق نترات الأمونيوم ) .

**الموجودات الســريرية** : يتصف هذا الجلاد ببقع مصطبغة رمادية تصيب الجذع خاصة وتتوضع في خطوط مائلة تتوافق مع خطوط التوتر الجلدية أحياناً ، وقد تبدي هذه البقع حمامى خفيفة .

**التشريح المرضي النسجي** : ينشأ اللون الرمادي المتأصل من سلس الصباغ ، أي من ترسبات حبيبات الميلانين في الأدمة العليا داخل وخارج بلاعم الميلانين .

**السير** : يستمر اللون الرمادي لمدة طويلة ويتراجع ببطء شديد أو لا يتراجع نهائياً .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن سلس الصباغ .

**المعـالجة** : ســتر آفات هذا الجلاد بالمواد التجميلية إذا تطلب ذلك .

## الحمامات الشكلانية Figurate Erythemas :

تتميز هذه المجموعة من الجلادات الحمامية بحدوث حمامات شكـلانيـة مع ميلهـا للامتداد النـابذ . ويبدو أنها تنشـأ من تفاعلات مفرطة الحساسية نحو الأخماج أو الأدوية أو الأورام الخبيثـة . والتشخيص التفريقي لهذه الجلادات مهـم لطبيب الجلدية .

## الحمــامى الحــلقيـــة النـابذة Erythema Annulare Centrifugum [ Darier 1916 ] :

**التعريف** : من المحتمل جداً أن تنجم هذه الحمامى عن تفاعل أرجي متعدد الأسباب لمظهر سريري نموذجي ذي سير مزمن .

**الحدوث** : تصيب الكهول متوسطي الأعمـار بشكل رئيسي دون تفضيل للجنس .

**الإمراض** : في كثـيـر من الحـالات يبقى السبب مجهولاً . وتفترض الآليات النسجية الأرجية ، وفي هذا التفاعل الجلدي يجب أن يؤخذ بالاعتبار ما يلي .

*الأورام الخبيثـة :* بعـد استئصــال الأورام الخبيثـة ( الثدي ، المعدة ، المعي ، المعثكلة ، الرئة ... إلى آخره ) تشفى الآفات الجلدية ، وترجع مع رجعة الأورام .

*الأخماج :* شـوهدت هذه الحمـامى في التهـاب الدماغ ، وفي الأخماج البؤرية ، وفي التدرن والأخماج بالحمات الراشحة أو بـالعقديات . ويجب أن تؤخذ بالاعتبـار الأخماج بالمبيضـات البيض ( أدواء المبيضات المعوية أو التناسلية ) إضافة إلى السعفة القدمية .

*الطفيليات :* تجرى الاختبارات للتحري عن الصفر Ascarid والديدان الأخرى ، وقد يوجد اضطراب في الوظيفـة المعدية المعوية أيضاً كما في الشرى المزمن .

*أمراض المناعة الذاتية :* .

– *الأدوية :* يشار الداء بالســاليسيـلات ، وبالكلوروكين أو بالبنسلين ( توجد قصة تناول أدوية ) .

– *الأطعمة :* يعزى الأرج الغذائي إلى البروتينات الموجودة في ( السمك ، والفواكه ، أو الخضروات ، وفي النبـاتات البقلية خاصة ) .

**الموجودات الســريرية** : تتظاهر بشكل حمامى شروية مرتفعة غير متناظرة ، تمتد بشكل نابذ بينما تتراجع الإصابة في مركزها تدريجياً وتصيب الجذع والأقسام الدانية من الأطراف والناحية الأليوية ، ولكنها أقل شيوعاً على الوجه . وقد تظهر بقع حلقية أو قوسية الشكل ومتعددة الحلقات ، ثم تفقد مظهرها الشروي وتصبح وذميـة خلال يوم من ظهورها . وتتراجع هذه البقع خلال أيام أو أسـابيع أو شهور ، بينما تظهر البقع الحديثة على جلد سليم أو جلد تعرض لهجمات سابقة . وتتبدل الآفات بين الحمـامى الحلقيـة والتورم الشروي . أما المنطقة الشـافية فمن الممكن أن تتصبغ قـليـلاً . وقد تحدث أحيـانـاً بقع وسفيـة ( طوقية ) أو حويصلية . ( راجع الشكل ١٤ – ٢ ) .

**الأعراض** : قد توجد هناك حكة ترافق الحمامى الشروية ، بينما ترتفع حرارة بعض المرضى مع ظهور آفات جديدة .

**التشخيص التفـريقي** : يجب استبعـاد الأشكـال الحلقيـة من

الشرى أو الحمامى عديدة الأشكال أو التهاب الجلد الحلئي ( دورينغ ) أو الفقاعاني الفقاعي أو الصداف . ومن المهم ألا نغفل السعفة الجسدية . وبسبب الآفات الحلقية يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أيضاً الحبيبوم الحلقي والأشكال الحلقية للغرناوية Sarcoid .

**التشرحي المرضي النسجي** : تشاهد تحت البشرة الطبيعية رشاحة لمفاوية مع ناسجات وحمضات في الأدمة العليا والعميقة ، وقد يرافقها التهاب أوعية وتورم الخلايا البطانية ، وقد تلاحظ ترسبات شحمية أحياناً .

**المعالجة** : كما في الشرى المزمن ينصح بإجراء الاختبارات الأرجية ، وبعلاج الأمراض المرافقة ، والعلاج العرضي بمضادات الهستامين ومضادات الالتهاب ( حمض الصفصاف ، مضادات الملاريا ، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ) . أما العلاج الموضعي فتطبق فيه المستحضرات الستيروئيدية ، ولكن لا يلمس التحسن عادة حتى بالضماد الكتيم .

## الأشكال الخاصة

### الحمامى الملتفة الزاحفة Erythema Gyratum Repens [ Gammel 1952 ] :

**التعريف** : متلازمة مواكبة للتنشؤات .

**الأسباب** : هناك عادة دليل على وجود سرطانة حشوية مرافقة ( سرطانة في الثدي أو سرطانة تناسلية أو موثية أو رئوية أو مريئية أو معدية ) . وتحدث لدى مرضى تتراوح أعمارهم بين ٤٠ – ٦٠ سنة .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ – ٣ ) . تظهر هذه الحمامى الشكلانية المعممة على شكل حمامات مرتشحة قليلاً أو شروية ، مرتفعة وهاجرة بسرعة ويتراوح عرضها بين ١ – ٢ سم ، وتبدو بأشكال حلقية أو بيضوية أو لولبية ( جلد حمار الوحش Zebra Skin ) . وإن وجود الوسوف الطوقية على حواف البقع صفة خاصة مميزة لها . كما تظهر حمامى مسطحة ومفرطة التقرن جزئياً على الوجه والعنق واليدين والقدمين ، وقد تكون العقد اللمفية متضخمة ، وقد يرافقها فرط حمضات في الدم ، إلى جانب حكة واضحة أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد رشاحة لمفاوية حول الأوعية معتدلة وغير نوعية في الأدمة العليا .

### الحمامى الملتفة الدائمة Erythema Gyratum Perstans [ Colcott – Fox 1891 ] :

*المرادفات :* الحمامى الحلقية العائلية [ Beare 1966 ] .

تترافق هذه الحمامى الحلقية بقصة عائلية غالباً . وهي تبدأ باكراً ، وقد تحدث بعد الولادة بفترة قصيرة أحياناً . ومن ناحية أخرى ، تتوافق الصورة السريرية لهذه الحمامى إلى حد بعيد مع الحمامى الحلقية النابذة ، والحدوث العائلي في هذه الإصابة يجدر ذكره . وعلى أية حال ، لم يذكر ترافق هذه الحمامى مع الخباثات الحشوية .

### الحمامى الحلقية الرثوية Erythema Annulare Rheumaticum [ Lehndorff and Leiner 1922 ] :

*المرادفات :* الحمامى الهامشية الرثوية ، الحمامى المتحلقة .

**التعريف** : هي حمامى حلقية أو قوسية الشكل قليلاً ونموذجية تحدث بشكل هجمة بدئية سريعة وتتراجع بسرعة أيضاً . وتتركز لدى الأطفال المصابين بالتهاب المفاصل ( حمى رثوية حادة ) .

**الحدوث** : تصيب هذه الحمامى حوالي ٢٠٪ من مرضى الحمى الرثوية ، ويكثر حدوثها إذا رافقتها إصابة قلبية .

**الإمراض** : من المحتمل أن تنجم عن تفاعل مناعي لمستضدات من العقديات الحالة للدم بيتا زمرة ( آ ) .

**الموجودات السريرية** : تظهر الحمامى الحلقية الرثوية مع بداية حدوث الحمى الرثوية الحادة وتميل للتوضع على الجذع وخاصة حول السرة ، وقد تشاهد في الثنيات المغبنية أو الإبطية أو الوجه أو ظهر اليدين . وتتطور الطفوح الظاهرة المنعزلة من بقع حمراء وردية متعددة ، والتي تمتد سريعاً فتؤدي إلى أشكال حلقية . وإذا تورم هامشها فيمكن استعمال عبارة الحمامى الهامشية الرثوية . وتميل هذه للاتصال ببعضها فتتشكل الطفحيات المنفردة الواضحة وبخاصة بعد التعرض المفاجئ للبرد ( أو بعد خلع ثياب النوم ) ، تكون الحكة غائبة في هذه الإصابة .

**التشريح المرضي النسجي** : يلاحظ توسع في الشعيريات في الطبقة الحليمية مصحوباً بتفاعل التهابي خلوي معتدل من اللمفاويات والناسجات حول الأوعية ولا يرافقه نخر فيبريني .

**السير** : السير في الآفات المنعزلة قصير ( يدوم ساعات إلى عدة أيام ) ، ويحدث التراجع العفوي للطفوح الحادة والناكسة خلال أسابيع وقد يمتد إلى شهور . وتعتبر هذه الطفوح علامة من علامات الحمى الرثوية الحادة ، وتشير إلى وجود التهاب شغاف رثوي . ويمكن لهذا الالتهاب أن يحدث دون إصابة مفصلية . وعندما تتلاشى الحمى الرثوية الحادة تختفي هذه الطفوح مع الحمى .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي الحمامى الحطاطية [ كوكايين ١٩١٢ ] التي تحدث أيضاً في سياق

الحمامى الرثوية الحادة ولكن بشكل نادر جداً . ومثل هذه الحالات تبدي حمامى مرتفعة على المرفقين والركبتين تشبه الحبيبوم الحلقي ، أما الآفات المنعزلة فيها فقد يصل قطرها إلى ٣ ـ ٤ ملم ولكنها تتراجع في حوالي أسبوع واحد .

**المعالجة** : يكون علاج المرض المرافق بالبنسلين ، وإلا يكون العلاج عرضياً .

**الحمامى الهاجرة النخرية Necrolytic Migratory Erythema [ Becker, Kahn and Rothman 1942 ] :**

*المرادفات :* إنتان الجلد السطحي المتحلق بالعنقوديات ، الحمامى النخرية الهاجرة ، مواكب الورم الجلدي الإجباري الخامس .

**التعريف** : هو جلاد أساسي مواكب للأورام ، ويعد مؤشراً لوجود ورم مفرز للغلوكاكون في جزر المعثكلة ، وعادة توجد السرطانة في خلايا جزر المعثكلة أو في خلايا ذيلها .

**الحدوث** : هذا المرض نادر جداً ولكنه نمطي ، ويصيب النساء غالباً بعد الإياس .

**الإمراض** : هناك دليل واضح على علاقة الغلوكاكون بهذه التبدلات الجلدية حيث تختفي الأعراض الجلدية بعد استئصال الورم .

**الموجودات السريرية** : تصاب الأطراف السفلية بهذا الجلاد ، ويتركز في الفخذين والمنطقة الأربية أو في أسفل البطن. وتبدي الإصابة الجلدية لويحات حمامية ذات أشكال غريبة وفي مركزها حويصل غيمي ، يصبح مسطحاً ورخواً عندما تكبر اللويحة وتمتد باتجاه المحيط ، ثم تجف هذه الفقاعة أو تشكل تآكلاً سطحياً تغطيه جلبة ثم يتوسف أخيراً . ويسبب الامتداد المحيطي لهذه اللويحات وشفاء مركزها آفات حلقية أو متحلقة وآفات زاحفة هاجرة . وإن زيادة التجلب في ناحية حول الفم أو حدوث التهاب اللسان ليستا غير شائعتين .

**الأعراض** : تترافق هذه الحمامى بالداء السكري ، وقد ترتفع سرعة التثفل وبخاصة أثناء الهجمات ، كما يرتفع مستوى الغلوكاكون في البلاسما بشكل ملحوظ يصل إلى ( ٠,١ ـ ٠,٣ pg/مل ) وقد تصل القيم ما بين ( ٨٥٠ ـ ٣٠٠٠ pg/مل ) . ويوجد لدى المريض عادة نقص في الوزن ، وفقر دم معند على العلاج ، كما قد يصاب بإسهال متقطع أيضاً مع نقص البوتاسيمية ، وخثارات ، واضطرابات عقلية . وهذه الأعراض تشير إلى متلازمة الغلوكاكون . ومن المهم البحث عن علاقة هذه الجلادات بالسرطانة المعثكلية ،والتي قد توجد في خلايا ألفا أو في خلايا الجزر أو في ذيل المعثكلة . وفي بعض الحالات الخاصة تبين وجود سرطانة في القولون ، وفي حالات أخرى ترافقت الإصابة بالتهاب معثكلة مزمن والتهاب كبد مزمن أيضاً ودون زيادة في مستوى الغلوكاكون ( متلازمة ورم الغلوكاكون الكاذب ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يُلاحظ وجود بثور تحت الطبقة المتقرنة تحوي عدلات ونخر وخلايا بشروية مختلة التقرن . وقد يشبه خلل التقرن هذا الخلايا المنحلة الأشواك في الفقاع الورقي ولكن الومضان المناعي في هذه الإصابة يكون سلبياً .

**السير** : مزمن ، ويتم الشفاء بعد استئصال الورم .

**التشخيص** : يوحي بالتشخيص وجود الحمامى البثرية المتحلقة وظهور الانتباذ المحيطي فيها ، وتوضعها على المناطق النموذجية للإصابة ، وترافقها بعلامات متلازمة ورم الغلوكاكون : الداء السكري ، وفقر الدم ، والتهاب اللسان ، ونقص الوزن ، وإن التبدلات الجلدية نموذجية جداً ، وتكشف فيها المكورات العنقودية غالباً ، كما تغزو المبيضات البيض هذه الآفات أحياناً .

**التشخيص التفريقي** : يؤخذ بالاعتبار أولاً الصداف البثري الشبيه بالحمامى الحلقية النابذة ، ثم الفقاع الورقي ، والبثار تحت الطبقة المتقرنة ، والصداف البثري المعمم ، بالإضافة إلى داء هيلي ـ هيلي إذا توضعت الإصابة في الثنيات ، وأدواء المبيضات في الثنيات ، والتهاب جلد الأطراف المعوي المنشأ (Acrodermatitis Enteropathica) ، وعوز الزنك .

**المعالجة** : استئصال الورم .

*جهازياً :* يمكن تجربة الستيروئيدات .

*موضعياً :* الصادات المناسبة حسب اختبارات التحسس الجرثومي ، والعلاجات المقبضة .

**الحمامى المرتفعة الدائمة Erythema Elevatum Diutinum [ Hutchinson 1878, Crocker and Williams 1894 ] :**

**التعريف** : مرض مزمن متناظر يتظاهر بحطاطات التهابية ، وعقيدات ، ولويحات تصيب الأطراف خاصة ، ويعزى إلى التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض المستمر . ومن المحتمل أن يعزى إلى تفاعل أرجي تجاه الخمج .

**الحدوث** : نادر جداً ، وأكثر شيوعاً لدى الإناث .

**الإمراض** : غير معروف ، وغالباً ما يتلو خمجاً راجعاً . وتعتبر هذه الحمامى شكلاً أرجياً من التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض النخري الذي قد يعزى إلى المعقدات المناعية ، وتلاحظ

تبدلات الرثوية في المفاصل ، كما توجد أضداد للعقديات عنب .

**الموجودات السريرية** : تعتبر السطوح الباسطة للأطراف وخاصة القدمين والركبتين والمرفقين وظهر اليدين الأماكن المفضلة لهذه الحمامى ، وتتظاهر الإصابة بحطاطات على شكل مجموعات أو تنتشر بشكل واسع ، أو تتظاهر بعقيدات أو بويحات مرتفعة ومرتشحة ذات سطح أملس ومركز منخفض غالباً . وتبدو الآفات الحديثة بلون أحمر ساطع ثم يصبح لونها أحمراً مزرقاً أو بنياً محمراً ، أما شكلها فمدوّر إلى بيضوي ، وقد تأخذ أحياناً أشكالاً حلقية أو متعددة الحلقات أيضاً . ويندر حدوث قرحة نزفية فيها ، ويتم الشفاء غالباً بندبة ضمورية بنية . ( راجع الشكل ١٤ - ٤ ) .

**الأعراض** : قد ينتاب المصاب إحساسات بالحرق والتوتر ولا تلاحظ الأعراض المجموعية عادة ، ولكن قد تترافق بالأخماج بالعقديات وبالحساسية أيضاً ، وإن ترافقها مع النقرس والألم المفصلي ( في حوالي ٤٠٪ من الحالات ) ، وعدم التحمل الدوائي يعتبر أمراً هاماً . ولقد ذكر ترافقها مع فرط نظائر بروتينات الدم Paraproteinemia ، والنقيوم ( الرحلان الكهربي المناعي الدموي ) وعوز مضاد الترومبين الثالث أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : يلاحظ عادة التهاب وعائي شديد في اللويحات الباكرة . وتغزو العدلات والحمضات كل الأدمة وتترافق بالتهاب أوعية كاسر للكريات البيض بشكل واضح . وبينما تبدي الآفات القديمة نسيجاً حبيبياً والتهاب أوعية ، وقد تتواجد بلورات الكولسترول في بعض الحالات في النسيج الضام ( داء الكولسترول Cholesterolosis خارج الخلايا : أورباخ ورفاقه ١٩٣٢ ) .

**السير** : السير مزمن لسنوات عديدة . ويمكن للأعراض أن تستمر وأن تختفي ، وقد تنكس ، وأحياناً تشفى الآفات عفوياً .

**التشخيص التفريقي** : هذه المظاهر السريرية والنسجية شائعة الحدوث في حبيبوم شارج - ستراوس Churg - Strauss وفي الحبيبوم الحلقي ، وينظر حديثاً إلى داء الكولسترول خارج الخلايا على أنه شكل من الحمامى المرتفعة الدائمة حيث يكشف فيها كميات وافرة من الشحميات والكولسترول . وكذلك فإن المظهر السريري لهذه الحمامى قد يشبه مظهر الحبيبوم الوجهي أحياناً .

**المعالجة** : يمكن تجربة الصادات والسلفوناميدات ( سلفاميتوكسي بيريدازين أو سلفابيريدين ) وأيضاً السلفون ( الدابسون ٥٠ - ١٥٠ ملغ يومياً ) مع مراقبة التأثيرات الجانبية . وقد تكون الستيروئيدات والأدوية مضادات الالتهاب ضرورية أيضاً بالإضافة إلى حقن معلق من الستيروئيدات القشرية الممدد داخل الآفات ، وقد يفيد معالجة الأخماج بالعقديات بالبنسلين .

## الحمامات العقدية والحمامات عديدة الأشكال Multiform and Nodular Erythemas :

### الحمامى عديدة الأشكال Erythema Multiforme :

*المرادفات :* الحمامى النضحية عديدة الأشكال ( هبرا ١٨٦٦ ) ، وهذه العبارة لها علاقة بنفس المرض وبتعبيراته السريرية المختلفة ؛ المتلازمة الجلدية المخاطية العينية ( فوخ ١٨٧٦ ) ؛ الأدام الظاهر التآكلي حول الفوهات ؛ متلازمة فيسنجر - ريندو ( ١٩١٧ ) ؛ متلازمة ستيفن - جونسون ( ١٩٢٢ ) ؛ والتهاب الجلد والفم ( بادر ١٩٢٥ ) .

**التعريف** : هو مرض حاد يحدث كتفاعل أرجي من طبيعة مميزة وأسبابه الممكنة متعددة . الشكل البسيط ( الشكل الصغير ) منه شائع نسبياً ، ويلاحظ في الربيع والخريف ، أما الشكل الشديد ( الشكل الكبير ) فنادر الحدوث ، ويترافق بالأعراض المجموعية الشديدة ، ويصيب بشكل رئيسي الأشخاص في عمر ١٠ - ٣٠ سنة ، وخاصة الذكور .

**الأسباب** : غير معروفة غالباً .

الأخماج :

قد يحدث هذا المرض خلال سير الأخماج الجرثومية أو الأخماج بالحمات الراشحة .

*الأخماج بالحمات الراشحة :* تحدث الحمامى عديدة الأشكال غالباً في سير الإصابة بالحلأ البسيط ( الحمامى عديدة الأشكال عقب الحلأ ) ، وغالباً توجد قصة سابقة لحلأ بسيط على الشفتين أو أي مكان آخر في الأشكال المعاودة في فصل الربيع والخريف ويظهر بعد أسبوع أو أسبوعين طفح الحمامى عديدة الأشكال . كما لوحظ هذا المرض أيضاً تالياً لأخماج بالحمات الراشحة الأخرى كالحماق ، الحبيبوم اللمفي الزهري الأربي ، التهاب الكبد ب ، الوقس ، النكاف ، كثرة الوحيدات ، التهاب سنجابية النخاع ، الحصبة ، النزلة الوافدة ، وبعد التمنيع ضد الحماق .

*الأخماج الجرثومية :* توجد غالباً أخماج بالعقديات في السبيل التنفسي العلوي ، وإن التهاب اللوزات الحاد أو التهاب الأنف في الطرق الهوائية العليا ( التهاب البلعوم أو التهاب القصبات ) قد يحدث آلاماً رثوانية عابرة في العجز أو العضلات أو المفاصل ،

بالإضافة إلى وهن وحمى متوسطة الشدة ، ثم تظهر الأعراض الجلدية بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسـابيع من حدوث الخمج . ويدعى هذا الشكـل بالنمط الذبحي Anginal Type أو النمط الرثواني . وقد يرتفع عيار الستربتوليزين لدى المصاب . ولا يعاود النمط الذبحي عادة بعد العلاج المناسب . وتحدث الحمامى عديدة الأشكال في سياق الحمى التيفية ، الخناق ، الإفرنجي ، اليرسينية أو التولارمية وداء المشعرات .

وقد وصفت ذات رئة غير نموذجية بدئية بالمُفطُورات (Mycoplasmas) كسبب للأشكال الشديدة من الحمامى عديدة الأشكال ( متلازمة ستيفن - جونسون ) ، وترتفع عيارات CBR تجاه المتدثرات Chlamydia الحثرية لدى هؤلاء المرضى .

*الأخماج الفطرية :* إن أدواء الشعرويات العميقة ، والفطار الكرواني ، وداء النوسجات وغيرها من الآفات الفطرية قد تسبب الحمامى عديدة الأشكال أيضاً .

*الأدوية :*

لوحظ أن الحمامى عديدة الأشكال تثيرها الأدوية غالباً ، وخاصة السلفوناميدات ، الأدوية المثبطة للجراثيم لفترات طويلة ، الهيدانتوئين ، مشتقات البيرازولون ، الباربيتورات ، البنسلين ، الفنيل بوتازون ، الكاربامازيبين ، الفينوتيازينات ، الكينين ، الزرنيخ ، الهالوجينات والبلادونا .

*الأورام الخبيثة :*

الخباثات في الأعضاء الداخلية وخاصة اللمفوم والسرطانات قد تحدث طفحية تشبه حمامى عديدة الأشكال ، وتظهر غالباً بعد المداواة بالتشعيع .

*أمراض النسيج الضام :*

وصف ترافق الحمامى عديدة الأشكال مع الذأب الحمامي ، أو التهاب الشرايين العقيدي ، أو الورام الحبيبي لفاغنر .

**الإمراض** : إن الحمامى عديدة الأشكال عبارة عن طفح سريري ونسجي نموذجي ينشأ عن حالة مفرطة الفاعلية في الجلد ، وتحدث في منطقة الموصل البشروي الأدمي . وقد تحدث أيضاً طفحية من النمط الذبحي وآلام رثوانية في سياق أخماج السبيل التنفسي العلوي بالعقديات . وقد نكتشف وجود الغلوبولين المناعي ومكونات المتممة حول الأوعية بالومضان المناعي المباشر . كما لوحظ زيادة حدوث HLA DRw53 و HLA – Aw33 لدى أشخاص العرق الأبيض المصابين بالحمامى عديدة الأشكال .

**الموجودات السريرية** : تتصف الهجمة الأولية الحادة بآفات متناظرة ، وخاصة على ظهر اليدين والجوانب الباسطة للساعدين وقد يصاب المرفقان والركبتان وظهر القدم وجانبا الوجه والعنق ، كما يمكن أن تصاب الراحتان والأخمصان . وقد تبدو آفات التهابية تآكلية على مخاطية الفم ، والناحية التناسلية والشرجية . ( راجع الشكل ١٤ – ٥ ) .

*الشكل الصغير ( الشكل البسيط ) :* تظهر آفات حمامية ساطعة ، حدودها واضحة على ظهر اليدين ، وسرعان ما تكتسب هذه الآفات مظهراً شروياً ، ثم تكبر هذه اللويحات حتى يبلغ قطرها ١ سم أو أكثر خلال ٢ – ٣ أيام ، ويكون مركزها مسطحاً مزرقاً ، وأحياناً نزفياً ، بينما تبقى حوافها حمراء براقة . وقد تظهر نفاطة في مركزها . وتبدو الآفات الهدفية أو الحدقية المميزة : مركزها نزفي ويترافق بتشكلات حويصلية صغيرة أو كبيرة يحيط بها منطقة مزرقة ، كما تحيط بحدودها الخارجية حمامى ضيقة ، مرتفعة قليلاً حمراء براقة ، وهي الصورة النموذجية متعددة الأشكال .

وقد تنتشر اللويحات على أي سطح أو تحدث في مجموعات أو تلتحم مع بعضها عندما تبدي حوافاً متحلقة ، وقد تظهر أشكالاً حلقية يتراجع مركزها أكثر من المألوف ، وتحدث أحياناً تشكلات نفاطية تحت بشروية بشكل تآكلات على مخاطية الفم وخاصة الشفتين ، وتلاحظ هذه التآكلات بشكل خاص في الحمامى عديدة الأشكال عقب المعالجة ، كما يكون الغشاء المخاطي سلبياً في النمط الذبحي Anginal Type . ( راجع الشكل ١٤ – ٦ ) .

*الشكل الكبير ( الشكل الشديد ) :* وصف هبرا Hebra هذا الشكل الشديد ( ١٨٦٦ ) وكابوزي ( ١٨٧٩ ) ، كما وصف في سياق مترادفات عديدة ، فعبارة متلازمة ستيفن جونسون استعملت في الأدب الإنكليزي والأمريكي . والصورة المميزة لهذا الشكل شديدة وحادة جداً ، يصاب بها كبار الأطفال والبالغين الصغار من الذكور عادة ، وتظهر هذه المتلازمة غالباً بعد خمج بالحلأ البسيط أو بعد تناول أحد الأدوية . تبدأ الإصابة مشابهة للشكل الصغير من الحمامى عديدة الأشكال ، ولكن الآفات تتطور إلى حويصلات أو فقاعات . وتحدث هذه التبدلات في هجمات تدوم من ٢ – ٣ أسابيع ، وتصيب السطوح الانبساطية من الأطراف والمنطقة الأليوية أما إصابتها للجذع فأقل شيوعاً ، كما تصاب الثنيات غالباً . وقد توجد تبدلات شديدة على المخاطيات ( جوف الفم ، السبيل التنفسي ، المخاطية التناسلية والشرجية ) .

*الأغشية المخاطية :* تظهر تآكلات واسعة مترافقة بتشكلات

نفاطية تحت بشروية تغطيها بقايا حويصلية أو ترسبات ليفينية ، وتبدي الشفتين مظهراً مسوداً مدمى وتكون متشققة ومغطاة بجلب ويعد ذلك ذا أهمية تشخيصية . ويغدو فتح الفم وتناول الطعام مؤلماً جداً ومسبباً للنزف ، وقد يحدث نقص وزن سريع ، وتظهر علامات التجفاف بسبب صعوبة تناول الطعام والسوائل . ويصاب الغشاء المخاطي للبلعوم والرغامى ، كما تحدث تآكلات وتقرحات على المخاطية التناسلية والشرجية ، وتترافق بجلبات فيبرينية بقعية .

*الإصابة العينية* : تشاهد هذه الإصابة في أكثر من ٩٠٪ من المرضى ، وتكون معظم الإصابات مثل التهاب الملتحمة النزلي أو القيحي . وتتطور الإصابة بظهور سلاسل شديدة من حويصلات في الملتحمة ، وحدوث التصاق في الملتحمة ، والتهاب في القرنية والقزحية والعنبية مع قرحات قرنية . ومع النكس المتكرر للإصابات ، قد يختلف مكان الآفات . ومن النادر حدوث عتمات قرنية دائمة ، أو التصاق في القزحية ، ولكنها شديدة في نكسها . أما الحالات التي تترافق بإصابة فموية أو عينية شديدة فتدعى متلازمة فوكس Fuchs' Syndrome . ( راجع الشكل ١٤ – ٧ ) .

*الموجودات العامة* : المصاب عليل جداً ، ويعاني من ضعف ، وصداع وحمى عالية ، وتعزى المضاعفات إلى الالتهاب القصبي الرئوي أو إلى الإصابة الكلوية التي تترافق ببيلة دموية ، أو إلى النخر الأنبوبي في القصور الكلوي ، وإضافة إلى ذلك قد يظهر قصور دوراني سمي في الأشكال الشديدة . وقد تستمر هذه الحالة الشديدة حوالي ٦ أسابيع . والمعاودة شائعة تماماً . وخاصة بعد ٩ – ١٢ يوماً من الإصابة بالحلأ البسيط المعاود على الشفتين .

**الأعراض** : لا تحدث الآفات الجلدية في البداية أية آلام شخصانية ، وقد تترافق بحكة بسيطة . وعندما تظهر النفاطات والسحجات يحدث الألم وتشفى الآفات الجلدية دون ندبات ، ولكنها تترك فرط تصبغ بسيط ودائم أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدو التبدلات الأولية على شكل توسعات وعائية تترافق برشاحة حول الأوعية تسودها اللمفاويات في الأدمة العلوية ، وتميل للتسرب الخلوي . وقد نلاحظ كريات حمراء أيضاً ، وعدلات أحياناً ، أما الحمضات فغائبة . وفي مركز الآفات ، يحدث تنكس زجاجي وفجوي في البشرة السفلية والغشاء القاعدي . وتوجد معقدات خلوية بشروية نخرية أيضاً كما في متلازمة لايل . وفي الحالات الشديدة ، يمكن للبشرة كلها أن تصبح نخرية . ويشاهد انفصال تحت بشروي في الموصل البشروي الأدمي ، ويعزى للالتهاب تحت البشروي ، وتظهر أيضاً خيطان فيبرينية في الفقاعة .

**السير** : يختلف السير من مريض إلى آخر .

في الحالات البسيطة ، قد تحدث الآفات المميزة فقط على ظهر اليدين أو الراحتين ويشفى المرض قريباً . وفي الحالات الأخرى ، تظهر الآفات الأكثر شدة وتترافق بتبدلات بسيطة على الشفتين أو على مخاطية الفم .

تتصف الأشكال الشديدة بآفات جلدية واسعة الانتشار تميل نحو تبدلات فقاعية أو نزفية . وقد توجد تبدلات شديدة على مخاطية الفم ( ١٠٠٪ من الحالات ) ، والعينين ( ٩١٪ ) ، والمخاطية التناسلية ( ٥٠٪ – ٦٠٪ ) بالإضافة إلى التهاب القصبات ( ٦٪ ) ، وذات الرئة ( حوالي ٢٠٪ ) ، والحمى المرتفعة .

**الإنذار** : الإنذار في الحمامى عديدة الأشكال جيد عادة . ويبلغ معدل الوفيات في الأشكال الشديدة غير المعالجة حوالي ٥٪ . ويجب أن يوضع هؤلاء المرضى في المشفى سريعاً ما أمكن .

**التشخيص التفريقي** : إن الأشكال الفقاعية والتي تتظاهر آفاتها على اليدين وفي الفم ، غالباً ما يعتقد أنها داء الفم والقدم ، وقد توجد صعوبات في تفريقها عن الفقاع الشائع إذا كانت الإصابة الحادة مقتصرة على المخاطيات . ويمكن للفقاعاني الفقاعي أن يعطي صورة مشابهة للحمامى عديدة الأشكال بسبب الصفة متعددة الأشكال لطفحه الحاد . وعلى أية حال ، فالفقاعاني الفقاعي يصيب الكهول وسيره مزمن ، كما يترافق بأعراض مجموعية فعلية . ويؤخذ بالاعتبار تعدد الأشكال في التهاب الأوعية الأرجي الكاسر للكريات البيض ، أو التهاب الجلد الحلئي الشكل ( دورينغ ) . أما داء الفم واليد والقدم الذي تحدثه الحمات كوكساكي $A_{16}$ أو $A_5$ أو $A_{10}$ فيتظاهر بالتهاب فم مؤلم دون إصابة الشفة ، ويترافق بحويصلات مسطحة على اليدين والقدمين تحدث خلال أسبوع إلى أسبوعين من بدء الإصابة ، ولكنه لا يتظاهر بآفات عديدة الأشكال على الأطراف .

**المعالجة** : تتناسب المعالجة وشدة المرض .

*المعالجة الجهازية* : ينصح في الأشكال المعاودة الخفيفة من الحمامى عديدة الأشكال عقب علاجها ، بإعطاء النيكوتيناميد ( ١٠٠ – ٢٠٠ ملغ ٣ مرات/يومياً ) ومشاركته بحمض الفوليك ( ٥ – ١٠ ملغ ٣ مرات/يومياً ) . ولا توجد نتائج موثوقة بإعطاء اللقاحات تجريبياً ( لقاح الحماق ) . أما الأدوية

المضادة للالتهاب مثل أوكسي فين بوتازون ، الاندوميتاسين ، ديكلوفيناك ، أو بيروكسيكام فيجب استعمالها فقط مع المراقبة الدقيقة بسبب تأثيراتها المحسسة أيضاً . وتعتبر الستيروئيدات القشرية علاجاً انتقائياً في الشكل الشديد ، وتعطى في البداية بجرعات يومية عالية ( ٦٠ – ٨٠ – ١٢٠ ملغ بردنيزولون أو جرعات معادلة ) ، ثم تخفض الجرعة خلال ٢ – ٣ أسابيع . ويعتقد بعض المؤلفين أن الستيروئيدات غير فعالة . وقد تعطى الصادات واسعة الطيف للوقاية من الأخماج الجرثومية الثانوية ، ولا يعطى البنسلين أو الأمبيسلين بسبب خطورة التفاعل الأرجي . وينصح بالأسيكلوفير الفموي أو الوريدي إذا وجدت إصابة بالحلأ البسيط . وينصح أيضاً بالراحة في السرير في كل الحالات الشديدة ، بينما يتطلب التجفاف والقصور الدوراني علاجاً طبياً عاماً ومناسباً . ويجب الانتباه إلى تناول المريض للطعام والسوائل ( طعام سائل ) المناسبة ، وقد تدعو الحاجة إلى تغذية غير فموية لفترة قصيرة عن طريق الوريد وذلك في الحالات الشديدة .

*الموضعية :* يمكن أن تعالج الطفوح الحمامية والنفاطية بالبودرة أو دهون الزنك أو دهونات من الستيروئيدات . وتعالج السطوح المتآكلة بالصادات ( مراهم ، كمادات رطبة زيتية ) لتجنب الأخماج الثانوية ، وقد يفيد استعمال أسيكلوفير موضعياً أو رهيم أيودوكسيريدين يومياً في الآفات الحلئية . وينصح أحياناً بصبغة مطهرة للتجفيف . وإذا وجدت أعراض في مخاطية الفم ، فينصح بالمسح المتكرر بالمطهرات الخفيفة ، وقبل الطعام يمسح الفم بمحلول مخدر ( سائل أو هلامة من الكسيلوكائين ) فقد يفيد ذلك في السيطرة على الألم . أما الجلب المؤلمة على الشفتين فيمكن علاجها بالمزلقات . ويستشار طبيب العينية على الفور إذا أبدت العينان أعراضاً ، ومن الضروري في كل الحالات الشديدة أن يشارك فيها اختصاصي بالطب الباطني .

**الوقاية :** يجرب السيكلوفير الفموي للوقاية من حدوث الحمامى عديدة الأشكال المرافقة للحلأ ، وفي بعض الحالات تتكلل التجربة بالنجاح .

## داء كاوازاكي Kawasaki's Disease [ Kawasaki et al, 1974 ] :

*المرادفات :* متلازمة اعتلال العقد اللمفية الجلدية المخاطية الحمي الحاد ، متلازمة العقد اللمفية الجلدية المخاطية .

**التعريف :** مرض حاد يتظاهر في الطفولة الباكرة بطفح ظاهر وطفح باطن وتظاهرات داخلية وتبدلات في العقد اللمفية ، و لم يثبت سبب له ، ويفترض أنه مرض خمجي حاد .

**الحدوث :** عُرف هذا المرض منذ بضعة سنوات في اليابان ( أكثر من ٣٠,٠٠٠ تقرير ) وقد لوحظ منذ وقت قريب في الولايات المتحدة ، وجمهورية ألمانيا الفيدرالية . يصيب الأطفال في أعمار ١ – ١٠ سنوات ، ويفترض فيه مسؤولية الحمات الراشحة والجراثيم ( الجراثيم البروبيونية ) ، ومع ذلك قد ينجم أيضاً عن تفاعل نوعي لأذيات مختلفة ، كما يوجد فيه تفضيل بسيط لإصابة الذكور .

**الموجودات السريرية :** يبدأ المرض بحمى معندة على الصادات تدوم أسبوعاً إلى أسبوعين ، ويظهر الالتهاب ( الاحمرار ) في الملتحمة ، وفي مخاطية الفم على شكل جفاف الشفتين واحمرارهما ، والتهاب في الفم والبلعوم .

*الجلد :* يبدي الجلد طفحاً عديد الأشكال يشبه الحمى القرمزية أو الحمامى عديدة الأشكال ، وتشاهد حمامى متناظرة في الراحتين والأخمصين ، تتوذم ثم تجف بعد ٢ – ٣أسابيع ، كما تتضخم العقد اللمفية الرقبية الأمامية بشكل حاد ، ويظهر طفح نموذجي حول الشرج .

*الأعراض الأخرى :* ترتبط هذه الأعراض بشكل مهم بالتبدلات المجموعية مثل التهاب العضلة القلبية ، التهاب الشرايين الإكليلية ، الإسهال ، الألم المفصلي أو التهاب المفصل ، وقد يشير تيبس العنق أحياناً إلى التهاب الدماغ العقيم .

**الموجودات المخبرية :** الموجودات المخبرية النموذجية : بيلة بروتينة ، بيلة كريات بيض ، وكثرة الكريات البيض مع زيحان لليسار ، وزيادة واضحة في سرعة التثفل ، وارتفاع الغلوبولين ألفا ٢ وأحياناً ترتفع ناقلات الآمين في المصل والبيلروبين ، وقد تشاهد كثرة الصفيحات منذ الأسبوع الثاني للمرض .

**الدلائل التي تؤدي إلى التشخيص :** توجد على الأقل خمسة أعراض أساسية مدرجة في الأسفل ( وضعها كيمورا ورفاقه ١٩٨٨ ) مقنعة في وضع تشخيص داء كاوازاكي . وعلى اية حال ، يكتفى بأربعة أعراض أساسية لإثبات الإصابة بهذا المرض عندما يثبت وجود أم دم إكليلية بواسطة تخطيط صدى القلب ثنائي البعد ، أو تصوير الأوعية الإكليلية .

*الأعراض الأساسية :*

- حمى مستمرة مدة ٥ أيام أو أكثر .
- تبدلات القسم المحيطي من الأطراف .
  المرحلة البدئية : احمرار الراحتين والأخمصين ، وذمة جاسئة .
  مرحلة النقاهة : توسف غشائي في نهايات الأصابع .
- طفح عديد الأشكال ( موجود في ٩٠٪ من المرضى ) .

- حقن متحمة ثنائي الجانب .
- تبدلات في الشفتين والحفرة الفموية : احمرار الشفتين ، لسان التوتي .
- حقن منتشر في مخاطية الفم والبلعوم .
- عتلال العقد اللمفية الرقبية الحاد اللا قيحي .

*الأعراض أو الموجودات المميزة الأخرى :*

- القلبية الوعائية : الإصغاء ( نفخة قلبية ، نظم غالوب ، أصوات القلب البعيدة ) . تبدلات مخطط القلب الكهربي ( مسافة PR – QT متطاولة ، موجة Q شاذة ، انخفاض الفولتاج ، تبدلات ST – T ، اضطراب في النظم ) ، موجودات صورة الصدر الشعاعية ( ضخامة في القلب ) ، موجودات الإيكو ٢ – د ( انصباب تأمور ، أم دم إكليلية ) ، أم دم في الشرايين المحيطية غير الإكليلية ( الإبطية ، وغيرها ) ، ذبحة صدرية ، أو احتشاء عضلة قلبية .
- السبيل المعدي المعوي : إسهال ، إقياء ، آلام بطنية ، استسقاء مرارة ، علوص Ilaus شللي ، يرقان خفيف ، زيادة بسيطة في ناقلات الآمين المصلية .
- الدموية : كثرة البيض مع زيحان لليسار ، كثرة الصفيحات ، زيادة سرعة التثفل ، إيجابية CRP ، نقص بروتينات الدم ، زيادة ألفا غلوبولين ، نقص بسيط في الكريات الحمر ومستويات الخضاب .
- البولية : بيلة بروتينية ، زيادة الكريات البيض في ثفالة البول .
- الجلدية : احمرار وجلبات في مكان حقن ب . ث . ج ، بثور صغيرة ، أثلام مستعرضة في أظافر الأصابع .
- التنفسية : سعال ، ثر أنفي ، ظلال شاذة في صورة الصدر الشعاعية .
- المفصلية : ألم ، تورم .
- العصبية : داء الخلايا وحيدات النوى الوافر في السائل النخاعي ، اختلاج ، فقد الوعي ، شلل وجهي ، شلول الأطراف .

**الإنذار** : حسن في الإصابة الحادة المألوفة ، وعملياً يعتمد الإنذار على التظاهرات المجموعية للأعضاء ، وخاصة القلب . وتبلغ نسبة الوفيات ١٪ – ٢٪ ، وتعزى إلى أم دم في الشريان الإكليلي .

**التشخيص التفريقي** : الاحتمالات عديدة ، ويجب أن يعطى اهتمام خاص للحمى القرمزية السمية ، متلازمة الجلد السمطي بالعنقوديات ، (SSSS) ، متلازمة الصدمة السمية (Tss) ، الحمامى عديدة الأشكال (EM) ، انحلال البشرة النخري الانسمامي (TEN) ، داء وحيدات النوى الخمجي ، داء البروسيلات ، داء رالبريميات ، الأخماج بالمفطورات Mycoplasmas ، التيفوس ، الحمى الرثوية الحادة ، داء الفم واليد والقدم ، داء ويسلر Wissler أو داء ستيل .

**المعالجة** : عرضية ، تعطى الساليسيلات غالباً ( ٣٠ - ١٠٠ ملغ/كغ من الوزن يومياً ، مدة شهرين على الأقل بعد تراجع الحمى ) ، وإن إعطاء غاماغلوبولين وريدياً بالإضافة للساليسيلات قد يقي من إصابة الشريان الإكليلي . ويجب أن يوضع تحذير من المعالجة بالستيروئيدات لأنها تزيد من حدوث الصمات ، وبدلاً عنه ينصح بإعطاء الأدوية مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية وخاصة الساليسيلات .

## الحمامى العقدة Erythema Nodosum [ William 1789, Hebra 1866 ] :

*المرادفات :* الحمامى رضية الشكل ، التهاب الجلد رضي الشكل .

**الحدوث** : شائع كثيراً ، وبشكل رئيسي في الإناث ( ٦ : ١ ) وخاصة في البالغين وصغار الكهول ، يحدث المرض بشكل رئيسي في الشهور الست الأول من السنة .

**الإمراض** : الحمامى العقدة عبارة عن تفاعل أرجي عديد الأسباب وذات سير إمراضي متماثل ، ولم يثبت بعد إذا كانت الحمامى العقدة مرضاً مناعياً حصراً ، تترسب فيه المعقدات المناعية في الأوعية الدموية وفي الطبقة العميقة من الأدمة والنسيج الشحمي ، فتحدث استجابة التهابية في النسج ، أو أنها تفاعل أرجي من النمط المتأخر ( نمط كومبس – جل ، التفاعل الرابع ) .

**السببيات** : تنجم الحمامى العقدة عن عوامل سببية مختلفة ومتعددة :

*التدرن :* يجب أن ينظر إلى الحمامى عديدة الأشكال كتعبير عن إصابة درنية في الأطفال والبالغين حتى سن الثلاثين ، وتظهر هذه الإصابة خلال سير الخمج البدئي ، ويصبح تفاعل السلين داخل الجلد إيجابياً خلال سير المرض ، وقد أصبح هذا الشكل نادراً .

*الأخماج بالعقديات :* قد تكون الحمامى العقدة تفاعلاً جلدياً في السلسلة التالية من الأحداث : أخماج السبيل التنفسي العلوي بالعقديات – آلام رثوانية – حمامى عقدة . تعتبر الحمامى

العقدة حالياً الشكل الأكثر شيوعاً في الأطفال والشباب كتفاعل أرجي يثار بالعقديات ، ويظهر بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع من الخمج ، وقد يترافق بحمى رثوية .

*الغرناوية :* إذا أصابت الحمامى عديدة الأشكال صغار البالغين ، والبالغين الكبار ، فيجب أن نفكر بالغرناوية . وفي إسكندنافية ، تعتبر الغرناوية السبب الرئيسي للحمامى العقدة . انظر أيضاً متلازمة لوفغرين .

*الخمج باليرسينية :* لوحظ حديثاً زيادة في ظهور الحمامى العقدة في أخماج اليرسينية في الدول الإسكندنافية ، فرنسا ، إنكلترا ، وألمانيا الفيدرالية . وتوجد لدى المصاب قصة إسهال سابقة ، ويمكن لاختبارات الجلد الإيجابية وتفاعل التراص أن تثبت التشخيص المشكوك به بسبب التفاعل الأرجي لليرسينية المعوية القولونية .

*داء المقوسات Toxoplasmosis :* مرض نادر ؛ ولكنه ممكن إذا ترافق بحمى وتفاعل في العقد اللمفية .

*الأخماج الأخرى :* قد تشاهد الحمامى العقدة خلال سير الحبيبوم اللمفي الأربي ، أو حمى خمشة القطة ، أو الطيرية Ornithosis .

*داء كراون :* من المتوقع ترافق هذا الداء مع الحمامى العقدة في ١٪ — ٢٪ من المرضى ، وقد تكون المظهر الأولي لهذا الداء .

*الأسباب الأخرى :* قد تحدث آفات جلدية من نمط الحمامى العقدة خلال سير الفطارات العميقة ، الاعتلالات المعوية ، والخباثات بالإضافة إلى الأدوية . وقد لا تبدي هذه الآفات الصورة المدرسية للمرض ، ولهذا من الأفضل أن يرمز إليها بالحمامى العقدة .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ — ٨ ) . قد تكون بوادر الحمامى العقدة الناجمة عن العقديات خفيفة أو غائبة ، وتظهر الأعراض الجلدية بعد ٢ — ٣ أسابيع من خمج السبيل التنفسي العلوي ومن حدوث آلام رثوانية ، وفي الحمامى العقدة التي ترافق التدرن ، يمكن كشف المعقد الأولي الدرني في الأطفال وصغار البالغين المصابين بهذه الحمامى .

يبدي المصاب بالحمامى العقدة ضعفاً ودعثاً وترفعاً حرورياً ( بين ٣٨° و ٣٩° ) ، بالإضافة إلى عقيدات ممضة ، صلبة ، يتراوح حجمها بين حبة البازلاء والجوزة ، حمراء اللون ، ومتناظرة ، حدودها غير واضحة ، وتحدث بشكل حاد ، وتصيب الساقين وحول مفصل الركبة والكاحل . وقد تكون هذه العقيدات جلدية أو تحت جلدية ، محسوسة ومرتفعة قليلاً فوق سطح الجلد ، ومؤلمة جداً إذا ضغطت بالأصبع ، وحارة أيضاً . وقد تحدث عقيدات جديدة خلال الأيام القليلة التالية ، بينما تصبح الآفات الأولية أكبر حجماً . وتحدث خلال سير المرض تبدلات لونية نموذجية ، ففي البداية يكون لون الآفات أحمراً مزرقاً ساطعاً ، ثم يصبح مصفراً أو مخضراً بسبب تحطم الهيموغلوبين وشبيهاً بما يحدث في ارتشاف الأورام الدموية ( الحمامى رضية الشكل ) .

وأخيراً قد تظهر عقيدات بنية أو زرقاء داكنة على الساعدين والناحية الأليوية ( وأعظمها خلال المرحلة الأخيرة ) . والنقطة الهامة هي عدم تقرح هذه العقيدات ، كما يكون التراجع سريع الحدوث . ويمكن تمييز الآفات القديمة بفرط التصبغ عقب الالتهاب أو بالتوسف البسيط لبعض الوقت ، ويتراوح سير الإصابة عادة بين ٣ — ٦ أسابيع ، والنكس فيها نادر . ويترافق حدوث الحمامى العقدة مع الحمامى عديدة الأشكال بنسبة ١٠٪ كما في الحالات التي تنجم عن داء النوسجات .

في الحمامى العقدة الهاجرة ( Bäfverstedt ١٩٥٤ ) ، ( المرادفات : التهاب السبلة الشحمية الهاجرة ، ١٩٦٠ Vilanova ) ، تحدث الآفات وحيدة الجانب ، وتميل للهجرة بطيئاً على الناحية الوحشية والأمامية للساق ، وتصاب النساء عادة ( في كثير من الحالات خلال الحمل ) ، وقد يرافقها حساسية للعقديات .

تعتبر متلازمة لوفغرين Löfgren's Syndrome ( ١٩٤٦ ) ظاهرة للغرناوية ، وهي أكثر حدوثاً في النساء ، وتبدي ترافق أعراض الحمامى العقدة مع عقد لمفية متضخمة نقيرية ثنائية الجانب . ويكون تفاعل السلين سلبياً في هؤلاء المرضى غالباً . وتكون التبدلات النسجية نموذجية للغرناوية في خزعة الجلد أو الكبد أو العقد اللمفية .

**الأعراض** : تتوافق أعراض الحمامى العقدة مع أسبابها ، فالبوادر قد تكون بسيطة أو غائبة ، وقد يشكو المريض من ضعف ، أو دعث ، أو صداع ، أو حمى خفيفة في بداية الهجمة الحادة لهذا المرض . وقد يصبح كل من الصداع والآلام المفصلية شديداً ، ويعتبر ارتفاع سرعة التثفل علامة تشخيصية مميزة ، وإن تجاوزها ١٠٠ ملم/ساعة ليس بغير شائع . ويرتفع عيار الستربتوليزين في الأخماج بالعقديات وقد تبقى طبيعية في أحوال أخرى ، أما كثرة العدلات فكثير الحدوث .

**التشريح المرضي النسجي** : تلاحظ رشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية ونزف في الأدمة السفلى وفي حجب النسيج الشحمي تحت الجلد ، وتترافق بتفاعل حبيبومي ثانوي والتهاب وريدي . ونادراً ما يشاهد التهاب السبلة بالعدلات وبالحمضات أيضاً ، وأخيراً تسود الناسجات في الرشاحة . وتعتبر عقيدات ميسنر الشعاعية والتي تتألف من بالعات حول الأوعية الصغيرة ، نموذجية ولكنها نادرة ، ولهذا فهي علامة لا يمكن الاعتماد عليها . وتشاهد أيضاً حبيبومات غرناوية في مرضى الغرناوية أو داء كرون .

**السير** : يحدث الشفاء العفوي عموماً خلال ٣ ــ ٦ أسابيع ، ورجعة الداء ممكنة ، وحدوث التقرح نادر جداً ، والإنذار حسن .

**التشخيص التفريقي** : من الضروري معرفة القصة المرضية بالتفصيل ، فالشكل الناجم عن العقديات أسهل تشخيصاً لوجود الذباح في الحلق ، والتهاب الحلق ، والآلام المفصلية ، والطفح الجلدي . ومن الضروري أيضاً استبعاد المعقد البدئي الدرني لدى المرضى حتى بلوغهم سن الثلاثين من عمرهم .

وفي البالغين ، يجب أن ينظر إلى الغرناوية بعين الاعتبار ، وحديثاً أصبحت اليرسينية أكثر شيوعاً ، ويعتبر الإسهال لمدة ثلاثة أسابيع قبل بداية المرض مؤشراً لهذا التشخيص .

وما عدا ذلك ، من الضروري تمييز الجلادات العقيدية التي تصيب الساقين . فالحمامى الجاسئة تتصف بإزمانها ، وبغياب الألم فيها ، وتصيب هذه العقيديات الوجه الخلفي للساقين ، وهي بطيئة التطور في النساء الشابات ، وتميل هذه العقيدات للتقرح . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الأشكال الأخرى من التهاب السبلة الشحمية ، والتهاب الأوعية العقيدي ، والتهاب محيط الشريان العقد الجلدي . وجميع هذه الأعراض مزمنة على أية حال . أما الصموغ الإفرنجية فغير متناظرة ومصطبغة وتميل للتقرح .

**المعالجة** : ينصح بالراحة في الفراش في كل الحالات .

*المعالجة الجهازية* : ينصح بإعطاء الساليسيلات ، ولكن مضادات الالتهاب الأخرى مثل الأوكسي فين بوتازون ، الإندوميتاسين ، أو الإيكلوفيناك غير مفيدة ، يضاف إلى ذلك خطورة التفاعل الأرجي الإضافي . هذا ويجب أن لا ننسى أن الحمامى العقدة قد يترافق حدوثها مع الحمامى عديدة الأشكال . وينصح بإعطاء يوديد البوتاسيوم ٣٠٠ ــ ٦٠٠ ملغ يومياً ولمدة عدة أيام وحتى ثمانية أسابيع . وفي المرضى الخارجيين ، من الضروري استعمال العَصَائب الداعمة المطاطية ، وقد يعطى البردنيزولون في الحالات الشديدة .

*المعالجة الموضعية* : قد يستعمل رهيم ستيروئيدي مع ضماد بلاستيكي ، كما تفيد الضمادات الرطبة أيضاً .

## الحمامات العقيدية Nodular Erythemas :

يقصد بعبارة الحمامى العقيدية التفاعلات الجلدية من نمط الحمامى العقدة المتناظرة والحادة والشبيهة بآلية التفاعل الأرجي مفرط الفاعلية ( تفاعل الطفحة Id reaction ) . وتتميز عن الحمامى العقدة بغياب المظهر الرضي ، وعدم تفضيلها لإصابة الساقين ، وبميلها الكبير للانتشار على الأطراف العلوية والسفلية ، ويطلق بعضهم عليها تسمية التهاب الأوعية العقيدي .

### الحمامى العقيدية كتفاعل طفحي :

تشاهد هذه الحمامى في الفطور العميقة ( الشعروية العميقة ، داء النوسجات ، الفطار الكرواني ) ، وفي الآفات المعدية المعوية كالتهاب القولون القرحي ، وفي داء كرون بنسبة ١٪ ــ ٢٪ ، وفي الخباثات ( الحبيبوم اللمفي الخبيث ، ابيضاضات الدم ) .

### الحمامى العقيدية الدوائية :

في هذه الحالة ، يوجد فيها اختلاف شكلي واضح عن عقيدات الحمامى العقدة النموذجية ، فعدد العقيدات قليل ، وقد تصاب بالنخر ، ويغيب المظهر الرضي فيها إضافة إلى البوادر الأخرى من حمى وضعف وكثرة البيض . تتراجع الإصابة سريعاً عندما يسحب الدواء ، وتحدث هذه الحمامى العقيدية خصوصاً بمانعات الحمل ، اليود ، البروم ، الساليسيلات ، خافضات الحرارة ، الفيناستين ، والسلفوناميدات .

### الحمامى العقيدية في الأمراض الحمجية :

هذا الشكل من الحمامى العقيدية شائع الحدوث خلال سير الحمى القرمزية ، والحصبة ، والنزلة الوافدة ، والحمى التيفية ، والإفرنجي الثانوي ، والجذام ، وداء رايتر أو السيلان البني .

### الحمامى العقيدية في الأمراض الإنتانية :

وهي نادرة جداً .

**المعالجة** : يكون العلاج حسب المرض المرافق للإصابة أو بسحب الدواء ، وفي حالات أخرى يتم العلاج فيها كما في علاج الحمامى العقدة .

**الجلاد العدل الحمي الحاد Acute Febrile Neutrophilic Dermatosis [ Sweet 1964 ] :**

*المرادفات :* متلازمة سويت .

**التعريف :** مرض حاد عديد الشكليائية ، والإمراض فيه أرجي خمجي .

**الحدوث :** هذا المرض نادر ، ونسبة المرضى من الإناث عادة ( ٥ : ١ ) وفوق سن الثلاثين .

**الإمراض :** من المحتمل حدوثه بآلية أرجية خمجية ، ويبدي بعض الشبه بالتهاب الأوعية الأرجي ، كما يكتشف المعقد المناعي في البثور بطريقة الومضان المناعي . ومن المحتمل أنه مرض بالمعقدات المناعية ومثاله تفاعل كومبس وجل من النمط الثالث .

**الموجودات السريرية :** ( راجع الشكل ١٤ — ٩ ) . إن المظاهر الجلدية لهذه الإصابة تتلو الأخماج التنفسية عادة . وفي بعض الحالات كشفت اليرسينية ، وبعد فترة غير عرضية تتراوح بين ١ — ٣ أسابيع من ظهور الخمج ، يصبح المريض عليلاً ، محموماً ، وتترافق بكثرة العدلات في الدم وبطفح متعدد الأشكال . ويظهر لدى المريض آفات حمامية حمراء اللون داكنة ومؤلمة ، تكبر تدريجياً وتصيب الوجه والأطراف خاصة مع ميلها لإصابة السطوح الانبساطية والأمامية ، بالإضافة لإصابة أعلى الجذع والعنق . وأحياناً تظهر لدى المريض حطاطات ولويحات مرتشحة وذمية وتترافق بسطوح التهابية حمراء غير مستوية ( تشبه الحويصلات ) . وقد تتطور إلى بثور . وهذا يعطي الإصابة مظهراً متعدد الأشكال ، ولكن لا تشاهد فيه أبداً الآفات القزحية النموذجية في الحمامى عديدة الأشكال ، وقد تلاحظ أحياناً آفات عدية الشكل على العنق وحمامى عقيدية على الساقين ، ويحدث التراجع في مركز الآفات ، وتوسف طوقي الشكل أحياناً .

**الأعراض :** تتألف الأعراض الشخصانية من ألم بالضغط ، وتوتر في اللويحات الوذمية والمرتشحة بشدة ، وقد تستمر الحمى أسبوعاً إلى أسبوعين دون علاج ، وتكون سرعة التثفل عالية جداً ، وتكثر البيض وتصل نسبة العدلات بين ٧٠٪ إلى ٩٠٪ ، وأحياناً تترافق بإصابة مفصلية أو كلوية .

**التشريح المرضي النسجي :** يبدي خطل تقرن بؤري وبثور داخل البشرة وتحت بشروية مع رشاحة شديدة بالعدلات حول الأوعية والغدد ، وتترافق أحياناً بتكسر وافر في الكريات البيض في الأدمة العليا والمتوسطة . وأخيراً يحدث ارتشاح تغلب فيه اللمفاويات والناسجات . ولا تترافق الإصابة بالتهاب أوعية نموذجي كاسر للكريات البيض وفيبريني ، وقد تظهر ترسبات $C_3$ في جدر الأوعية بطريقة الومضان المناعي .

**السير :** قد تستمر اللويحات عدة أسابيع ، وحتى شهرين أحياناً إذا لم تعالج هذه الآفات . وقد يكون هناك ميلاً لعودة الإصابة بعد تراجعها ، وتشفى الآفات الجلدية دون أثر .

**الدلائل التي تقود إلى التشخيص :** حدوث خمج في السبيل التنفسي العلوي والسبيل المعدي المعوي ( مثل اليرسينية ) يتبعها فترة لا عرضية من ١ — ٣ أسابيع . ثم يبدأ المرض بهجمة حادة تترافق بحمى وكثرة العدلات في الدم مع ارتفاع في سرعة التثفل .

**التشخيص التفريقي :** يجب تفريقها عن الحمامى عديدة الأشكال ، والحمامى المرتفعة الدائمة ، وأيضاً الإنتانمية ( إنتان الدم ) ، والذأب الحمامي المجموعي ، والحمامى العقيدية . ولوحظت آفات من هذا النمط في ابيضاض الدم ذو الخلايا المشعرة أو في الطور قبل الابيضاضي أو الابيضاضي من الابيضاض النقياني الحاد ، وقد يلتبس مع تقيح الجلد المواتي الفقاعي .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* الستيروئيدات ( بردنيزولون ، الجرعة الأولية ٦٠ — ٨٠ ملغ/يومياً ، ثم تخفض الجرعة أخيراً ) لمدة ٢ — ٣ أسابيع ، أما الصادات فغير مؤثرة . يمكن تجربة الكولشيسين ( ١,٥ ملغ يومياً ) أو يوديد البوتاسيوم ( ٦٠٠ — ٨٠٠ ملغ يومياً ) . ويجب تطبيق العلاج الكيماوي ضد الابيضاض المرافق عند الضرورة .

*المعالجة الموضعية :* رهيمات من الستيروئيدات و/أو دهون الزنك .

**النخالية الوردية Pityriasis Rosea [ Gibert 1860 ] :**

**التعريف :** هي جلاد التهابي حاد تتظاهر بآفات حمامية وسفية نموذجية ومنتشرة بشكل متناظر ، وخاصة على الجذع . سيرها محدود ، وتحدث لدى الشباب ، ومن المحتمل أن تكون ذات منشأ خمجي .

**الحدوث :** النخالية الوردية جلاد شائع في كل أرجاء العالم ، ويوضع تشخيصها في حوالي ١٪ — ٢٪ من مرضى العيادات الجلدية . وهي شائعة في أشهر الخريف والشتاء ، ولقد لوحظت حوادث متعددة وخاصة في الذين يعيشون قرب بعضهم ( العائلات ، المدارس ، العمل ) .

**الأسباب والإمراض :** الأسباب غير معروفة ، ويشتبه بالمنشأ

خمجي ولكن الدليل النوعي على ذلك غير متوفر . وإمراضياً يختص أنه تفاعل من النمط المتأخر ( تفاعل كومبس وجل ، النمط الرابع ) ، ويبدو أن العوامل الوراثية غير سائدة . ومن المحتمل شيوع الإصابة في التأتبيين ، ويقترح أيضاً أن عوامل الشدة والحمل قد يسرع من حدوث هذه الإصابة .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض بلا أعراض بلويحة بدئية نموذجية ( الميدالية الكبيرة ) أو ببقعة الطليعة على الجذع وعادة على القسم العلوي منه ، وتكون البقعة البدئية أكبر من الآفات الطفحية المتأخرة ، وهي بيضوية الشكل وقطرها ٢ – ٧ سم ، ولونها أحمر ساطع ثم يصبح وردياً شاحباً ، ومركزها منخفض قليلاً تستره وسوف نخالية الشكل ، بينما تبدي حوافها حلقة وسفية ذات وسوف منفصلة عنها وباتجاه المركز . وهذه البقع حدودها واضحة وقد تكون مرتفعة الحواف . ( راجع الشكل ١٤ – ١٠ ) .

لا يلاحظ المرضى مرحلة اللويحة البدئية، ولكنهم يلاحظونها بعد أيام أو أسابيع ، عندما يظهر الطفح النموذجي ، ويظهر هذا الطفح في هجمات خلال أسبوع إلى أسبوعين ، على شكل آفات منعزلة ولويحات متناظرة تصيب الجذع وأسفل العنق والثلث العلوي من الساعدين ، والفخذين ، ولا تصاب الأقسام القاصية من الأطراف وكذلك لا يصاب أعلى العنق والوجه .

والآفات عبارة عن لويحات التهابية حمراء ساطعة ذات حواف واضحة ، مختلفة الأقطار وذات شكل بيضوي . تتصف بتوافق محورها الطويل مع خطوط الجلد ، وبوسوف طوقية نموذجية مع مظاهر نخالية الشكل في مركزها . وتكون الآفات المنعزلة من الطفح أصغر من اللويحة الأولية ، وقد يبدي مركز اللويحة مظهراً من الضمور الكاذب يشبه ورق لفافة التبغ .

**الأعراض** : تظهر اللويحة الأولية عادة بلا أعراض ، ولا يحدث الطفح الذي يعقبها اضطراباً حسياً . على أية حال ، يتذمر بعض المرضى من حكة صريحة وخاصة بالعلاجات غير المناسبة . ونادراً ما ترتفع درجة الحرارة قليلاً أو تترافق بضعف أو بضخامة خفيفة في العقد اللمفية وخاصة الرقبية . لا تصاب مخاطية الفم ولا تحدث أعراض مجموعية أو مظاهر مرضية في الفحوص المخبرية .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد تسفنج لمفاوي غير نوعي والتهاب ما حول الأوعية مع وذمة في الحليمات ، إضافة إلى تفاعل لمفاوي خفيف أو رئيسي حول الأوعية ، مع ميل للتسرب الخلوي . وقد تكون البشرة متسمكة قليلاً ومتسفنجة وفيها تشكلات حويصلية نادرةتحوي على كريات حمراء ، كما تبدي الطبقة المتقرنة خطل تقرن بؤري .

**السير** : تختفي الآفات عفوياً خلال ٣ – ٤ أسابيع ، وأحياناً تستمر لمدة شهرين أو أكثر ، والنكس نادر جداً .

**الدلائل التي تقود إلى التشخيص** : اللويحة الأولية ، طفح على الجذع بشكل بقع حمامية وسفية تتوضع على طول خطوط الجلد ، ولكنها لا تترافق بأعراض في مخاطية الفم أو بأعراض عامة ملحوظة .

**التشخيص التفريقي** : يلتبس مع أدواء الشعرويات السطحية ( السعف الجسدية ) التي يمكن استبعادها بوجود البقع المتعددة المتناظرة وسلبية اختبارات تحري الفطور . وعلى أية حال ، يمكن بصعوبة تفريق النخالية الوردية عن الأشكال المثية النخالية الشكل Pityriasiform Seborrheid التي يكون تطورها بطيئاً ، ولا تبدي آفاتها الوسوف الطوقية ، وتكون اللويحة الأولية غائبة ، كما لا تتراجع آفاتها عفوياً . ويجب إجراء الاختبارات المصلية للإفرنجي . تحدث التبدلات في المخاطيات والعقد اللمفية في الإفرنجي . ويجب أن تؤخذ التفاعلات الدوائية بالاعتبار ، فقد تحدث الميرومات آفاتٍ تشبه النخالية ، وكذلك يدخل في التشخيص التفريقي كل من طفحية الصداف الشائع الطفحي والآفات المرتفعة الكبيرة في الحزاز المسطح . وعلى أية حال ، يعتبر المرض الأخير من الآفات الحطاطية الشكل .

**المعالجة** : يعطى العلاج العرضي فقط بسبب ميل الإصابة للتراجع العفوي خلال ٢ – ٨ أسابيع . ويمكن لبعض المعالجات أن تكون مخرشة لهذا المرض ، وينطبق هذا بشكل خاص على استعمال المراهم الدهنية ، أما الاستجابة للستروئيدات فمحددة . وقد استعمل بعضهم جرعات منخفضة من الأشعة فوق البنفسجية ، كما وجدت فائدة قيمة في علاج البقع الجلدية بطبقة رقيقة من كريمات ستيرويدية بتراكيز منخفضة ودهون الزنك الجاف ، ويؤدي الاستحمام أو الدوش بالصابون إلى التخريش الثانوي والتأكزم . ووجدت فائدة قيمة بإضافة الزيوت إلى ماء الحمام أو في التدويش . أما العلاج الجهازي فغير ضروري ، أو قد تستعمل مضادات الهستامين في كبت الحكة غالباً .

**الأشكال الخاصة** : يبدي كثير من المرضى تبدلات جلدية غير نموذجية ، وإن الأشكال غير النموذجية من الطفح تضم توزعاً جريبياً في إحداها ، وتشكلاً حويصلياً في أخرى ، وقد يتحدد هذا التوزع في الثنيات ، أو يكون منتشراً أكثر من المألوف ، أو ينحصر في بقعة الطليعة ، وقد يحدث حَبَر في الآفات أيضاً .

وليست الأشكال الحطاطية أو الشروية للنخالية الوردية نادرة في الأطفال . وفي هذه الحالات يلاحظ وجود حطاطات بنية أو وردية قاتمة اللون ، قطرها ١ – ٢ ملم ويبدو أنها تتبع خطوط الجلد . ويندر أن يتوسف كامل سطح الجلد ويحدث ذلك بالمعالجات المخرشة عادة .

**الصداف الشائع Psoriasis Vulgaris :**

الصداف ( الكلمة اليونانية Psora تعني الحكة ) مرض معروف تماماً ، ولقد وصفه Robert Willan بشكل دقيق وللمرة الأولى في إنكلترا في أوائل القرن التاسع عشر ، ومَيز له شكلين منفصلين ، بينما كان الرأي في فيينا أنه مرض واحد .

**التعريف** : الصداف بشكل رئيسي مرض جلدي التهابي موروث ، سيره حاد أو مزمن ، ومظاهره الجلدية عبارة عن لويحات التهابية بأشكال مختلفة ، حمراء اللون ، حدودها واضحة تماماً ، وذات وسوف فضية لماعة مميزة . وقد تبقى التبدلات الحمامية الوسفيةمقتصرة على عدة بقع ، أو تتصل مع بعضها على نطاق واسع أو تتعمم أحياناً . وإن إصابة الأظافر في الصداف شائعة ، وقد يكون للصداف علاقة باعتلال المفاصل ، وسيره يختلف من حالة إلى أخرى ، أما الأشكال اللانموذجية فشائعة الحدوث نسبياً .

**الحدوث** : تبلغ نسبة حدوث الصداف بين ١٪ – ٢٪ من السكان في الجمهورية الألمانية الفيدرالية ، وإنكلترا والولايات المتحدة ، ويعتبر الصداف أحد أكثر الجلادات شيوعاً وأهمية ، وشيوعه كشيوع الداء السكري . وتبلغ نسبة المصدوفين ٦٪ – ٨٪ من المرضى المعاودين للعيادات الجلدية .

تلعب العوامل الجغرافية والعرقية دوراً مهماً في حدوث الصداف ، وهذا المرض أقل شيوعاً في المناخ المداري والإستوائي بالمقارنة مع شيوعه في المناطق المعتدلة . وإصابته للعرق الأبيض أكثر شيوعاً ، أما الشرقيون فأقل إصابة ، بينما تندر إصابة العرق الأسود . والصداف غير متواجد عملياً في الشعوب ذات الجلد الأحمر ( الأسكيموس والهنود الأمريكان ) ، ومن المحتمل أن الاختلاف في الحدوث يتبع العامل الإرثي .

يمكن لهذا الداء أن يبدأ في أي عمر ، ومن ناحية أخرى فالتظاهرة السريرية الأولى نادرة في الطفولة الباكرة ، وتحدث الهجمة الأولى في عمر متقدم . ويبدأ الصداف عادة في سن يتراوح بين ١٠ – ٣٠ سنة ، وأحياناً تكون بدايته أبكر في الإناث ، وتندر مشاهدته قبل البلوغ نسبياً .

**التأهب والوراثة** : للصداف عامل عائلي ، إذ يوجد توافق بين التوائم وحيدة الزيجوت في هذا المرض في ٩٠٪ من الحالات ، والذي يعتبر مؤشراً على تداخل العوامل الوراثية . وتوافقاً مع دراسات Lomholt في جذر فيرو ، فإن احتمال إصابة طفل بالصداف تبلغ حوالي ٢٥٪ إذا كان أحد أبويه مصاباً به ، بينما تبلغ حوالي ٦٠٪ – ٧٠٪ إذا كان الأبوان مصدوفين .

ولدى دراسة الحدوث حسب الأعمار ، تبدي الهجمة الأولى في المرضى ... توزعاً مثنوياً Bimodal ، وتبدأ بشكل أعظمي في عمر بين ٢٢ سنة و ٥٧ سنة في الرجال ، وفي عمر بين ١٦ سنة و ٦٠ سنة في النساء . وتبين أن المستضد HLA – $Cw_6$ أكثر شيوعاً في المرضى الذين يصابون بالصداف قبل سن الأربعين من المرضى الذين تتأخر لديهم ظهور الهجمة الأولى تماماً ، كما في المستضد HLA – $B_{13}$ و HLA – $Bw_{57}$ ( نمط فرعي من HLA – $B_{17}$ ) . كما يكثر حدوث HLA – $Cw_2$ و HLA – $B_{27}$ في المرضى الذين يتأخر لديهم ظهور المرض . وبسبب الارتباط الوثيق بين التظاهرات الباكرة للصداف و HLA – $Cw_6$ ، يمكن تحديد نمطين من الصداف غير البثري :

١ – النمط I من الصداف مع حدوث باكر ( < ٤٠ سنة ) ، يترافق مع مستضد HLA – $Cw_6$ .
٢ – النمط II من الصداف مع حدوث متأخر ( > ٤٠ سنة ) ولا يترافق مع HLA – $Cw_6$ .

ولقد لوحظ في النمط I من الصداف زيادة في الحدوث العائلي بلغت نسبة ١٠٪ من المرضى الأشقاء ، وأصيب ١٥٪ من أطفالهم . وبشكل مغاير ، ففي النمط II من الصداف، بلغت نسبة عدد الحالات العائلية من هذا النمط حوالي ١,٥٪ – ٢,٧٪ فقط ، وفي النمط I تزداد مخاطر حدوث الصداف في الأطفال إلى أكثر من ٢٠٪ في المرضى الذين لديهم مستضدات HLA – $CW_6$ و HLA – $A_2$ و $B_{13}$ و $Bw_{27}$ . وعلى الرغم من أن كلا النمطين من الصداف متشابهان تماماً سريرياً ، فإن التفريق بينهما على أسس وراثية كبير الأهمية . ولا يحدث HLA – $B_{27}$ في أنماط مختلفة من التهاب المفاصل ، والتهاب المفصل العجزي الحرقفي وداء رايتر فحسب ، ولكنه يحدث أيضاً في مرضى اعتلال المفاصل الصدافي . أما التأهب للصداف الشائع أو ما يدعى بالأهبة الصدافية أو الصداف الكامن فله أسس وراثية .

لا يوجد حالياً رؤية متفق عليها حول الطراز الوراثي للصداف ، كما لا يوجد فيه ارتباط بالجنس . وقد كان في السابق ينظر إلى انتقاله بطراز وراثي جسمي سائد ومختلف النفودية ( حوالي ٦٠٪ ) ،أو بطراز وراثة صاغرة ، أو بأشكال

وراثية أخرى أكثر تعقيداً ، ولكن الدراسات الحديثة تشير إلى وجود علاقة بين التأهب للصداف والأنظمة الوراثية الواسمة مثل هلا HLA وزمر لويس Lewis الدموية . وقد يكون الصداف مرضاً عديد المورثات ، أي أن المرض يشترط فيه فعل بضع مورثات مختلفة ، كل منها يحمل العامل الشخصي الإمراضي إلى تخوم العوامل البيئية التي يمكنها أن تحدث التظاهرات الجلدية .

وتشير المعرفة بمرض الصداف إلى أن مدى ضغط الطفح الداخلي المنشأ **Endogenous Eruption Pressure** قد يتبدل مع الزمن . ويمكن تمييز ثلاثة مراحل تطورية للصداف الشائع :

*الصداف الكامن أو الصداف من النمط الوراثي* ***Genotypic*** *:* في هذا الشكل ، يحمل الشخص الأهبة الصدافية أو الميل للإصابة ، ومن المحتمل علاقته بمورثات متعددة ، ودون أعراض سريرية ، وحالياً ، لا توجد طريقة لوضع التشخيص في هذا الشكل .

*الصداف تحت السريري أو الصداف من النمط الظاهري الوراثي* ***Genophenotypic*** *:* في هذه الحالة ، توجد طرق كيميائية حيوية نستطيع فيها كشف المرض تحت السريري في الجلد الطبيعي ، ومثاله زيادة تركيب الدنا **DNA** البشروي ، فرط التجدد البشروي بعد الجروح ، زيادة تحلل السكر في البشرة ، التبدلات في التعرق أو في ترسبات الشحوم على سطح الجلد ، أو زيادة عدد الخلايا البدينة أو البالعات في الأدمة .يتطلب كثير من هذه الموجودات إثباتاً أو دعماً ، وحيث لا توجد تظاهرات سريرية للصداف .

*الصداف السريري أو من النمط الظاهري* ***Phenotypic*** *:* في هذه الحالات ، توجد تظاهرات سريرية للصداف ، والطرق الحديثة تمكننا من كشف الاختلافات بين الجلد الطبيعي والجلد الذي يبدو طبيعياً من الناحية السريرية .

ويمكننا بمعالجة الصداف ، نقل هذا المرض فقط من مرحلة النمط الظاهري إلى مرحلة النمط الوراثي من الصداف الكامن ، ولكن الشفاء النهائي غير ممكن . ويمكن أن تحدث دائماً هجمات صدافية جديدة بعد شفاء الآفات الجلدية ، ويعتمد مكان وزمان حدوث الصداف على ضغط الطفح الداخلي المنشأ وعلى العوامل المحرشة ( المثيرة ) .

**المحرشات Provocation** : إذا افترض أحدنا أن الصداف الشائع مرض عديد المورثات ويثار بالعوامل البيئية ، فإنه يستطيع تمييز كثير من العوامل الداخلية أو الخارجية التي تثير الأنماط المختلفة وتسرع من انتقال الصداف من النمط الوراثي الكامن سريرياً إلى النمط الظاهري سريرياً .

*إحداث الصداف تجريبياً بتأثير متماثل الشكل* ***Isomorphous*** *( ظاهرة كوبنر ) :* يمكن إحداث الآفات الصدافية بتخريش الجلد تجريبياً كنزع الطبقة المتقرنة بشريط لاصق أو بجرح الجلد . ومع ذلك فالرضوح الخارجية غير النوعية ( سحجة أو لقاح ) قد تحدث هذا التأثير . وتبدأ ظاهرة كوبنر عادة بعد ١٠ – ١٤ يوماً ، ومن الضروري إحداث تجدد البشرة لإثارة ظاهرة كوبنر ، وإن تخريب عناصر الأدمة فقط غير كاف لتحريض هذه الظاهرة . وبالإضافة إلى ذلك ، يجب على المريض أن يراقب ضغط الطفح الداخلي العالي والمناسب لحدوث تفاعل الجلد الصدافي . ( راجع الشكل ١٤ – ١١ ) .

*المحرشات الخارجية للتظاهرات السريرية :* كشفت الملاحظات السريرية كثيراً من المحرشات الخارجية في حدوث الصداف الشائع :

| | |
|---|---|
| العوامل الفيزيائية | احتكاك ، أذيات ، لقاح ، مكان الحقن ، ندبات جراحية ، لدغ حشرات ، مناطق الضغط على الأوردة الدوالية ، التسميط ، الحرق ، والتشعيع ( ضوء الأشعة فوق البنفسجية ، الأشعة السينية ) . |
| العوامل الكيمياوية | الكي ، تخرب الجلد التنكسي المزمن ( نقص الزهم ، القلويات ) ، العوامل المضادة للصداف ، العوامل السامة . |
| الجلادات الالتهابية التي تصيب البشرة | الحلأ النطاقي ، خلل التعرق ، الدخنية الحمراء ، التهاب الجلد الزئبقي ، القوباء المعدية ، تقيح الجلد المواتي ، عد الزيوت ، الفطارات ، أدواء المبيضات في الثنيات ، **تفاعل الطفحة . الاختبارات الرقعية أو بالوخز أو بالتخريش : الأرجيات بالتماس ( مثال تربنتين ، فورمالين ، الكروم ، نيومايسين ، المواد التجميلية ) .** |

في المرضى المصدوفين يُحْدِثُ العديد من المثيرات المختلفة تفاعلاً صدافياً . ويحدد ضغط الطفح الداخلي ما إذا كان الصداف سيظهر في المناطق المحرشة . ويكون الضغط عالياً في مرض الصداف الطفحي ، بينما يكون بسيطاً أو غائباً في مرض الصداف المزمن ، وغالباً ما يشير الصداف الشائع على الراحتين والساعدين والوجه إلى الفعل المحرش المتماثل الشكل تجاه أرج التماس . ويمكن لصداف الثنيات ( وترات الأصابع ، المغبن ، الإبط ، السرة ) أن يظهر ليس فقط في فرط التعرق ، والبدانة ، والسكري ، ولكن أيضاً في الأخماج الفطرية التي تصيب الثنيات كالمبيضات البيض .

وفي جميع هذه الحالات ، يبدأ التجدد البشروي بالتخريش الخارجي .

*المحرشات الداخلية المنشأ للتظاهرات الصدافية السريرية :* تستطيع العوامل الداخلية المنشأ أن تحرض على بداية الصداف أو تفاقمه :

- الأمراض الخمجية .
- الأدوية .
- الحمل أو الولادة .
- الحمية .
- الكرب .
- نقص الكالسيوم .

يلاحظ المظهر الأولي للصداف غالباً عقب خمج حاد ، وبشكل خاص يمكن أن يحدث الصداف الطفحي الحاد بعد خمج السبيل التنفسي العلوي بالعقديات ( التهاب لوزات حاد أو التهاب قصبات ) ، ويلاحظ هذا في الأطفال وصغار الكهول . ويمكن لمرض الإيدز الخمجي بالحمة **HIV** أن يثير حدوث الصداف . وقد تثار بداية الصداف أيضاً باللقاح أو باختبارات الجلد الإيجابية داخل الأدمة ، وعلاوة على ذلك ، يمكن للأدوية ( كمضادات الملاريا ، حاصرات بيتا أو الليتيوم ) أو التفاعلات الدوائية الأرجية أن تحرض على حدوث الصداف ، ويثار كذلك في الشدائد والعوامل الانفعالية الأخرى .

*نزوع ضغط الطفح الداخلي المنشأ لإحداث تفاعل الجلد الصدافي :* المرضى المصدوفون بشكل صريح لديهم نزوع ملحوظ أحياناً لظهور آفات صدافية جديدة ، بينما في أحوال أخرى ، هناك ميل محدود لتراجع الإصابة . ومن الممكن في نسبة من المرضى فقط أن تثير العوامل الداخلية أو الخارجية حدوث الآليات الأرجية وغير الأرجية ، والتي تشير إلى أن الاستعداد الداخلي لتفاعل الجلد الصدافي يمكن أن يظهر بشكل مختلف . وقد أطلق **Keining** على هذا الاستعداد اسم « ضغط الطفح الداخلي المنشأ » . وإذا كان هذا الضغط عالياً ، كالأخماج بالعقديات مثل التهاب اللوزات ، يمكن أن تسبب صدافاً طفحياً نقطياً حاداً ، بينما لا يحدث ذلك في ضغط العوامل الداخلية المنخفض .

ولا توجد ، حتى الآن ، طرق جيدة لقياس هذا الضغط بشكل موضوعي . غير أنه يستطيع أحدنا إحداث ظاهرة كوبنر تجريبياً . وعلى أية حال ، فالعوامل المحرشة للصداف غير معروفة غالباً .

**السببيات** : حالياً ، لا يوجد دليل على سبب واحد للصداف ، ولقد نوقشت الأخماج بالحمات الراشحة بشكل مفصل .

**الإمراض : إذا كان ثمة انتقال من الصداف الكامن ( النمط الوراثي ) إلى الصداف السريري ( النمط الظاهري ) بسبب المحرشات الداخلية أو الخارجية ، فقد تكون هناك اضطرابات جوهرية في منطقة الجلد المصاب ، إلا أنه لا توجد تبدلات نوعية في استقلاب البروتين والسكريات والشحوم ، أو علامات سريرية تدل على الاضطرابات الغدية أو الذاتية ، كما لم تكشف بعد أي دلات مناعية نوعية في الصداف .**

ولهذه الأسباب ، فهناك اهتمام شديد في التشريح المرضي النسجي للآفات الصدافية نفسها ، وإن أية آفة خارج مناطق الثنيات وغير معالجة تبدي احمراراً التهابياً ووسفياً . وعلى كل لم يثبت بعد ، ما إذا كان الصداف آفة بدئية بشروية أو بدئية أدمية ( راجع الشكلين ١٤ ــ ١٢ و١٤ ــ ١٣ ) .

**الجدول ١٤ ــ ٢ : البشرة في الصداف**

| | **الطبيعي** | **الصداف** |
|---|---|---|
| الانقسام | حوالي ٠,٤٪ | حوالي ٢,٥٪ |
| تركيب الدنا DNA | حوالي ٣٪ ــ ٥٪ | حوالي ٢٠٪ ــ ٢٥٪ |
| دورة الخلية | حوالي ٤٥٧ سا | حوالي ٣٧,٥ سا |
| زمن عبور الخلية القاعدية | حوالي ٢٨ يوماً | حوالي ٣ ــ ٤ أيام |
| استقلاب الخلية | طبيعي | زيادة كبيرة |
| غليكوجين | ــ | +++ |
| البروتينات البنيوية | طبيعية | ناقصة |

وتشير كثرة الوسوف في الآفات الصدافية إلى أنها ناجمة عن اضطرابات في تكاثر الخلايا البشروية وفي تقرنها .

ويبلغ **حجم البشرة** في الآفة الصدافية أكبر ٤ ــ ٦ مرات من حجم البشرة الطبيعية ، إضافة إلى أن الخلايا البشروية عند المصاب أكبر فعلياً من الخلايا الطبيعية وخاصة في الطبقة الشائكة ، كما أن استقلابها أكثر فعالية . ويزيد العامل الثامن من الفاعلية الانقسامية وتركيب الدنا في الخلايا القاعدية . وكذلك يقلل طول زمن دورة الخلية ( الزمن بين الانقسامات الخلوية ) من معدل ٤٥٧ سا إلى ٣٧,٥ سا ، وإن معدل التوالد الخلوي في الصداف يعادل غالباً ذلك المعدل في جذور الأشعار أو في مخاطية الأمعاء . ويترافق زيادة التوالد الخلوي البشروي باضطرابات في التمايز . وقد أظهرت الدراسات الإمراضية النسجية أن اضطرابات التقرن في الصداف لا تتظاهر فقط بزيادة توالد الخلايا المقرنة ( فرط تقرن ) ولكنها تترافق أيضاً بتبدلات نوعية ( خطل التقرن **Parakeratosis** ) .

و لم تثبت أسباب هذه الاضطرابات في تكاثر خلايا البشرة وتمايزها ، وقد افترض بعضهم وجود اضطرابات في توازن النسيج البشروي الفيزيولوجي ، يعني الانتظام المتوازن في تكاثر خلايا وتمايزها ، والتي قد يكون لها علاقة باضطرابات البروتين منحل في الماء والمثبط للانقسام والذي يتشكل في النسج (Chalones) أو في نظام cAMP/cGMP . وينقص تركيز cAMP في الآفة ، وكشفت فاعلية الأدينيل سيكلاز متحطم . وإن نقص تركيز cAMP داخل الخلية في البشرة المصدوفة قد يكون مسؤولاً عن زيادة فاعلية الانقسام الخلوي . ومن ناحية أخرى ، يجب أن نتذكر أن التبدلات البشروية في التكاثر الخلوي وتمايزه تكون نموذجية ولكنها ليست نوعية للصداف .

تتطاول الشعيرات في الحليمات الأدمية ويزداد عرضها في المناطق المؤوفة ، كما تزداد النفوذية الشعيرية ، وتستخدم الخلايا الالتهابية ، وخاصة العدلات ، العروات الشعيرية قرب البشرة في هجرتها إلى البشرة ( التسرب الخلوي بالانجذاب الكيمياوي ) .

تلاحظ **التبدلات الالتهابية** في الآفات ، بينما تبدو التبدلات البشروية الأكثر وضوحاً في مركز الآفات الصدافية . ويضم التفاعل الالتهابي البلاعم واللمفيات والعدلات والخلايا البدينة ، تهاجر العدلات بشكل خاص عبر البشرة إلى الطبقة المتقرنة فتشكل تجمعاً خلوياً ( خراجات مونرو Munro's Abscesses ) . ويكون حجم الآفة البدئية كرأس الدبوس وتبدي تفاعلاً التهابياً ملحوظاً ويرافقه هجرة الخلايا إلى البشرة ومعظمها من اللمفيات ، كما تبدي وذمة بين خلايا البشرة ( تسفنج ) ، فتشبه التهاب الجلد التماسي الأرجي . ولا تشاهد مصوريات وحمضات في الرشاحة الخلوية الالتهابية في الصداف .

جرت دراسة واسعة على **الظاهرة المناعية** في الصداف ، ولوحظ تأخر الحساسية بالتماس في الاختبارات الرقعية في المرضى المصدوفين . وتواجدت بعض اللمفاويات T في الدم المحيطي وفي الآفات أيضاً ، و لم يثبت وجود تبدلات أكثر نوعية في الاستجابة المناعية الخلوية . وفي المناعة الخلطية يرتفع الغلوبولين A . وهذا غير نوعي للصداف . ولوحظ ارتفاع الغلوبولين G أيضاً ، وكذلك ارتفاع في الأضداد المضادة للنوى( ANA ) وغالباً في الصداف الأكثر نضحاً ، والصداف المفصلي، والصداف البثري أيضاً. استخدمت الطرق المناعية الإمراضية في كشف الغلوبولينات المناعية ( الأضداد ضد الطبقة المتقرنة ) في الطبقة المتقرنة من الآفات الصدافية ، بالإضافة إلى عوامل المتممة والعامل الرثواني . وإنه من الممكن ترسب المعقد المناعي في الطبقة المتقرنة في المنطقة المؤوفة ، وهو مسؤول عن تفعيل جملة المتممة ، وعن الجذب الكيمياوي للعدلات لاحقاً ( خراجات مونرو ) .

يشمل الإمراض ليس إصابة البشرة فقط وإنما يشمل أيضاً عناصر الجلد الأخرى ، والتبدلات المناعية وهي مهمة أيضاً . وإن الأهبة الوراثية قد تعبر بذاتها عن ميل البشرة إلى فرط التجدد البشروي والتبدلات القرنية والشذوذات المناعية ، ويبقى المريض في طور الصداف الكامن حتى يؤدي العامل المحرض الداخلي أو الخارجي إلى إحداث التظاهرات السريرية . و لم يثبت كيفية بدء آليات فرط التجدد الإمراضي في البشرة . وتؤدي هذه التبدلات إلى زيادة التكاثر البشروي وإلى اضطرابات في التمايز ، أي : شواك وفرط التقرن وخطل التقرن . وإن منشأ هذه التبدلات الالتهابية غير معروف أيضاً ، ويقترح البعض وجود تفاعلات مناعية ذاتية . ويمكن للتفاعلات من نمط أرتوس أن تؤدي إلى ترسب معقدات مناعية في الطبقة المتقرنة وتفعيل المتممة اللاحق ، يتبعها جذب البيض وحدوث خراجات مونرو .

**الموجودات السريرية** : تكون الصورة السريرية للآفة المنفردة رتيبة . وعلى أية حال ، توجد صعوبات تشخيصية من مريض إلى آخر بسبب الاختلافات الكبيرة في حجم الآفات وشكلها وتوضعها . وإن الآفات الأولية في الصداف الشائع هي آفات حمامية وسفية ، وتظهر أولاً على شكل بقع حمراء صغيرة متقطعة الحواف ، وسريعاً ما تغطيها وسوف فضية . ويمكن للآفات واللويحات من هذا النمط أن تحدث في أي مكان . وفي المناطق المزرقة تأخذ الآفات لوناً أكثر احمراراً وازرقاقاً ويحيط بها هالة فقرمية . وكل آفة منفردة تُقرّ تشخيص الصداف بسبب ثلاثة ظواهر :

١ ـ *ظاهرة الشمع* ***Candle Phenomenon*** : إذا كشطت الوسوف البيضاء الفضية ، فإنها تنفصل عن الآفة بشكل قشارات صغيرة ، شبيهة بقشارات الشمع المكشوطة من الشمعة .

٢ ـ *ظاهرة الجليدة الأخيرة* ***Last Cuticle Phenomenon*** : ( الوريقة المقتلعة ) إذا استمر كشط الآفة بعد إزالة الوسوف ، أصبح من الممكن إزالة الصفيحة الرطبة الملتصقة بالآفة . وهذه الطبقة السفلية من البشرة فوق الحليمات ا لأدمية ، هي ظاهرة نموذجية جداً للصداف .

٣ ـ *ظاهرة النزف البؤري* ***Focal Blêeding Phenomenon*** : ( ظاهرة أوسبتز ) . بعد إزالة طبقة الجلد

الأخيرة ، تتآكل الأوعية في الحليمات الأدمية ، ثم يحدث النزف البقعي ( راجع الشكل ١٤ - ١٤ ) .

إن ظاهرة الجليدة الأخيرة لها القيمة العظمى كعلامة في الصداف ، لأن النزف النقطي بعد الكشط يحدث في جلادات أخرى كما في الإكزيمة أو الإفرنجي صدافي الشكل . وهذه النقطة التالية مهمة : إذا كشطت الوسوف البعيدة عن طبقة الجلد الأخيرة ، تبقى الوسوف جافة ، فإذا أصبح سطح الجلد رطباً ، فهذا ليس بصداف ، وينطبق نفس الشيء إذا كانت طبقة الجلد الأخيرة غائبة رغم النزف البقعي . وإن كشف هذه المظاهر الخاصة للصداف هي القاعدة في التشخيص ، حيث يمكن أن يتشابه الصداف مع عديد من الجلادات الأخرى . ( راجع الشكل ١٤ - ١٥ ) .

**الشكلياء السريرية للطفوح الصدافية** : يمكن للصورة السريرية للصداف أن تتبدل إلى حد بعيد من مريض إلى آخر ، وحسب سير الإصابة التي قد تكون حادة أحياناً أو تحت حادة أحياناً أخرى . ولكن الآفات البدئية قد تكون مزمنة أو حتى راكدة تماماً . وإن تراجع الآفات وأطوار الطفح قد تحدث الواحدة تلو الأخرى ، ولذا يختلف امتداد الآفات وأشكالها إلى حد كبير . وبالرغم من ذلك ، فالميزات السريرية الأساسية للصداف تبقى نفسها ، وتتصف الشكلياء السريرية بالعوامل التالية :

*قد آفات الصداف* : تبدأ الآفات في الصداف على شكل حطاطات حمامية وسفية صغيرة جداً ، وتبدي تطوراً نابذاً . وتكون الآفات مدورة بشكل أساسي ، ويمكن تميز الطفحية في الصداف الشائع على أساس معدل قطر الآفات المنعزلة ، بالإضافة إلى التسميات التقليدية المعتادة .

*الصداف النقطي* : ويحدث فيه طفح من آفات بقدّ النقط أو على شكل بقع منتشرة ، ويشاهد هذا الشكل من الصداف عموماً في الأخماج بالعقديات التي تصيب السبيل التنفسي العلوي والتي تعقب النزلة الوافدة أو الحصبة وخاصة في الأطفال وصغار الكهول . ( راجع الشكل ١٤ - ١٦ ) .

*الصداف الجريبي* : يمكن لآفات الجلد البدئية في الصداف الطفحي أن يكون لها صلة بالجريبات الشعرية ، وتبدو على شكل آفات حمامية وسفية صغيرة جداً ، تصيب الجذع غالباً . وتبدو أحياناً بشكل حطاطي يشبه الحزاز المسطح المؤنف ( صداف حزازاني ) بسبب لمعتها الحزازانية . على أية حال ، إذا كشطت الآفة ، تنفصل الوسوف الفضية اللامعة التي تبدي أن الآفة هي آفة حمامية وسفية . هذا النمط النادر من الصداف يصيب الأطفال وبعد الأخماج بالعقديات .

*الصداف النُمي* : إذا كبرت الآفات في الصداف النقطي ، يمكن أن تظهر البقع الحلقية ذات القد المخروطي ، وخاصة على الجذع والمنطقة الأليوية والورك والركبتين والمرفقين . ( راجع الشكل ١٤ - ١٧ ) .

*الصداف الجغرافي* : يمكن للبقع الصدافية النمية أن تنمو بشكل بطيء وتصبح كبيرة كراحة اليد أو أكبر ، وهذه البقع الكبيرة تشبه الخرائط الجغرافية ، ويمكن تقييم نسبة الجلد المصاب في هذه الحالات بصيغ إيفان **Evan** ، والتي تستخدم في تقييم الجلد المحروق ( راجع الشكل ١٤ - ١٨ ) .

*الأحمرية الصدافية* : إن تطور الصداف الشائع وتعممه قد يصيب كامل الجلد . ( راجع الشكل ١٤ - ١٩ ) .

*شكل الآفات في الصداف* : يتظاهر الصداف النقطي في أطوار تدوم أسابيعاً أو شهوراً عديدة ، يتبعها تراجع واضح ، وأحياناً شفاء تام . وقد يحدث التراجع في الصداف الشائع أو الجغرافي أيضاً . وإن الشفاء المركزي والامتداد المحيطي يسببان آفات حلقية وأحياناً نماذجاً أكثر تعقيداً ( مثلاً : الصداف الزاحف أو الملتف ) .

**التوضعات الخاصة** : يختلف الطراز في الصداف الشائع حسب التوضع .

*صداف الفروة* : من الشائع جداً أن يصيب الصداف الفروة ، ويبدو عادة بشكل بقع حمامية وعليها وسوف شديدة ، وحدودها واضحة . وفي حالات المث الشديد ، يصعب تميز الصداف عن التهاب الجلد المثي الشديد ، الذي يمكن أن يتطور بواسطة ظاهرة كوبنر إلى الصداف ( الصداف المثي ) .

تحدث التبدلات الصدافية غالباً على خط الأشعار الأمامي وجانبي الرأس ، وتمتد من ١ - ٢ سم على الجلد الأجرد ، ويصعب تفريقها عن الإكزيمة المثية نسيجياً . ( خراجات مونرو نموذجية للصداف ) .

ولا يحدث **ضياع الأشعار** في الصداف الشائع على الفروة عادة . وقد يكون فقد الأشعار المنتشر من منشأ سمي ، أو ينجم عن الوسوف الشديدة والمستمرة في الصداف البثري من نمط زومبوش **Zumbusch** وفي الأحمرية الصدافية .

*مناطق الثنيات* : تحدث الحرارة واضطراب التعرق تأثيراً تخريشياً متماثلاً ، وخاصة في مناطق الثنيات كالإبط وتحت الثدي والسرة والمغبن وحول الشرج وبين الأصابع ، وقد تؤدي الأخماج بالمبيضات البيض إلى الصداف المذحي أيضاً .

*وفي الصداف المقلوب* ***Psoriasis Inversa*** : تصاب الثنيات فقط ، ويقدر نسبة حدوث هذا التوضع الوحيد حوالي ٥٪ ،

وتصيب الثنيات في حوالي ٣٠٪ من مرضى الصداف الشائع .

تسبب الحرارة والرطوبة في الثنيات غياب الوسوف الفضية ، لذا تبدو البقع الصدافية بشكل لويحات حمامية مرتشحة قليلاً وواضحة الحدود . أما الحكة فيها فليست نادرة ( راجع الأشكال ١٤ – ٢٠ ، ١٤ – ٢١ ، ١٤ – ٢٢ ) .

وغالباً ما يلتبس صداف الثنيات ( صداف المناطق المذحية ) المذحية في منطقة الشرج مع إكزيمة الشرج ، ولكن الحدود الواضحة للويحات المتشققة في الثنية الأليوية تكون نموذجية للصداف . ويجب تفريق صداف الثنيات الإبطية والمغبنية وتحت الثدي عن الإكزيمة وأدواء المبيضات والسعفة القدمية المتعطنة التي تصيب وترات الأباخس ( الصداف الأبيض ) .

*الصداف خلف الصيوان :* قد ترافق الحكة هذه الإصابة ، ولكن الحدود الواضحة للإصابة ، ووجود الحكة فيها غالباً ، واللويحات الحمراء الملتهبة لهذه الآفات يجب تفريقها عن تلك الأعراض في الإكزيمة المثية والمذح الجرثومي .

*القضيب :* الصداف على القضيب شائع الحدوث ، ويبدي مظاهراً خاصة للصداف الشائع ، فالآفة المرتشحة قليلاً ، والحمراء ، والملتهبة ذات الحدود الواضحة للصداف على الحشفة يجب تفريقها عن داء بوفن ، والحطاط البوفناني البدني ، والتنسج الأحمر erythroplasia ( كيرات Queyrat ) ، والتهاب الحشفة المزمن ذو الخلايا المصورية المحدد ( Zoon ) ، والتهاب الحشفة بالمبيضات . ( راجع الشكل ١٤ – ٢٣ ) .

*المنطقة العجزية :* في الصداف المستقر والمزمن ، نجد أن المنطقة العجزية هي مكان لتوضع لويحات الصداف المزمن غالباً ، ويمكن أن تستمر عقوداً ، وقد يصعب تفريقها عن الحزاز المسطح المزمن ، وتصبح الآفات متسمكة إذا كان هناك توضعات كتلية من المادة المتقرنة : الصداف المعند المتأصل Psoriasis Inveterata أو الصداف الثؤلولي . وتشاهد مثل هذه التبدلات أحياناً على الأطراف السفلية أيضاً . ( راجع الشكل ١٤ – ٢٤ ) .

*الراحتان والأخمصان :* يصيب الصداف الشائع الراحتين والأخمصين بشكل بقع محمرة قليلاً ، حدودها واضحة ووسوفها صفراء ملتصقة بشدة ، أو بشكل شثني لا تزول وسوفه بالكشط بسهولة . بينما تظهر تشققات مؤلمة على ثنيات الأصابع وخطوط الراحتين . وقد توجد صعوبات تشخيصية كبيرة في تفريق الصداف الراحي الأخمصي عن الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن وعن الشكل مفرط التقرن من السعفة اليدوية أو القدمية ، ويجب أن نعتبر في التشخيص التفريقي أيضاً الطفحة الإفرنجية الراحية الأخمصية صدافية الشكل ( الإفرنجي الثانوي ) . والحزاز المسطح مفرط التقرن ، وداء رايتر . ( راجع الشكل ١٤ – ٢٥ ) .

*التبدلات في الأظفار :* تحدث عيوب الأظافر بنسبة ٣٠ – ٥٠٪ من جميع المرضى المصدوفين ، ويشيع حدوثها في الصداف المفصلي ( ترتفع حتى ٧٠٪ ) . ويوجد اهتمام في تشخيص وحدوث شكلين من الإصابة : صداف رحم الظفر ، وصداف سرير الظفر .

*صداف رحم الظفر :* ( راجع الشكل ١٤ – ٢٦ ) تصيب التبدلات الصدافية رحم الظفر ، وتبدو بشكل صداف داحسي غالباً ، والأكثر شيوعاً هو ظهور تنقرات وانخفاضات ظفرية قد تصل إلى حجم رأس الدبوس في الصفيحة الظفرية ، وتشاهد التنقرات المنعزلة في أي شخص إضافة إلى مرضى الجلادات ، وخاصة في الشكل الصغير من الحاصة البقعية عند الأطفال أو في الإكزيمة المزمنة . كما تشاهد التنقرات بأعداد كبيرة في أظفار عديدة في مرض الصداف الشائع . ( راجع الشكل ١٤ – ٢٧ ) . وتعزى إلى إصابة مناطق صغيرة من رحم الظفر بالصداف . وعندما ينمو الظفر ، تنفصل هذه المناطق من خطل التقرن عن المادة الظفرية لأن قرنينها الالتهابي أكثر طراوة مما يؤدي إلى هذا التبدل النموذجي . وإذا أبدى رحم الظفر تبدلات صدافية أكثر وضوحاً ، فقد توجد تبدلات بنيوية غير منتظمة في سطح الظفر وانخفاضات خطية وقوسية أو تموج غير منتظم ( الضمور الظفري الصدافي ) .

*صداف سرير الظفر :* يصاب سرير الظفر في الصداف غالباً ، حيث توجد بقع صدافية تحت الظفر بقد عدة ميليمترات ، وتبدو من خلاله بشكل بقع الزيت في الظفر بسبب لونها الأصفر : بقع الزيت الصدافية . ( راجع الشكل ١٤ – ٢٨ ) . وتتقدم التبدلات مع نمو الظفر وتصل أخيراً إلى الحافة الحرة . وعندما ترتفع صفيحة الظفر عن سريره بالوسوف خطلة التقرن عادة ، تتحرر كتل متقرنة سهلة التفتت ويزيلها المريض بأداة منظفة ، وأما الفراغ الناجم عن ذلك والذي يحتوي على الهواء فيترك القسم المرتفع من الظفر بلون أبيض . محدثاً صورة انحلال الظفر البعيد . ( راجع الشكل ١٤ – ٢٩ ) .

وتستعمل عبارة **انحلال الظفر الصدافي أيضاً** . وقد يصبح هذا الانحلال كاملاً ، ويكون مداه أكثر وضوحاً ، وبالتالي يكون ارتباط الظفر بسريره ضعيفاً وغير ثابت .

وقد يترافق حدوث صداف رحم الظفر وصداف سريره سوية ، وفي هذه الحالة ، قد يزول الظفر . وبدلاً عنه ، فإن سرير الظفر ورحمه يمثلهما فقط مادة من خطل التقرن سهلة

التفتت ( الأظافر الحثلية الصدافية ) . وفي التشخيص التفريقي ، فإنه من المهم أن نلاحظ أن صداف الأظافر يصيب عادة أظافر عديدة في الجانبين ، بينما تكون الإصابة الظفرية في فطار الأظافر منعزلة وغير متناظرة وتبدأ التبدلات من الحافة الحرة غالباً . وتتظاهر التبدلات الظفرية في الإكزيمة وبشكل رئيسي بشكل حثل ظفري تشبه لوح الغسيل أو بشكل تقران قاس تحت الأظفار ، ولكن قد يرافقها تنقرات معزولة ، وقد يحدث غزو فطري كمظهر ثانوي في الصداف الظفري .

*صداف طيات الأظافر والصداف الداحسي* : هذه الإصابة شائعة الحدوث في الصداف المفصلي غالباً . وتتواجد حول الظفر آفات حمامية وسفية حدودها واضحة وتترافق بغياب الجليدة . ويمكن لهذه التبدلات أن تؤدي إلى حثل ظفري ثانوي يتظاهر بشكل حروف طولانية وعرضية وألوان أخرى وعدم انتظام فيزيائي على سطح الظفر .

**التبدلات في مخاطية الفم :**

يمكن للصداف الشائع أن يصيب الشفتين أيضاً ، ولكنه لا يصيب مخاطية الفم واللسان ، ولكنها تصاب فقط في الصداف البثري المعمم على شكل بقع محددة بيضاء أو رمادية وعلى شكل لويحات قوسية الشكل تبدي تبثراً أيضاً أحياناً .

**التوضعات المفضلة** : توجد التوضعات المفضلة للصداف الشائع على السطوح الانبساطية للأطراف وخاصة المرفقين والركبتين بالإضافة للفروة والمنطقة القطنية . وعلى أية حال ، يمكن للصداف الشائع أن يصيب أي منطقة من الجسم ، ولكن بعض المناطق من الجلد أكثر تعرضاً للمحرشات الخارجية ، وبالتالي فالصداف قد يتوضع فيها ( راجع الشكل ١٤ – ٣٠ ) .

تحدث الاستجابة الخاصة آلياً في المناطق المعرضة للضغط ، والتي تبدي معدلات عالية نسبياً من التجدد البشروي كالركبة والمرفق ، بالإضافة للفروة حيث يكون التمشيط مخرشاً . وتتخرش المنطقة بين الأليتين والعجز آلياً أيضاً ، ولذا فهي مكان شائع لتوضع التبدلات الصدافية المزمنة أيضاً . وعلى أية حال ، إذا كان ضغط العوامل الداخلية الطفحي عالياً ، كما في الصداف النقطي الطفحي عقب الأخماج بالعقديات ، فلا توجد فيه توضعات مفضلة ويكون الطفح الصدافي الظاهر منتثراً عادة .

إذا توقعنا الإصابة بالصداف ، فيجب أن تفحص المناطق التالية : الفروة ، الأذنان ، المرفقان ، الركبتان ، العجز ، الثنية الأليوية ، المنطقة حول الشرج ، القضيب والأظافر .

**علامات الشفاء** : يشفى الصداف الشائع بالعلاج أو عفوياً دون أن يترك أثراً ، والبقع الشافية قد تصطبغ بشكل عابر ، ويشيع حدوث الوضح Leukoderma الصداقي ، ويعزى هذا الوضح إلى التثبيط السابق لإنتاج الملانين في الخلايا الملانية في اللويحة الصدافية .

ويكون وضح ا الجلد الكاذب في الصداف صنعياً ، ويعزى هذا إلى علاج الصداف بالانترالين ( ديترانول ) . ويُصَبِّغ الأنترالين المؤكسد الجلد المحيط بالآفة بلون بنفسجي متدرج ، بينما لا تتلون البقع الصدافية بسبب توسفها المستمر ، ولهذا تُلَوَّنُ الآفات الصدافية المعالجة بهالة بنفسجية ، وعندما يستمر العلاج ، فإن الانترالين يؤدي إلى تصبغ وضح الجلد الكاذب في الصداف ، ولذا يمكن تمييز الشفاء النهائي للبقع الصدافية باستعمال الانترالين .

**الصداف والأمراض الباطنة المرافقة** : ثمة مناقشات واسعة حول شيوع حدوث الصداف بالترافق مع أمراض أخرى ، وينطبق هذا على الأمراض الاستقلابية خاصة ، وليس ثمة دليل على وجود علاقة محددة بين الصداف والنقرس . وإن ارتفاع حمض البول في الصداف المنتشر له علاقة مباشرة بمدى الإصابة الجلدية . وأيضاً يبدو أنه من غير المحتمل وجود علاقة للصداف بالداء السكري ، ويعتقد البعض أن الصداف والداء السكري كليهما مرض شائع ، ولذا فإن حدوثهما معاً ليس بحدث غير شائع . ويقال إن حدوث الصداف ومتلازمات سوء الامتصاص معاً كثير الشيوع ، ومع ذلك لا يوجد دليل على ذلك . كما يعتقد بوجود علاقة بين الصداف وفرط البروتينات الشحمية في الدم ، وهذا الاعتقاد أدى بالباحثان Grütz و Bürger إلى اقتراح الحمية الحالية من الشحوم في الصداف . وعلى أية حال ، كشفت الاختبارات الدقيقة لمستويات البروتينات الشحمية لدى المرضى المصدوفين عن غياب الشذوذات الثابتة . ومن المعروف أيضاً أن الصداف يعاود في المرضى البدينين والمصابين بفرط البروتينات الشحمية ، ولقد كان الصداف أقل شيوعاً إبان الحربين العالميتين ، حيث نقص تناوَل الحريرات لدى معظم الناس ونقص وزنهم فعلياً .

**الأعراض** : غالباً ما يكون المرضى المصدوفين ( وخاصة الشباب ) عرضة للكروب العقلية الشديدة نتيجة للإصابة ، والناس يقابلون الآفات الجلدية بنفورهم منها لأنها غير جميلة أو يعتقدون بعدوى هذا المرض . وأحياناً يرفض مثل هؤلاء المرضى دخول الملاعب الرياضية أو حمامات السباحة أو الينابيع الحارة .

لا توجد حكة في الصداف الشائع عادة ، ولكن قد تكون

وضحة أثناء أطوار الطفح والعلاج بالانترالين والمنتجات القطرانية أو بالعلاج الضوئي الكيميائي . وفي إصابة الفروة والثنيات يشيع التخريش فيها بسبب الصداف .

ولا تحدث الأعراض العامة في الصداف الشائع ، وتكون جميع الموجودات المخبرية طبيعية عدا مستويات حمض البول التي ترتفع في الآفات الصدافية المنتشرة .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد التبدلات النموذجية في البشرة والطبقة الحليمية وأعلى الأدمة ، وتتسمك الطبقة الشائكة بشكل منتظم أكثر من ٤ ـ ٥ مرات منها في البشرة الطبيعية ، وتترافق بتطاول الحليمات الأدمية البشروية ، كما تضيق وتتورم نهايتها السفلية . وتتألف البشرة فوق ذروة هذه الحليمات من بضع طبقات خلوية فقط وتشاهد وذمة بين خلاياها أحياناً . كما توجد اندخالات مصلية في الطبقة المتقرنة المتسمكة بالإضافة إلى أعشاش من العدلات داخل طبقات خطل التقرن ( خراجات مونرو ) وعلى حدود الطبقة الشائكة .

تبدي الحليمات الأدمية تطاولاً وتوذماً ورشاحة التهابية مزمنة حول الأوعية تتألف من ناسجات ولمفاويات وعدلات كثيرة النوى منعزلة . وتدخل مثل هذه الخلايا البشرة عبر ذرى الحليمات ( تسرب خلوي exocytosis ) كما وتحتوي الحليمات على شعيريات عريضة جداً ومتوسعة ( كرات القطن ) .

وفي الأدمة ، توجد رشاحة بقعية شديدة حول الأوعية ، تتألف من ناسجات ولمفاويات وخلايا بدينة ، وخاصة حول منشأ الشعيريات في الضفيرة الوعائية العلوية ، ولا تشاهد الحمضات والمصوريات عموماً .

**السير** : يبدي الصداف الشائع تغيرات كبيرة في سيره من مريض إلى آخر ، وقد تكون الآفات ثابتة ومزمنة لعدة سنوات ، وتحدث فيها هدآت عابرة يرافقها تفاقم أو عدمه ، وتراجع ثابت أو عابر فقط في جميع التبدلات .

**الجدول ١٤ ـ ٣ : تصنيف الصداف الشائع حسب دينمية الطفح الصدافي**

| الناحية التشخيصية | الصداف الشائع الاندفاعي الطفحي | الصداف الشائع المزمن والثابت |
|---|---|---|
| القصة المرضية | غالباً بعد التهاب اللوزات أو أخماج حادة ( مثال : النزلة الوافدة ) | غالباً مستمر لفترة طويلة |
| ضغط الطفح | عالي | منخفض |
| الشكلياء | طفحية ذات آفات صدافية عديدة ( الصداف النقطي ) : ارتشاح بسيط في الآفات | لويحات قليلة وكبيرة : ارتشاح واضح في الآفات |
| المناطق المؤهبة للإصابة | لا يوجد | المرفقان ، الركبتان ، المنطقة العجزية القطنية ، الفروة |
| ظاهرة كوبنر | كثيرة الحدوث | نادرة |
| الاستجابة للمحرشات | عالية | معتدلة |
| الحكة | كثيرة الحدوث | نادرة |
| السير | تحت حاد ، وأخيراً مزمن | مزمن |
| الميل للتراجع العفوي | موجود ، ويؤخذ بالاعتبار أحياناً | بسيط أو غائب |

**وبشكل أساسي ، توجد ثلاثة نماذج شائعة للصداف تبعاً لسيره ، ويميزها ضغوط طفح العوامل الداخلية المختلفة ودورها في ظهور الأعراض الجلدية الصدافية .**

*الصداف الشائع الاندفاعي الطفحي :* **تبدأ الأعراض السريرية غالباً عقب التهاب في اللوزات أو أخماج حادة ( مثال النزلة الوافدة ، الحصبة ) وفي عمر بين ١٠ ـ ٣٠ سنة . ويظهر خلال عدة أسابيع ، طفح تحت الحاد ويتألف من آفات صغيرة من الصداف النقطي تصيب الجذع والأطراف دون تفضيلها للتوضعات النموذجية ودون ارتشاح ملحوظ . ويكون التفاعل المتماثل الشكل Isomorphous Reaction ( ظاهرة كوبنر ) إيجابياً في أغلب الحالات ، وترافقه حكة غالباً . وتميل اندفاعات الصداف الشائع الطفحي للتراجع عفوياً ، غير أنها يمكن أن تتطور إلى الصداف الشائع المزمن بسبب الضغط العالي لطفح العوامل الداخلية والحكة في الآفات ، ويجب أن يستعمل العلاج الموضعي البسيط .**

*الصداف الشائع المستقر المزمن :* **يتميز ببعض اللويحات ذات الوسوف الفضية والارتشاح الشديد وتتوضع على المناطق المفضلة التالية : الفروة ، الأذنين ، المرفقين ، الركبتين ، الشرج ، والعجز . وهذه اللويحات مقاومة للمحرشات ، ولذا تكون الاستجابة المتماثلة الشكل ( ظاهرة كوبنر ) سلبية عادة . الحكة نادرة ، والسير مزمن . ولا تميل هذه اللويحات للتراجع عفوياً ، ولكنها لا تميل لأن تكبر عفوياً أيضاً ، ويجب أن يعطى في هذا الشكل من الصداف علاجاً موضعياً شديداً . وفي**

الصداف المستقر المزمن ، يمكن للهجمات الصدافية أن تنشأ تالية للمحرشات الداخلية والخارجية إذا كان ضغط طفح العوامل الداخلية مناسباً .

*الصداف النضحي Exudative Psoriasis* : ويفسر هذا الشكل من الصداف على أنه شكل من الصداف الشائع الالتهابي النضحي والأكثر شدة ووضوحاً .

يبدأ عادة كالصداف الاندفاعي الطفحي . وتكون لويحاته حمراء قليلاً ، ومحاطة بهالات حمامية عريضة قليلاً ، ولا يغطي سطحها الوسوف الفضية ولكن تغطيه قشور صفراء . وبالتخريش الإضافي للعلاج الموضعي الشديد قد تظهر الأحمرية الصدافية أو الصداف البثري المعمم .

**التشخيص التفريقي** : تشخيص الصداف سهل في الحالات النموذجية ، وخاصة بمراقبة ظاهرة الصداف . وقد يصعب تشخيص الصداف في الثنيات . وإذا أصيب الجذع بشكل رئيسي ، يؤخذ بالاعتبار كل من الإكزيمة الصدافية الشكل ، والإكزيمة المثانية الصدافية الشكل ، والإكزيمة الثمية ، وأحياناً النخالية الحزازانية المزمنة ( نظير الصداف النقطي ) في التشخيص التفريقي . ويجب أن نفرقه عن النخالية الوردية والطفحة الإفرنجية الصدافية الشكل في الإفرنجي الثانوي ( الآفات الحطاطية الوسفية ) أيضاً .

**الأشكال الخاصة :**

**الأحمرية ( احمرار الجلد ) الصدافية ( احمرار الجلد ) Psoriatic Erythroderma :**

الأحمرية الصدافية شكل شديد خاص من الصداف ، وتحدث كأحمرية ثانوية في ١٪ - ٢٪ من المرضى ، وتُعرَّف بأنها صداف يصيب كامل الجلد ، وقد يحدث عفوياً نتيجة كبر الآفات في الصداف الاندفاعي الطفحي ، أو الصداف المستقر المزمن ، أو بعد العلاج الشديد بأملاح الذهب ، أو كاستجابة متماثلة الشكل ، أو بعد التعرض المفرط للأشعة فوق البنفسجية الصنعية أو الطبيعية ، أو نتيجة تفاعل دوائي . يبدي كامل الجلد احمراراً التهابياً شديداً ذا وسوف صدافية أو نخالية الشكل ، وترافقه عادة تبدلات شديدة في الأظفار . وقد تتضخم العقد اللمفية قليلاً وتعزى إلى اعتلال العقد اللمفية الجلدية . أما الحكة فقد تكون شديدة .

يسهل التشخيص بالقصة المرضية وبالتبدلات الظفرية المواكبة والشائعة وبالموجودات المرضية النسجية ، ونادراً ما تميل الأحمرية الصدافية للتراجع العفوي ، أما التأثيرات العامة فهي كالتالي : فقد الماء بسبب التعرق الزائد غير المحسوس ، فقد البروتين بسبب التوسف المعمم المستمر ، وفقد الحرارة بسبب الجلد الملتهب . لذا يحتاج هؤلاء المرضى إلى كميات مناسبة من السوائل والبروتينات ، وإلى الدفء ، كما يجب علاجهم في المشفى ، وقد توجد خلايا سيزاري في دم المرضى بشكل عابر .

**الصداف البثري Pustular Psoriasis :**

يمكن للصداف الشائع أن يصبح بثرياً إذا ازدادت التبدلات الالتهابية ، وأيضاً إذا ترافق باستعداد ملحوظ للنضح والالتحام في خراجات مونرو الخفية سريرياً التي تتطور إلى بثور مرئية سريرياً . وتكون البثور فيه عقيمة ويجب تمييزها عن البثور في الأخماج بالعنقوديات الثانوية والمبيضات البيض ؛ وتحدث هذه البثور تحت الضماد الكتيم البلاستيكي أيضاً .

ويمكن تمييز عدة أشكال للصداف البثري .

**الصداف البثري المعمم ( نمط فون زومبوش )** : يمكن أن ينظر إليه على أنه شكل التهابي نضحي أعظمي من الصداف الشائع يرافقه ضغط عالٍ للطفح الداخلي ، وقلما يلتبس بالصداف الشائع باعتباره شكلياء سريرياً له ، وتنتشر الحمامى الالتهابية المنتثرة الحادة أو تحت الحادة والتي يرافقها بثور عديدة على كامل الجلد . ( راجع الشكلين ١٤ - ٣١ ، ١٤ - ٣٢ ) .

وغالباً ما يصيب الراحتين والأخمصين ، وكذلك تصاب الأغشية المخاطية الفموية والسبيل التنفسي العلوي والغشاء المخاطي التناسلي ، وترافقه موجودات مجموعية من الحمى والضعف والدعث . وفي البداية تكون البثور متلاقية وممتلئة بقيح أصفر على قاعدة حمامية ، غير أن آفات الصداف النموذجية التي لا ترافقها البثور تظهر وتتطور بعد الانخفاض التدريجي في ضغط الطفح . ويجب أن ينظر دائماً إلى احتمال تحريضه بالأخماج ، أو بالتوازن الهرموني ( الحمل ، مانعات الحمل ) ، أو بالأدوية ( مضادات الملاريا ، الأدوية التي تحوي الزرنيخ ، إيقاف الستيروئيدات القشرية ) ، ويترافق غالباً باختلاطات مجموعية ( ذات رئة ، اضطرابات في استقلاب الكبد ، عوز الحديد ) . أما الإنذار فمحتفظ به ، كما تنكس الإصابة أيضاً .

**الصداف الشائع مع اندفاعات بثرية** : ويحدث لدى المرضى المصدوفين لسنوات عديدة . بعد التعرض للمحرشات مثل إيقاف الستيروئيدات الجهازية ، أو الخمج الحاد أو الأرج الدوائي أو الحمل أو العلاج الشديد بالانترالين أحياناً ، تبدي الآفات الصدافية زيادة في الاحمرار الالتهابي وبثوراً وجلبات . ولا يترافق بأعراض عامة .

**الصداف البثري الراحي الأخمصي** : ( الصداف البثري الراحي

لأخمصي من نمط بـــــاربـــر – كونيـــنـــغ بـــــــك Barber – Konigsbeck ) هذا الجلاد شـائع ، يظهر لدى
مصـب آفات صدافية الشكل حمامية وسفية واضحة الحدود على الراحتين و/أو الأخمصين ترافقها بثور عقيمة مسطحة ، وفي كل يوم تتشـكـل بثـور جديدة ، بينما تجف بثور أخرى وتتراجع . وأحياناً ، تظهر هذه البثور في مناطق من الجلد السليم ظاهرياً : على الراحتين والأخمصين أو على قاعدة من خلل تعرق بسيط ( صـداف بثري بخلل التعرق ) في المرضى ذوي الأهبة التأتبية المرافقة .

ويصـعب سريرياً تفريقـه عن الطفحة الجرثومية البـثرية ( طفحة أندروز ) . وقد يساعدنا الفحص النسجي في الحالات غير المؤكدة ، كما في الصداف البثري الموضع أو المعمم حيث توجد بثور كوكوج ( Kogoj ) الإسفنجيـة الشكـل أحادية المسكن النموذجيـة . وتبقى جدر الخلايا القرنيـة منحلة النوى وذات البلى الفيزيولوجي في منطقة الطبقة تحت القرنية سليمة وهذا يؤدي إلى مظهر التسفنج الذي تغزوه العدلات كثيرات النوى . وتظهر بثرة بشروية منعزلة في مركز كل آفة ، وتكون تبدلات الجلد مزعجة بسبب التشققات المؤلمة وتشكل القيح ، بينما تغيب الأعراض المجموعيـة ، ويتصف المرض بسـير مزمن أيضاً . ( راجع الشكل ١٤ – ٣٣ ) .

**التهـاب جلد النهايات المستمر القيحي لهالوبو** : يعتبر هذا المرض عمـوماً كصـداف بثري يصيب الأصـابع والأباخس ويـترافق بإصـابة ظفرية واضحـة . وقد تلاحظ فيـه أعراض مجموعية ، ويعتبر التهاب الجلد الساعي شكلاً موضعاً من هذه الإصابة .

**القوباء حلئية الشكل Impetigo Herpetiformis [ Hebra 1872 ]** : وهو مرض بثري معمـم ، وينظر إليـه كجلاد من الجلادات الحملية ، وتلاحظ علاقته بقصور الدريقية وانخفاض كالسيوم الدم . ومن المحتمل أن هذه القوباء ليست إلى شكلاً خاصـاً من الصـداف البثري المعمم من نمط فون زومبوش ، ويكون كالسيوم المصـل طبيعياً في هؤلاء المرضى . وقد يمثل الحمـل وفرط الكـلسميـة محرشـات شديدة ، ولكن انخفاض تركيز كالسيوم المصل له علاقة بمستوى الألبومين المنخفض .

**الصداف من نمط الحمامي الحلقية النابذة** : هذا الشكل من الصـداف ليس له ارتباط وثيق بالصداف الشـائع من الناحية السـريرية الشكـليـائية . وعلى وجه التقريب ، فهذا النمط من الإصـابة يشبه الصداف البثري المعمم من نمط فون زومبوش ولكن سـيره سـليم عمـوماً . يبدي الجلد ، وخاصـة على الأطراف ، لويحات التهـابية حمراء سـاطعة متحلقة أو ملتفة ، واضحة الحدود وذات شفاء مركزي ، وتمتد محيطياً فتحدث وسوفاً طوقية . وغالباً ما تكشف المعاينة الدقيقة بثوراً صغيرة على حواف الإصابة ، ولهذا السبب يتم التفريق بين الأشكال البثرية واللا بثرية . وتظهر هذه الأعراض ثم تختفي سنوات ، وقد تبدي الإصابة ترقياً واضحاً خلال فترة أسبوع أو أسبوعين مع ميل للتراجع في مركزها . وأخيراً يمكن للمرض أن يتطور باتجاه الصداف الشائع النموذجي ، ويثبت التشخيص نسجياً في الأشكال المشكوك بها .

**صداف اعتلال المفاصل Psoriasis Arthropathica** :

*المرادفات* : التهـاب المفـاصـل الصـدافي ، اعتـلال المفـاصـل الصدافية .

**التعـريف** : وهو حدوث متزامن بين الصـداف الشـائع والتبدلات المفصلية في التهاب المفاصل تصيب المفاصل القاصية ( الأصابع والأباخس ) خاصة .

**الحدوث** : تشاهد التبدلات المفصلية في حوالي ٥٪ – ٧٪ من مرضى الصداف الشائع . وإنه ما زال غير محدد ما إذا كان هذا التزامن عرضياً في إصابة الجلد والتبدلات المفصلية . ولقد أثبت سلبية التفاعلات المفصلية الرثوانية في أكثر من ٨٠٪ من مرضى الصـداف باعتلال المفاصـل . كما يوجد لدى المرضى استعداد وراثي أيضاً ، لأن إيجابية $HLA\ B_{27}$ هي أكثر من الطبيعي في مرضى الصداف الشائع أو داء رايتر أو التهاب المفصل العجزي الحرقفي .

والصـداف باعتـلال المفاصـل نادر جداً في الأطفال ، أما البالغين فأكثر إصـابة . وفي حوالي ٦٠٪ من المرضى ، تسبق الأعراض الجلدية التبدلات المفصلية ، وغالباً ما تعند كثيراً على العلاج ، وتتطور إلى أحمرية صدافية .

**الموجودات السـريرية** : بعد رايت Wright [ ١٩٥٩ ] ، تميزت ثلاثة مجموعات من مرضى الصداف والتهاب المفاصـل المزمن سلبي التفاعلات المصلية .

*التهاب المفاصل الصدافي القاصي* : توجد هذه الصورة السريرية في حوالي ٣٠٪ من المرضى ، وهي أكثر شيوعاً في الذكور . يبدأ المرض على الأباخس غالبـاً ، ويصيب عدة مفاصـل غير متناظرة ، وتتوضع الإصابة في المفاصل البعيدة بين سلاميات الأصابع والأباخس . تؤدي التبدلات الالتهابية في النسيج حول المفصل إلى تورم في الأصابع والأباخس في ذات المنطقة وتترافق بـالألم أثنـاء الحركة وفي الضـغط أحيـاناً والتبدلات الظفرية الصـدافية شـائعة جداً في هذا الشكل من الصداف ( حوالي ٨٠٪ من الحالات ) .

*التهاب المفاصل الصدافي الجادع :* هذا شكل شديد من التهاب المفاصل المشوه ، ويصاب به الذكور والإناث ، ويصيب مفاصلاً صغيرة وعديدة في الأصابع واليدين وفي الأباخس والقدمين ، إضافة إلى المفصل الحرقفي الأليوي والمفاصل الشوكية . تحدث تبدلات محيطية مخربة في المفصل وتترافق بانحلال وتآكلات عظمية ، وهذه التبدلات قد تشابه تبدلات داء رايتر . وفي المراحل الأخيرة من الإصابة يُلاحظ تشوهات عظمية ومفصلية شديدة يرافقها تحدد الحركة . ومن الشائع أن يصاب هؤلاء المرضى بالصداف الشائع المنتشر والمقاوم على العلاج ، ويصابون أحياناً بالأحمرية الصدافية أو بالصداف البثري . ولا تبدي الاختبارات المصلية علامات رثوية عادة . ( راجع الشكل ١٤ – ٣٤ ) .

*التهاب المفاصل الصدافي :* هذه الإصابة المفصلية تشابه التهاب المفاصل المزمن البدئي ، يبدأ هذا المرض غالباً بشكل غير متناظر ويؤدي إلى تخريب المفصل المنعزل ، ولا يكون الانحراف الزندي للأصابع واضحاً كما في التهاب المفاصل المزمن الغامض . وغالباً ما تصاب فيه المفاصل الحرقفية الأليوية ، ويرافقه فقر الدم ، وارتفاع سرعة التثفل ، كما تغيب العقيدات الرثوية ، ولا يكشف العامل الرثواني في هذه الإصابة .

ومن المعروف أن الصداف الشائع يترافق حدوثه بالتهاب المفاصل الرثواني أيضاً . ومن المشكوك به ما إذا كانت هذه الأعراض التي تترافق مع سلبية اختبار والر – روز Waaler – Rose أو اللاتكس كافية لتشخيص هذه الحالات كما في الصداف باعتلال المفاصل .

ومن الشائع حدوث التهاب **الفقار القسطي** في مرض الصداف الشائع والصداف باعتلال المفاصل .

**الإنذار :** يجب أن يوضع الإنذار بحرص وعناية ، فالأعراض المفصلية لا تبدي سوى ميلاً بسيطاً فقط للتراجع .

**الموجودات الشعاعية :** وبالاعتياد على نمط المرض ، فإن المسافات المفصلية تضيق في نهايات الأصابع ، وقد يكون لها علاقة بالتآكل المحيطي للمفصل وتخلخل العظم حول المفصل . كما تترافق باعتلال المفاصل بين السلاميات البعيدة وتخربها مع قسط وانحلال عظمي .

**السير :** تتورم الأقسام الرخوة حول المفصل : وقد يحدث انحلال عظمي بؤري . وفي الأشكال الجادعة ، تنسدّ الفراغات المفصلية وتصاب بالقسط ، كما يلاحظ انحلال عظمي شديد في هذه الحالات .

## الإتقاء وعلاج الصداف Prophylaxis and Treatment of Psoriasis :

### الإتقاء :

لم تعرف بعد آليات وقائية لتجنب ظهور الطفوح الصدافية ، والنقطة الهامة تكمن في أن مرضى الصداف الشائع يجب أن لا ينجبوا أطفالاً من والدين يعانيان من تظاهرات الصداف أو هما عضوان في عائلات مصابة بالصداف . ويبلغ احتمال ظهور الصداف في الأطفال حوالي ٣٠٪ إذا كان أحد الوالدين مصدوفاً ، بينما تبلغ حوالي ٦٠٪ إذا كان كل من الأبوين مصدوفاً . ومن الأهمية تجنب العوامل المحرشة وخاصة الأخماج الحادة بالعقديات التي تصيب السبيل التنفسي العلوي ، بالإضافة إلى المحرشات الأخرى كزيادة واضحة في الوزن ، والشدائد ، والتغيرات الشديدة في الحمية . وإن تجنب البرد ، والطقس الرطب والكروب ذات تأثير مرغوب ، لذلك ينصح بها من الناحية الوقائية . كما تحدث الإقامة في المناطق الجبلية أو الشواطىء تأثيرات مفيدة أحياناً .

**المعالجة :** إن علاج الصداف ليس بسيطاً . لذا يجب على الطبيب أن يأخذ عوامل عديدة بعين الاعتبار مثل : عمر المريض ، وضغط طفح المثيرات الداخلية ، ومدى الإصابة ، وتوضعها ، وميل الآفات الصدافية للنضح . وهذه العوامل تؤثر على القرار فيما إذا كان علاج المريض سيتم داخل المشفى أو خارجها .

ومع ذلك يمكن التخلص من الآفات الصدافية ، ولو أن ذلك غير ممكن بوجود الاستعداد الوراثي للتفاعل الصدافي . ويمكن للصداف من النمط الظاهري أن ينشأ من صداف شافٍ ظاهرياً في أي وقت من الأوقات . ولذا فإن النكس شائع . وبما أنه لا يوجد سبب نوعي معروف للصداف فليس ثمة مجال للتغيير في ضغط طفح العوامل الداخلية في المصدوفين ، ويبقى العلاج في الصداف غير نوعي . هذا وإن العلاجات الموضعية والجهازية متوفرة .

*المعالجة الموضعية :* إن العلاجات الموضعية تفوق الإجراءات العلاجية الجهازية لسلامتها وللاستجابة التامة لها ، ومن المهم هنا أن نتذكر دينمية الصداف . ويتطلب الشكل الطفحي علاجاً بسيطاً بالمقارنة مع الشكل المستقر المزمن ، وإضافة إلى ذلك يعتمد نمط العلاج عملياً على توضع الإصابة أيضاً . وينبغي ، قبل البدء بأي علاج ، معرفة العوامل المحرشة الداخلية والخارجية وإقصاؤها ما أمكن .

**حالات القرنين : Keratolysis ( Descaling )** يقلل تراكم

الوسوف على الآفات من نفوذية الأدوية المضادة للصداف ، ويتطلب ذلك تطبيق حالات القرنين المناسبة في البداية وخلال العلاج أيضاً .

*حمض الصفصاف Salicylic acid* : يبقى حمض الصفصاف العامل الحال للقرنين الأبسط والأفضل ، ويتم اختيار أساس المرهم بالاعتماد على مكان الإصابة .

*الجذع والأطراف* : حمض الصفصاف في الوذلين :

| | |
|---|---|
| حمض الصفصاف | ٣ ( - ٥ ) |
| الوذلين | حتى ١٠٠ |

*الفروة* : حمض الصفصاف في أساس قابل لغسله بالماء :

| | |
|---|---|
| حمض الصفصاف | ٥ ( - ١٠ ) |
| زيت الزيتون | حتى ١٠٠ |

*الراحتين والأخمصين* : ويتطلب تركيزات عالية من حمض الصفصاف لحل القرنين فيها :

| | |
|---|---|
| حمض الصفصاف | ١٠ - ٢٠ |
| مرهم دياكيلون ( Diachylon ) | حتى ١٠٠ |

( وإن مشاركتها مع أقسام متساوية من مرهم ستيرويدي مفلور ، يكون لها تأثير مفضل بشكل خاص ) .

وتنشأ التأثيرات السمية من امتصاص حمض الصفصاف من سطح المنطقة التي دهنت بالمراهم الحاوية على هذا الحمض ، وخاصة عند الأطفال .

**الاستحمام Bathing :**

قد يساعد الاستحمام على إزالة الوسوف أيضاً ، ويعتبر الاستحمام بالماء والصابون مع الدلك اللطيف مفيد قبل استعمال الدواء . ولحمامات البخر تأثير مفضل وحال للقرنين أيضاً ( العلاج البحري Thalassotherapy ) ، كما توجد فائدة قيمة لحمامات أضيف إليها الزيت و/أو القطران ( انظر الفصل ٦٧ ) .

**العلاج بمضادات الصداف** : إن العلاج بمضادات الصداف يلون الجلد والثياب غالباً ، أو يحدث رائحة غير مستحبة ، وينحصر استعمال مثل هذا المستحضر في المشفى غالباً . وفي السنوات الأخيرة ، ظهرت رغبات كثيرة جداً لتوفير إجراءات علاجية موضعية آمنة ونظيفة . ثم أصبح العلاج الضوئي والضوئي الكيميائي بشكل خاص علاجاً مقبولاً وناجحاً . وعادة ، يتم العلاج بمضادات الصداف موضعياً بثلاثة أنماط من المواد ( الأنترالين ، القطران ، الستيروئيدات ) أو بالأشعة فوق البنفسجية .

**١ - الانترالين Anthralin :** . ( راجع الشكل ١٤ - ٣٥ ) . ( ويسمى أيضاً : ديترانول ، الاسم الكيميائي ١ ، ٨ ثاني هدروكسي انترون ) . وقد قدمه ليكون علاجاً للصداف العالمان Unna و Galewsky في عام ١٩١٦ ، وللأنترالين تأثير مثبط للخلايا بسبب ارتباطه مع الحموض النووية ، وتثبيطه تركيب الدنا DNA ، وارتباطه بالأوريدين Uridine في الرنا RNA النووي ، بينما يخفض من تنفس الجلد في الزجاج أيضاً . ويسبب الانترالين استجابة التهابية في الجلد تعتمد على الجرعة ، وإن إحداثه لاحمرار الجلد البسيط فقط وليس التهاب فيه هو أمر مرغوب في العلاج بالديترانول . ولسوء الحظ ، فإن المركبات المؤكسدة من الانترالين تصبغ الجلد والثياب ، ولذا يستطب هذا العلاج غالباً في المشافي فقط . وبما أن حمض الصفصاف يقي الانترالين من التأكسد السريع ، وخاصة في المعاجين ، وهو في نفس الوقت حال جيد للقرنين ، لذا كان من المرغوب به إضافة حمض الصفصاف إلى الانترالين . وإذا أحدث العلاج بالانترالين حمامى واضحة ، وجب إيقافه لمدة يوم إلى يومين ، وتدهن المناطق المخرشة من الجلد بمستحضر مرطب ( دهون الزنك ) ( راجع الشكل ١٤ - ٣٥ ) .

*الانترالين - حمض الصفصاف في الوذلين :*

بعد حل الوسوف البدئي في كل الآفات ، يطبق مركب الانترالين - حمض الصفصاف في الوذلين مرتين أو ثلاث مرات يومياً بتراكيز متزايدة ببطء ، ونبدأ بانترالين تركيزه ٠,٠٥٪ ثم نزيد التركيز تدريجياً حتى ٠,١٪ ، ٠,٢٥٪ ، ٠,٥٪ ، ١٪ ، ٢٪ ، حتى نصل أخيراً للتركيز الأعظمي للانترالين ٤٪ . ويستعمل الوذلين الأصفر أساساً ، ويضاف إليه ١٪ - ٣٪ من حمض الصفصاف . ومن المهم حدوث احمرار بسيط فقط حول الآفات الصدافية ، وليس التهاب جلد تخريشي ، لأن الأخير يثير حدوث الصداف بالاستجابة المتماثلة الشكل أو استجابة كوبنر . وقبل زيادة تركيز الانترالين الذي يطبق مرتين أسبوعياً عادة ، يجب أن يأخذ المريض حماماً بإضافة المطهرات ، أو الزيت ، أو القطران .

*معجونة الزنك مع الانترالين وحمض الصفصاف :*

نصح انغرام Ingram ( ١٩٥٣ ) بوضع الانترالين في معجونة من الزنك وإضافة ٣٪ من حمض الصفصاف إليها ، وكانت النتائج أفضل نتيجة التصاق المعجونة بالآفة ونقص ميل الإصابة للامتداد باتجاه الجلد الطبيعي المحيطي . ولقد نصح فابر Faber وصحبه بشكل أساسي بهذه المعجونة الصلبة قليلاً :

| | |
|---|---|
| الانترالين | ٠,١ - ٤ |
| حمض الصفصاف | ٠,٥ |

| | |
|---|---|
| البارافين الصلب | ٥ |
| معجونة الزنك | حتى ١٠٠ |

ويتطلب العلاج هذه المعاجين التي يدخل في تركيبها الانترالين بتراكيز متزايدة . ويمكن الاعتماد على هذا النوع من المعاجين المتوفرة تجارياً في علاج مريض خارجي مصاب بآفات معدودة . كما يتطلب العلاج بالانترالين خارج المشفى مريضاً متعاوناً كي نتجنب التأثيرات الجانبية والمخرشة غير المرغوبة .

مرهم درو **Dreuw** : هذا المرهم الذي قدمه درو يمثل العلاج المركب العلاجي التالي :

| | |
|---|---|
| حمض الصفصاف | ١٠ |
| زيت الخروع Castor oil | ١٠ |
| يضاف لحل | |
| زيت قطران البتولا | |
| انترالين | ٢ ـ ٥ ـ ١٠ |
| صابون البوتاسيوم | بنسبة متساوية |
| لانولين لا مائي | ١٠٠ ) àà to |
| . | 100 |

يتصف مرهم درو برائحة قوية وصباغ شديد ، ولهذا يمكن أن يستعمل في المشافي فقط وفي علاج الآفات الصدافية الدائمة والمنعزلة .

*الانترالين مع حمامات قطرانية والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية* : وهذه هي طريقة انغرام **Ingram** . إن علاج الصداف الحذر بالانترالين ( انترالين ـ حمض الصفصاف في الوذلين أو معجونة الزنك ) في بعض الحالات يمكن أن يُشارك بفوائد الحمامات القطرانية والأشعة فوق البنفسجية الصنعية . وتكون خطة المعالجة كالتالي :

- في الصباح ، حمام زيت ـ قطراني .
- بعد الحمام مباشرة ، يشعع كافة الجسم بالأشعة فوق البنفسجية ب أو آ + ب .
- بعد التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية مباشرة ، يطبق الانترالين بتراكيز متزايدة ببطء .
- وفي المساء ، يكرر تطبيق الانترالين إذا كان ضرورياً .

*الاستطبابات* : في الصداف النقطي الطفحي ، يوجد تأثير مرغوب به من جراء مشاركة التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية مع الانترالين ـ حمض الصفصاف في الوذلين بتراكيز متزايدة ببطء . وفي الصداف المستقر المزمن ، يفضل العلاج الأكثر شدة بالانترالين كما في معجونة الزنك مع الانترالين وحمض الصفصاف ، أو الانترالين ـ حمض الصفصاف في الوذلين .

وإن القليل من تخريش الجلد أمر مرغوب ، ولذا يؤدي العلاج الخفيف جداً إلى المقاومة . وإذا كان التخريش شديداً بالمواد الخارجية التي تحتوي على الانترالين توقف لمدة يوم أو يومين ، وبدلاً عنها يدهن الجسم بمرهم مُطَرٍّ ، أو بالوذلين الأصفر أو بحمض الصفصاف في الوذلين ( ٣٪ ) وتدهن الأقسام المخرشة بدهون الزنك .

*مشاركة الانترالين بالستيرويدات* : ذُكر هذا الشكل من العلاج لفائدته القيمة ، وخاصة في علاج الراحتين والأخمصين ، ويستعمل العلاج بالانترالين لمدة نصف يوم ، بينما تطبق الستيرويدات المفلورة وتحت ضماد كتيم بلاستيكي في النصف الثاني من اليوم نفسه ، ويجب أن يوقف العلاج بالستيرويدات بعد تراجع الآفات بشكل مناسب ، ويمكن لهذا الشكل من ا لعلاج أن يشارك بحمامات زيت ـ قطرانية يومياً مع التشعيع بالأشعة البنفسجية ب .

*العلاج بالتماس القصير بالانترالين* [ **Runne** و **Kunze** ١٩٨٢ ] : لقد نصح بالعلاج بالتماس القصير بالانترالين . تدلك الآفات الصدافية بشكل أساسي بالانترالين ـ حمض الصفصاف في الوذلين ، وبسبب النفوذية السريعة لهذا العلاج في الآفات ، نحصل على التأثير المرغوب بتطبيقه مدة ١٠ ـ ٣٠ دقيقة على الجلد المصاب فقط . وبعد ذلك يأخذ المريض حماماً بالمنظفات والزيت . لذا يمكن إعطاء هذا العلاج للمرضى خارج المشفى .

*خطة العلاج* : انترالين ـ حمض الصفصاف في الوذلين بتراكيز ٠,٥٪ ، ١٪ ، ٢٪ ، والتركيز الأعظمي ٤٪ ، بينما تكون تراكيز حمض الصفصاف ١٪ ـ ٣٪ في الكهول و ٠,٥٪ في الأطفال .

*طريقة الاستعمال* : يطبق هذا العلاج مرة أو مرتين يومياً على الآفات الصدافية حصراً ، وتغسل بعد ١٠ ـ ٣٠ دقيقة بالصابون أو بالمنظفات . ويمكن تطبيقه لفترات أطول ٦٠ دقيقة مثلاً ، وأخيراً ، يدهن الجلد بمراهم أو رهيمات مزلقة .

يمكن لهذا الشكل من العلاج أن يشارك بالتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية .

**٢ ـ القطران** : عرف القطران منذ فترة طويلة بتأثيره المضاد للصداف . وإن قطران الفحم الحجري الخام ( **Pix Lithanthracis** ) فعال ولكن استعماله غير مستحب ورائحته كريهة . ولهذا السبب تعالج الآفات الصدافية المعزولة فقط بهذا النوع من القطران ، ويوصف للمرضى داخل المشفى عادة .

*المراهم التي تحوي قطران* : العلاج الذي لا يمكن تطبيقه في

ـرضى خارج المشفى لرائحته غير المستحبة ولتلويثه هو العلاج بقطران الفحم الحجري الخام (٢٪، ٥٪، و١٠٪) في الوذلين الأصفر أو بالمنظفات الكاربونية السائلة (٥٪، ١٠٪، ٢٠٪) في الوذلين الأصفر، أو في الزيت أو في الدهون.

*العلاج بالقطران والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ـ جيوكرمان* **Goekerman** : وهذا العلاج يشارك فيه العلاج بالقطران ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجية الصنعية (ـوب). ويعالج المريض مرتين يومياً بالقطران (وذلين المنظفات الكاربونية السائلة أو وذلين قطران الفحم الحجري الخام)، ثم يزال بحمام زيتي، ومن ثم يطبق التشعيع على كامل الجسم ثانية حتى عتبة الحمامى. ولقد تبين أن هذه الطريقة ذات قيمة خاصة في الصداف الشائع الاندفاعي الطفحي، وتحدث ـه هدآت في كل أشكال الصداف.

*الحمامات القطرانية* : تحدث التأثيرات الخفيفة المضادة للصداف بالحمامات القطرانية، وينصح بهذه الحمامات بشكل خاص في الصداف الشائع الاندفاعي الطفحي، ويمكن مشاركتها بتشعيع كامل الجسم بالأشعة فوق البنفسجية كما في علاج جيوكرمان وبالحمامات الشمسية المراقبة بدقة أيضاً.

*المستحضرات القطرانية الأخرى* : يمكن استعمال المستحضرات القطرانية التي أُزيل لونها ورائحتها جزئياً في علاج البقع الأقل ارتشاحاً في الصداف الشائع الاندفاعي الطفحي، إضافة إلى علاج صيانة للأشكال الأخرى من الصداف لتجنب رجعتها. وينصح بالمستحضرات المركبة من القطران والستيروئيدات في علاج الفروة.

*مرهم قطراني في صداف الفروة* :

| | |
|---|---|
| منظفات كربونية سائلة | ٣ |
| زيت في أساس مائي | حتى ١٠٠ |
| كبريت | ٣ |
| حمض الصفصاف | ٣ |
| قطران الفحم الحجري الخام | ٣ |
| مرهم محب للماء | حتى ١٠٠ |
| (Hydrophilic USP) | |

في علاج البقع الصدافية على خط الأشعار، يمكن استعمال صبغة إيكوف **Eichoff**.

| | |
|---|---|
| حمض الصفصاف | |
| نافتول | بنسبة متساوية ٥ (áá 5) |
| زيت قطران البتولا | |
| صابون | |
| اكتامول | وبنسبة متساوية ١٠ (áá 10) |
| إيتانول ٩٦٪ | حتى ١٠٠ |

**٣ ـ الستيروئيدات المفلورة** : تحدث هذه الستيروئيدات تحسناً مدهشاً في معدل تراجع التبدلات الصدافية، وخاصة عندما تطبق تحت ضماد بلاستيكي كتيم. ومن ناحية أخرى، توجد بعض العوامل المحددة في استعمال الستيروئيدات المفلورة، حيث ينكس الصداف عادة سريعاً عندما يوقف العلاج بالستيروئيد الموضعي. ويكون فترة الهدآت التي تحدثها الستيروئيدات أقصر فعلياً من تلك التي يحدثها الأنترالين أو القطران. كما يصعب علاج الصداف بالطرق الأخرى غالباً بعد العلاج بالستيروئيد الموضعي. وأخيراً، تحدث التأثيرات الجانبية للعلاج الطويل الأمد بالستيروئيد الموضعي (ضمور الجلد، الفرفرية، فرط الأشعار، توسع الشعيريات، الخطوط (الغرر) المتباعدة). وقد يحدث تأثير ارتدادي بزيادة النضح (الطفوح البثرية).

وينصح باستعمال الستيروئيدات كالتالي :

*الفروة* : يطبق محلول ستيروئيدي مفلور على المناطق المصابة من الجلد في المساء، ثم يدلك رهيم من الستيروئيد المفلور، ويغطى الراس بغطاء مبلل نبوذ **Disposable**. وفي صباح اليوم التالي، تغسل الفروة بالمنظفات أو بشامبو طبي. أما في ساعات النهار، فتدهن الفروة مرتين يومياً بصبغة من الستيروئيدات أو بمستحضر مركب يحتوي على القطران. وعندما تتحسن التبدلات الجلدية، يمكن إطالة الوقت بين التطبيقات المتتالية، ويمكن استعمال رهيات أو زيوت قطرانية أُزيل لونها، أو مركبات الأنترالين الخاصة في المساء.

*الوجه والأذنين* : إذا وجدت بقع مبعثرة على الوجه، يمكن علاجها بلاصق شفاف يحتوي على الستيروئيد المفلور. ويكفي هنا استعمال الستيروئيدات بتراكيز منخفضة عادة. ويؤخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية للستيروئيدات بشكل خاص، والطفوح العدية، والتهاب الجلد حول الفم الشبيه بوردية الوجه.

*الثنيات* : يجب استعمال الستيروئيدات ذات القدرة العالية بحذر كبير ما أمكن كالمعاجين مثلاً. ويبدو أن الهيدروكورتيزون اسيبونيت **Hydrocortisone Aceponate** ذو فائدة قيمة. وكذلك فإن القطران بتركيز معتدل ١٪ في معجونة الزنك أو معجونة لاسار محتمل عادة، ويمكن إضافة علاج مركب من صبغة كاستيلاني أيضاً.

*الصداف على الجسم* : في علاج المرضى خارج المشفى، ينصح

بتناوب العلاج المدرسي ( الكلاسيكي ) المضاد للصداف بآن واحد في الآفات الصدافية المنعزلة . فالمريض يعالج آفاته بالستيروئيدات تحت ضماد كتيم في المساء ، بينما يدهنها بمستحضرات قطرانية أو بالأنترالين أثناء النهار ، ومن الممكن مشاركتها بالأشعة فوق البنفسجية ب يومياً .

وأخيراً ، يمكن استعمال معلق من التريامسينولون في علاج البقع المنعزلة التي لا تكون كبيرة جداً ( تمديد بالمصل الفيزيولوجي بنسبة ١ : ٤ وحتى ١ : ٥ ) ، والذي يحقن داخل الآفات . ومن المهم أن نؤكد هنا على الحقن داخل الأدمة لتجنب ضمور الجلد .

*صداف الأظافر* : للستيروئيد المفلور تأثير مفيد في صداف سرير الظفر وطيات الظفر ، ويجب تطبيق محلول تريامسينولون مع حمض الصفصاف لعدة أسابيع تحت الظفر وفي سريره ، ومن الضروري أحياناً أن يشارك بالعلاج الكتيم ( قفازات بلاستيكية ) . وإن حقن الستيروئيدات في رحم الظفر وسريره مؤلم جداً ، كما في الحقن بالمحقن النفاث . ويجفف الاستعمال المديد لمحاليل التريامسينولون الكحولي من الجلد المحيط ، لذا ينصح بالمزلقات في نهايات الأصابع . ويجب مراقبة الخمج الفطري والجرثومي الثانوي ، ويمكن أن يستعمل العلاج المشارك بالصبغة المضادة للفطور ، وقد يكون مناسباً تجربة مرهم ٥ فلوروويوراسيل ١٪ في طيات الظفر .

**تريتينون Tretinoin** : لتطبيق التريتينون ( حمض فيتامين آ ، حمض الريتينوئيك ) خارجياً تأثير خفيف مضاد للصداف ، وطيف هذا العلاج ضيق على أية حال ، لا يمكن تجنب التخريش فيه دائماً ، ويستعمل التريتينون في معالجة الصداف على الوجه بتراكيز منخفضة بالنسبة لتركيزه في علاج العد .

**٥ ـ العلاج الضوئي** : لاحظ كثير من المصدوفين أن جلدهم يتحسن فعلياً أو أن حالتهم تتراجع كلياً بالتعرض لأشعة الشمس خلال إجازاتهم ، ويفسر هذا التأثير بشكل أولي بتثبيط زيادة تركيب « الدنا » في البشرة الصدافية المتكاثرة بالتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية .

**٦ ـ المداواة بالمناخ Climatotherapy** : وهو تشارك بين حمامات البحر ( العلاج البحري لإزالة الوسوف ) والتعرض لأشعة الشمس ( معالجة بالشمس Heliotherapy ) . وهذا العلاج ممكن على الشواطىء حيث تكون أشعة الشمس شديدة نسبياً . وفي جمهورية ألمانيا الفيدرالية تقوم هذه العلاجات على الشواطىء الشمالية خلال أشهر الصيف ، والمداواة بالمناخ واعدة بشكل أكثر في البحر الميت ، ويبدو أن محتواه العالي من الملح ( حوالي ٢٨٪ ) ذو تأثير مفضل ليس في إزالة الوسوف فقط بل في إبراز دور التشعيع الشمسي بسبب ترسب البلورات على الجلد . ويعتقد بأهمية التوضع الجغرافي بشكل خاص ( حوالي ٣٩٠ م تحت مستوى البحر وقرب الصحراء ) ، ويتراوح الوقت المطلوب لهذا العلاج بين ٤ ـ ٦ أسابيع ، والنتائج فيه جيدة ، ولهذا العلاج تأثير موقف للمراضة إلى حد كبير .

**٧ ـ التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية الصنعية** : حديثاً ، توفرت الأجهزة التي تنتج الأشعة فوق البنفسجية آ بشكل رئيسي وبعض الأمواج الطويلة من الأشعة فوق البنفسجية ب . وهذا أحدث علاج انتقائي بالأشعة فوق البنفسجية ممكن للمصدوفين ، والتأثيرات لهذا العلاج على المدى البعيد غير معروفة وتكمن فوائد هذا العلاج في أن المريض يمكنه الإبقاء على هدأة المرض بالعلاج الداعم .

*العلاج الضوئي الكيميائي* : ويعتمد مبدأ هذا العلاج على دمج تأثير الأمواج الطويلة للأشعة فوق البنفسجية ( الأشعة فوق البنفسجية آ ) والمادة المحسسة ( ٨ ، ميتوكسي بسورالين ، 8 MOP – ) . يحدث هذا العلاج تفاعلاً جلدياً سمياً ضوئياً يتراوح مداه بين احمرار الجلد البسيط إلى تفاعل يشبه حرق الشمس وذلك حسب شدة التشعيع .

*العلاج الضوئي الكيميائي الموضعي* : يطبق محلول ٨ ميتوكسي بسورالين ( ٠,١٥٪ ) على البقع الصدافية ، ويجرى التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية آ بعد ساعة واحدة . فوائد هذا العلاج هي : عدم تشعيع الجلد السليم ، زمن التشعيع قصير ، غياب التأثيرات الجانبية والمجموعية للدواء . أما مساوىء هذا العلاج فهي : صعوبة مراقبة شدة التفاعلات ، وزمن الاستغراق قبل المباشرة بالتشعيع ، وفرط التصبغ البقعي وحدوث النفاطات .

*العلاج الضوئي الكيميائي الجهازي ( بوفا PUVA )* : يتميز البوفا ( بسورالين + الأشعة فوق البنفسجية آ ) عن العلاج الموضعي في أن المريض يتناول المحسس الضوئي من مادة ٨ ميتوكسي بسورالين (MOP – 8) عن طريق الفم ( ٠,٦ ـ ٠,٨ ملغ/كغ من الوزن ) .

| وزن الجسم ( كغ ) | الجرعة ( ملغ ) |
|---|---|
| < ٥٠ | ٢٠ |
| ٥٠ ـ ٦٥ | ٣٠ |
| ٦٥ ـ ٨٠ | ٤٠ |
| ٨٠ ـ ٩٠ | ٥٠ |
| > ٩٠ | ٦٠ |

وبعد ساعتين ، يجرى التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية آ (UVA) لكامل الجسم من مصدر عالي الشدة ، فوائد هذه الطريقة هي : نظافتها ، سرعة تطبيقها ، التحكم فيها جيد ، ونتائجها جيدة في كل أشكال الصداف . ويعتبر الإسمرار تأثيراً تحسيسياً مرغوباً في المرضى المعالجين بالتشعيع لكامل الجسم . ومن ناحية أخرى ، يتطلب هذا الشكل من العلاج زمن تشعيع طويل ويترافق أحياناً بإقياء وإحساسات بالحكة . وعموماً ، يعطى العلاج الأولي ثلاث إلى أربع مرات أسبوعياً ( الأحد ، الاثنين ، الأربعاء ، الخميس ) وحتى يتم الشفاء السريري للآفات . ثم تبدأ المعالجة الداعمة ، وهذه تمنع رجعة المرض ، وتعطى على فترات طويلة ثابتة ( تشعيع واحد كل ١ – ٣ أسابيع ) . ومن الضروري حماية العين بشكل جدي ( النظارات الواقية ) خلال العلاج ولمدة ٢٤ ساعة التالية للعلاج لمنع حدوث الساد والتبدلات العينية الأخرى ، كما ويجب حماية الصفن أيضاً .

إن **الاستطبابات** العلاجية بالبوفا تتوافق بشكل أساسي مع العلاجات الموقفة للخلايا وهي : الصداف الشائع المعند على العلاج منذ فترة تؤخذ بالاعتبار، الأحمرية الصدافية، الصداف البثري الراحي والأخمصي ، الصداف البثري المعمم ، الصداف خلال تناول الستيروئيدات الجهازية ، والعواقب الاجتماعية الخطيرة التي تعزى للصداف .

أما **مضادات الاستطباب** فهي : الصداف المحدود ، الاستجابة الجيدة للعلاج التقليدي ، أمراض الكبد أو الكلية أو الأمراض الهامة الأخرى ، تناول الأدوية المحسسة للضياء في آن واحد ( سلفوناميدات ، فينوتيازين ، ... الخ ) ، تناول الزرنيخ في قصة المريض ، الحمل .

آليات تأثير هذه المعالجة : إن التشعيع بالأمواج الطويلة من الأشعة فوق البنفسجية تفعل ٨ ميتوكسي بسورالين في الجلد الذي يرتبط مع « الدنا » ، وهذا بدوره يثبط تركيب الدنا في البشرة وأيضاً في الخلايا المتحسسة في الأدمة ، وهذا العلاج موقف للمراضة Morbidity ، وبالتالي فالعلاج لفترات أطول قد يصبح ضرورياً . وعلى المدى البعيد ، من الممكن أن تضم التأثيرات الجانبية كل من المران السفعي بشكل خاص ، وحدوث التبدلات السرطانية أو السابقة للسرطان الجلدي . وعلى هذا الأساس ، فإن علاج الصداف بالمعالجة الضوئية الكيميائية يتطلب استطبابات مناسبة .

**٨ – التشعيع بالأشعة السينية** : يناسب العلاج بالأشعة السينية الطرية علاج الآفات الصدافية المعزولة ( ١ – ١,٥ Gy ، ٣ مرات على فترات بين ٨ – ١٠ أيام ) ، وصداف الأظافر ( نفس الجرعة ) ، والأحمرية الصدافية ( تشعيع كامل الجسم بالمعالجة الشعاعية، ٠,٣ – ٠,٥ Gy يومياً، ونصف القيمة على عمق ٢ ملم ، الجرعة الكلية ٣ Gy ) . ونادراً ما تستعمل الأشعة السينية اللينة في علاج الآفات الصدافية في الوقت الحاضر .

*المعالجة الجهازية* : ينظر إلى الدواء على أنه فعال في معالجة الصداف الشائع فقط إذا حدث تحسن واضح في الآفات الجلدية في أكثر من ٢٥٪ من الحالات غير الانتقائية من الصداف الشائع والتي لم تتلق أي علاج موضعي آخر ، لأن معدل التراجع العفوي في الصداف الشائع يبلغ حوالي ٢٠٪ – ٢٥٪ .

**الستيروئيدات القشرية** : غالباً ما تكون الستيروئيدات فعالة جداً ، ولكنها موقفة للمراضة فقط . وفي حوالي ٨٠٪ من المرضى ، تحدث رجعة سريعة نسبياً عندما توقف الستيروئيدات ، وقد تحدث هجمات شديدة بشكل صداف بثري معمم ، أو عودة الآفات الجلدية المقاومة أكثر على العلاج الموضعي عقب إيقاف الستيروئيدات . وأخيراً ، ولمنع ظهور الآفات الصدافية يتطلب جرعات من الصيانة لفترات طويلة وتقع فوق حدود كوشينغ . ولهذه الأسباب تستطب الستيروئيدات فقط في الصداف البثري المعمم ، والأحمرية الصدافية والصداف المفصلي بالإضافة إلى حالات الصداف التي تميل للتعمم إذا فشلت المعالجة الضوئية الكيميائية أو المعالجة المثبطة للخلايا .

وتعتبر الستيروئيدات المفلورة أكثر فاعلية من الستيروئيدات غير المفلورة ، ويفضل إعطاء الترياماسينولون والبيتاميتازون . ويبتدىء العلاج بجرعات متوسطة ( ٤٠ – ٨٠ ملغ ترياماسينولون يومياً ) وتحول إلى جرعة الصيانة حالما تتحسن الآفات بشكل واضح .

وإن العلاج بجرعات منخفضة من الترياماسينولون ( ٤ – ٦ ملغ يومياً ، وغالباً كل يومين فقط ) ولفترات قصيرة قد يبرر في بداية هجمات الصداف الطفحي ، وفي صداف الراحتين والأخمصين ، بينما تعطي الجرعات العالية ( ٢٠ – ٤٠ ملغ يومياً ) في الطور البدئي من المعالجة الضوئية الكيميائية في علاج الصداف البثري المعمم ، وخاصة إذا كان للريتينوئيد العطري مضاد استطباب .

**الأدوية المثبطة للخلايا** : يعتبر تشكل البشرة السريع من الموجودات الكبيرة في الجلد المصدوف ، وهذا استطباب للأدوية الموقفة لتكاثر الخلايا في الصداف . ويمكن لهذه الأدوية أن تثبط الآفات الصدافية ، ويحدث النكس في ٨٠٪ – ٩٠٪

من المرضى بعد إيقاف العلاج ، كما تكون خطورة العلاج عالية . ولذا يستطب العلاج بالأدوية المثبطة للخلايا فقط إذا لم نتمكن من استعمال البدائل وخاصة العلاج الضوئي الكيميائي أو إذا تطلبت شدة المرض ذلك ، ويستطب العلاج بالأدوية المثبطة للخلايا في الحالات التالية : الصداف الشائع المعمم ، الصداف البثري المعمم ، الصداف باعتلال المفاصل ، الصداف المعند على العلاج والاستطبابات الاجتماعية . ويهمنا المراقبة الدقيقة للتأثيرات الجانبية لهذه الأدوية بشكل خاص .

*الميتوتركسات* ***Methotrexate*** : الميتوتركسات مضاد لحمض الفوليك ويرتبط بمرجعة حمض الفوليك لتشابه بنيته الكيميائية مع البنية الكيميائية لحمض الفوليك ، وبذلك يوقف تركيب حمض رباعي هيدروفوليك ومشتقاته ، وبالتالي يثبط تركيب النوويدات البيورينية . وإن تثبط « الدنا » والانقسام الخلوي وجذب البيض مسؤولة عن التأثيرات الواضحة **للانقسام البشروي** والالتهاب الخلوي ، وبالتالي حدوث تأثيرات الميتوتركسات في الصداف . ويتمتع الميتوتركسات بجرعاته المنخفضة نسبياً بالتأثير الجيد على الآفات الصدافية . وقد أدت الجرعة الفموية المناسبة منه كثيراً من الجلديين لاستعماله في علاج الصداف قبل عهد المعالجة الضوئية والضوئية الكيميائية . وعندما يوقف الميتوتركسات ، تحدث رجعة في أكثر من ٨٠٪ من المرضى .

*التأثيرات الجانبية* : إن التأثيرات الجانبية التي تعزى للجرعات العالية نادرة نسبياً ، وتحدث هذه التأثيرات في النسج التي تتكاثر سريعاً مثل السبيل المعدي المعوي ( التهاب المعدة ، إسهال ، تقرحات معدية معوية ، نزف ) ، ونقي العظم ( قلة البيض ، قلة الصفيحات ، فقر الدم ) ، والجلد ( الخاصة المنتشرة السمية ، التآكلات أو التقرحات في الجلد أو الأغشية المخاطية ، وخاصة في الآفات الصدافية ) .

بينما تتجلى التأثيرات الجانبية لاستعمال الميتوتركسات المديد في : تخرب الكبد ( ارتشاح شحمي ، تليف الباب ، تشمع كبدي ) ، تخرب الصبغيات ، والمضاعفات الرئوية ( تفعيل التدرن ) ، والتأثيرات السامة للكلية أيضاً .

*مضادات الاستطباب للميتوتركسات :*

- الرغبة في إنجاب الأولاد ، والحمل .
- الصداف في الأطفال .
- فقر الدم ، قلة البيض .
- قلة الصفيحات الدموية .
- أمراض الكبد ، حتى إذا وجدت في القصة المرضية فقط .
- أمراض الكلية .
- قرحة المعدة أو الاثني عشرية .
- الحالة الصحية العامة السيئة .
- الأخماج المزمنة .
- الكحوليين ( الكحولية ) .

*الجرعة* : وبسبب التأثيرات الجانبية الشائعة نسبياً ، يوقف العلاج الفموي المستمر بالميتوتركسات وبجرعاته المنخفضة ، ويستعمل الدواء بشكل متقطع .

*العلاج بجرعة وحيدة* : في البالغين ، يعطى ١٥ - ٢٥ ملغ من الميتوتركسات فموياً أو ٢٥ - ٥٠ ملغ وريدياً مرة واحدة أسبوعياً ، ويمكن إطالة الفترة بين الجرعات إلى ١٠ - ١٤ يوماً إذا نجح العلاج .

*العلاج تبعاً للدورة الخلوية* : يعطى الميتوتركسات فموياً كل أسبوع ، ثلاث جرعات بين ٢,٥ - ٥ ملغ ( أو الحد الأعظمي ٧,٥ ملغ ) كل ١٢ ساعة ، أو بأربع جرعات بين ٢,٥ - ٥ ملغ كل ٨ ساعات . وتتأثر بهذا العلاج معظم الخلايا البشروية في طور تركيب الدنا ، ويكون تحمل العلاج أفضل عادة ، وعموماً فإن جرعة الصيانة الدنيا والممكنة تتراوح عادة بين ١٢,٥ - ٢٥ ملغ أسبوعياً ، ويتحقق هذا بإطالة الفترة بين الجرعات إلى أسبوعين . ومن الأهمية بمكان تحسن حالة الصداف فعلياً أكثر من شفاء جميع الآفات كلياً .

وإذا حدثت تأثيرات جانبية حادة ، وجب توفير الشكل الفعال فيزيولوجياً من حمض الفوليك ( لوكوفورين Leucovorin ) كدرياق . فإذا حدث قلة ملحوظة في الكريات البيض ، أعطي عضلياً أو وريدياً بجرعة ٦ - ١٢ ملغ أربع مرات يومياً كل ٦ ساعات .

*الفحوص الدورية* : وخلال العلاج ، يجب أن يُجرى تعداد الكريات البيض والحمر والصفيحات كل ١٤ يوماً في البداية ، وكل ٤ أسابيع في المرحلة الأخيرة ، ويجب أن تفحص الوظيفة الكلوية ( تحليل البول ، الكرياتينين ، وتصفية الكرياتينين ) ، وكذلك الوظيفة الكبدية ( زمن البروترومبين ، الفوسفاتاز القلوية ، والخمائر الكبدية SGPT ، و SGOT ) كل ٤ أسابيع ، ويجب أن تجرى الخزعات الكبدية وتصوير الرئتين الشعاعي قبل بداية العلاج وعلى فترات تتراوح بين ١٨ - ٢٤ شهراً خلال العلاج ، ومن المهم أن لا يتناول المريض الذي يتلقى العلاج مشروبات كحولية بشكل خاص ، فذلك يزيد بشكل واضح خطورة حدوث التشمع الكبدي .

**هيدروكسي يوريا Hydroxyurea** : هذا الدواء نُدُر استعماله حالياً ، فتثبيط تركيب الدنا ( حصر تركيب التيميدين ) هو

ـساس فاعليته في التثبيط الخلوي ، وتتحقق عادة فاعليته ـسريرية في الصداف فقط إذا بلغ تعداد الكريات البيض حوالي ٤٠٠٠ كرية/$\mu$ m .

*لاستطبابات* : إن فاعلية هيدروكسي يوريا أقل من فاعلية ـيتوتركسات . ويبدو أنه علاج آمن بشكل واضح واستطباباته مماثلة لاستطبابات الميتوتركسات .

*جرعة* : بشكل عام ، ينصح بجرعة فموية ٠,٥ غ ثلاث مرات يومياً ، ويجب أن لا تزيد الجرعة العظمى عن ٢ غ ، ويلاحظ التحسن عادة بعد ٤ ـ ٦ أسابيع ، وبالتالي يمكن تحويلها إلى جرعة الصيانة الدنيا .

*تأثيرات الجانبية* : يعتبر تثبيط ( خمود ) نقي العظم أكثر تأثيرات السمية أهمية للعلاج بالهيدروكسي يوريا ، ولهذا لسبب يجب أن تجرى الفحوص الدموية مرة كل أسبوع ( الكريات البيض ، الكريات الحمر ، الصفيحات ) ، ويجب أن يوقف الدواء إذا كان تعداد الكريات البيض أقل من ٤٠٠٠ كرية/مل . وهذا التثبيط في نقي العظم عكوس بسرعة عادة . وتؤخذ اضطرابات وظائف الكلية بعين الاعتبار في الجرعات اليومية العالية ، وتجرى الاختبارات المناسبة . وعندما يوقف لعلاج سرعان ما تختفي التأثيرات الجانبية الأخرى كالصداع والغثيان والحكة وارتفاع الحرارة الطفيف .

*مضادات الاستطباب* : يعتبر الهيدروكسي يوريا مضاد استطباب في مرضى الاضطرابات الدموية واضطرابات الوظائف الكلوية بالإضافة إلى تأثيره المشوه . لذا يجب عدم إعطائه للحوامل والنساء اللواتي في سن الإنجاب اللواتي لا يستعملن مانعات الحمل ، والرجال الذين يرغبون بإنجاب الأطفال ينبغي ألا يعالجوا بهذا الدواء .

**آزاتيوبرين Azathioprine** :

لا توجد خبرة واسعة في علاج الصداف بالآزاتيوبرين جهازياً . وينتمي مشتق المركابتوبيورين متغاير الحلقات إلى مجموعة مضادات البيورين . وإن إعطاء جرعة فموية حوالي ٢,٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً تحدث تحسناً موقتاً للمراضة في الآفات الجلدية .

*الاستطبابات* : كما في الميتوتركسات .

*التأثيرات الجانبية* : يعتبر نقص الشهية والغثيان وتثبيط ( خمود ) نقي العظم من التأثيرات الجانبية التي تختفي تماماً عند إنقاص جرعة الدواء أو إيقافه . ولم يثبت إمكانية حدوث تبدل في الصبغيات بهذا العلاج ، ولا يمكن استبعاد التخريب المشوه . وإن الاضطرابات الكبدية بالعلاج الطويل الأمد معروفة ، كما توجد إمكانية لإثارة الخباثات أيضاً .

*مضادات الاستطباب* : الحمل أو الرغبة في الأولاد ، الأمراض الخمجية المزمنة ، الداء السكري ، أو قصة أورام خبيثة في العائلة ، بالإضافة إلى أمراض الكبد والرئة .

**الأدوية الجهازية الأخرى** : على الرغم من أن الأدوية التالية ليس لها تأثيرات مضادة للصداف مباشرة ، غير أنها قد تكون مفيدة أحياناً .

*الصادات* : في الصداف البثري المعمم ، وجد ليل Lyell تحسناً باستعمال الصادات مثل السيفالوريدين ( ١ غ ثلاث مرات يومياً ) أو الكلوكساسيللين ( ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً ) لمدة ٤ ـ ٦ أسابيع ، بينما لم يستعمل الآخرون هذا العلاج .

*مضادات الملاريا* : تعتبر المواد مثل الكلوروكين مضاد استطباب في المرضى المصدوفين ، لأنها قد تؤدي إلى تفاقم الإصابة ، وتفيد الأدوية الأخرى في الصداف المفصلي .

*المركنات Sedatives* : تفيد التوصيات بإعطاء المهدئات العصبية كمركن إضافي في الصداف النقطي الاندفاعي الطفحي وفي الأشكال الأخرى من الصداف التي تميل للطفح أيضاً . لا توجد دراسات إحصائية متوفرة عن الفائدة من ذلك .

*مضادات الالتهاب Antiphlogistics* : إن الأدوية مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لا تؤثر في الآفات الصدافية عموماً ، وقد تؤدي إلى تفاقمها ، ولكنها تناسب فقط التبدلات المفصلية في مرضى الصداف المفصلي . ويندر استعمال الأسبيرين والأوكسي فين بوتازون والأندوميتاسين ويقترح إعطاء مركبات الذهب ، غير أن فاعليتها أقل في الصداف منها في التهاب المفاصل المزمن البدئي ( التهاب المفاصل الرثواني ) ، وقد تثير الصداف أيضاً ، لذا تستعمل مركبات الذهب بحرص شديد في بعض الحالات . وينصح بإعطاء الكولشيسين في الصداف البثري الراحي الأخمصي ٠,٥ ملغ ثلاث إلى ستة مرات يومياً .

*مانعات الحمل* : لا تؤثر في الصداف ، ولكن يبدو أنها تخفض ضغط الطفح الداخلي كما هو مشاهد خلال الحمل أيضاً .

*الهرمون موجه قشر الكظر ACTH* : يحرص هذا الهرمون على إفراز الستيروئيد في الكظرين . ومن غير المتفق عليه ما إذا كان مدخر الهرمون الموجه لقشر الكظر يستطب في الصداف البثري المعمم الشديد أو في الصداف الشائع وإن مضادات الاستطباب والتأثيرات الجانبية لهذا العلاج هي ذاتها في حالة العلاج بالستيروئيدات . ويوجد ميل لرجعة الإصابة بهذا العلاج .

*الريتينوئيدات* : استعملت الايتريتينات الريتينوئيدية العطرية

( Tigason ) في علاج الصداف جهازياً أيضاً . وتتصف بتأثيراتها الفعالة على الآفات الصدافية حيث تسيطر على التقرن النسجي وتحدث تراجعاً في تكاثر البشرة وفي التبدلات الالتهابية . والريتينوئيد العطري هذا مشوه على غرار كل الريتينوئيدات ، لذا يجب على النساء في سن الحمل أن يتناولن مانعات الحمل أثناء العلاج ولمدة سنتين بعد العلاج تقريباً ، وتتراوح الجرعة المعتادة في بداية العلاج بين ٠,٧ ــ ١ ملغ/كغ من الوزن يومياً ولمدة ٢ ــ ٤ أسابيع ، بينما تبلغ جرعة الصيانة حوالي ٠,٥ ملغ/كغ يومياً . وفي الحالات المنفردة ، يستحسن تحديد الجرعة بشكل يتوافق مع سطح الجسم . ويجب أن تجرى الاختبارات لمراقبة التأثيرات الجانبية ( الكبد ، فرط البروتينات الشحمية في الدم ، فقد الأشعار ، التهاب الشفتين الجاف ) .

وقد وجد أن الايتريتينات تناسب العلاج المشارك :

– ري – بوفا ( الريتينوئيد العطري والبوفا ) .
– ري – UVB ( الريتينوئيد العطري والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ب ) .
– ري – انغرام ( الريتينوئيد العطري وعلاج انغرام ) ) .
– ري – جوكرمان ( الريتينوئيد العطري وعلاج جوكرمان ) .

ويفضل البدء بالعلاج بالريتينوئيد العطري في حدود ٣ أسابيع قبل العلاج الضوئي . وهذه البداية العلاجية تجعل البقع الصدافية أكثر ليونة ، وتستجيب للعلاج المشارك بشكل أفضل . وفي حالات خاصة ، يمكن إعطاء هذا الريتينوئيد مرافقاً لأشكال العلاجات الأخرى ، ويعتبر الصداف البثري الراحي الأخمصي من الاستطبابات الأخرى للريتينوئيد العطري ، كما ينصح به في الصداف البثري المعمم .

**الحمية** : وينصح بأشكال عديدة من الحمية في علاج الصداف الشائع ، ولكن لا توجد دراسة مراقبة في كل الحالات . وتبين الخبرة أن الحمية منخفضة الكالوريات قد تكون مفيدة . وقد لوحظ أن الصداف كان قليل الشيوع إبان فترة الحرب ، وذكر المرضى أيضاً أن صدافهم يزداد سوءاً مع ازدياد وزنهم . ويعتبر تناول كميات كبيرة من الكحول كمصدر طاقة سريع التناول أمر غير مرغوب به في الصداف أيضاً .

## النخالية الحمراء الشعرية Pityriasis Rubra Pilaris : [ Devergie 1863 ]

**التعريف** : هو تقران جلدي حمامي وسفي نخالي الشكل ومزمن ، وقد يعزى إلى تقرانات الجلد البدئية ، ومن الممكن حدوثه كمرض عائلي .

**الحدوث** : المرض نادر ويصيب كافة الأعمار ، ويعتقد بانتقاله بطراز الوراثة الجسدية السائدة في المرضى الذين يكتسبون هذا الداء في الطفولة ، ويدعم وجود القصة العائلية هذا الاعتقاد . وإذا بدأت الإصابة في الكهولة فلا يوجد دليل على الحدوث العائلي . ويظهر المرض غالباً بعد اعتلال شديد آخر أو عقب علاج دوائي وبعد الحوادث أحياناً . ومن ناحية أخرى يشاهد هذا المرض في الأشخاص الأصحاء تماماً .

**الأسباب** : مجهولة .

**الإمراض** : هذا المرض عبارة عن جلاد التهابي مزمن يرافقه تشكل بشروي مزداد قليلاً إضافة إلى اضطرابات في التقرن من تقران بشروي وجرابي وخطل في التقرن . ومع ذلك فالمرض يشابه الصداف الشائع ، ولكن تغيب منه التبدلات البشروية المميزة ، والتز المصلي في الطبقة المتقرنة ، وخراجات مونرو بالعدلات المحببة ، والتفاعل الالتهابي الواضح في الأدمة العليا .

**الموجودات السريرية** : يحدث هذا الجلاد على شكل حمامى وسفية نخالية الشكل ومسطحة ويرافقها حطاطات تقرانية جرابية .

*الحمامى التقرانية* : تحدث هذه الحمامى على الفروة وسوفاً شديدة نخالية الشكل بيضاء اللون ، بينما تظهر على الوجه بشكل التهاب منتثر أحمر مصفر لامع وسفي أو تغطيه ترسبات جبسية النمط وذات جلبات مثية وخاصة في الحاجبين والثنية الأنفية الشفوية . ويكون الوجه متيبساً بسبب التقران ، ومع ذلك فالحمامى المائلة للصفرة والوسفية والتي تتسمك تدريجياً تصيب الجسم أيضاً . أما الجزر من الجلد السليم التي تتوضع بين الآفات فمميزة جداً لهذا المرض . وتصاب الراحتان والأخمصان أيضاً ، فتبدو بشكل حمامى منتشرة مع ازدياد في تقرن الجلد المصفر وتحدد في الحركة . وتشاهد أحياناً شقوق مؤلمة وفرط تقرن تحت الأظافر . ( راجع الشكل ١٤ ــ ٣٦ ) .

*الحطاطات الجريبية التقرانية* : يبلغ قدّ هذه الحطاطات ١ ــ ٣ ملم ، وذروتها دقيقة ، وتبدي تقراناً في مركزها ، وقد تكون هذه الحطاطات شوكية الشكل ، أي ذات ذروة مخروطية ، أو تحدث كفوهة بركان في الجريبات التي تتحطم فيها الأشعار . وتشاهد هذه الآفات أحياناً قريبة جداً من بعضها فتحدث إحساساً نموذجياً بالخشونة . وتتواجد التوضعات النموذجية لهذه الحطاطات على ظهر الأصابع واليدين وعلى السطوح الانبساطية للأطراف أيضاً ، وعلى المناطق فوق المفاصل الكبيرة والصدر والبطن والمنطقة الأليوية ، وقد تكون السدادات التقرانية بيضاء رمادية أو شبيهة بالجبس . وفي البداية ، تحدث الآفات على جلد طبيعي ولكنها سرعان ما

تصبح حمراء متسمكة ، وقد تظهر الحطاطات الجريبية التقرانية على هذه المناطق المسطحة من تقرن الجلد الحمامي . ( راجع الشكل ١٤ – ٣٧ ) .

ويأخذ المرض سيراً حاداً في بعض الأحيان خاصة في البالغين ، فيؤدي إلى أحمرية خلال أيام أو بضعة أسابيع ، وتبقى هذه الإصابة غير متكاملة بسبب بقاء جزر سليمة من الجلد بين الآفات ، وينجم اللون الأصفر السلموني في الأحمرية بسبب امتزاج صفرة التقرن الجلدي وحمرة الالتهاب . وتبدي اليدين والقدمين تسمكاً تقرانياً واضحاً ومنتشراً ، بينما لم يذكر حدوث إصابة في المخاطيات .

**الأعراض** : الأعراض المجموعية غائبة ، ولكن الحكة موجودة ، ويكون الشعور بتيبس الجلد ، الذي يعزى إلى زيادة التقران الجلدي في مناطق كبيرة ، مزعجاً جداً . وقد يرافق الإصابة آلام في اليدين والقدمين وشقوق عميقة على المفاصل أيضاً ، وذكرت في بعض الحالات اضطرابات عضلية عصبية أو وهن عضلي وخيم .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي البشرة شواكاً غير منتظم وأشرطة من فرط تقرن زجاجي وجزر بؤرية من خطل التقرن . وقد ترق الطبقة الحبيبية ، كما يلاحظ تسفنج خفيف غالباً وخاصة على ذرى الحليمات . تبدي الحطاطات الجريبية التقرانية تقراناً جريبياً صفيحياً نموذجياً في أقسام الجريبات أعلى الغدد الزهمية ، بينما تكون التبدلات الأدمية بسيطة جداً ، وتتألف من توسع وعائي في الجسم الحليمي والتهاب لمفاوي حول الأوعية خفيف إلى معتدل الشدة .

**السير** : يختلف سير المرض من مريض إلى آخر ، إذ يمكن أن يختفي خلال بضعة أسابيع أو يستمر حتى ٨ سنوات ، ويستمر وسطياً حوالي ٢ – ٣ سنوات ، ولقد لوحظ تطور إحدى الحالات إلى صداف .

**التشخيص التفريقي** : قد يصعب ، إلى حد كبير ، تفريق النخالية الحمراء الشعرية عن الصداف الجريبي أو الصداف الحزازاني في الأطفال . وفي الأشكال البسطية وخاصة في الأطفال حيث تسود الإصابة حمامي وسفية واضحة الحدود تصيب المرفقين والركبتين وتترافق بتسمك تقراني على الراحتين والأخمصين . وفي مثل هذه الحالات ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار احمرار الجلد التقرني Erythrokeratodermas . تساعد الحطاطات الجريبية التقرانية النموذجية على التشخيص . وفي الحزاز المسطح الجرابي ، تتواجد الآفات على الجذع وتكون أكثر انعزالاً ولا ترتبط ببعضها البعض على شكل حمامات وسفية . يصيب الحزاز المسطح مناطق محددة . ويجب أن تؤخذ الخزعة في كل حالة من الآفات المختلفة .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يمكن العلاج جهازياً بحمض ١٣ سيز ريتينوئيك ( إيزو تريتينون Isotretinoin ) أو بالريتينوئيد العطري ( إيتريتينيت Etretinate ) . يعطى الإيتريتينيت فموياً للبالغين بجرعة ٠,٥ – ٠,٧ ملغ/كغ من وزن الجسم ولعدة أسابيع . وقد بينت الخبرات أن إعطاء فيتامين آ بجرعة ١٥٠,٠٠٠ – ٣٠٠,٠٠٠ وحدة يومياً ولعدة أسابيع قد يكون مفيداً في بعض الحالات . ويجب أن يوقف العلاج بعد ٣ شهور ( وتجرى الاختبارات على ناقلات الآمين ، والكولسترول ، والتري غليسيريد ) إذا لم ينجح العلاج . وقد يحدث الريتينول ( فيتامين آ ) وبجرعة ٦١٠/يومياً هدأة خلال ٧ – ١٠ أيام ، ولكن يجب أن تجرى الاختبارات في مراقبة التأثيرات الجانبية ، ناهيك عن أن هذا الدواء مشوه .

وينصح بمشاركة الستيروئيدات بالفيتامين آ ، إذ تحدث تحسناً سريعاً لدى بعض المرضى ، ويؤخذ بالاعتبار وبشكل خاص إذا كانت الإصابة تشمل مناطق واسعة من الجلد . ويفضل التريامسينولون أو البيتاميتازون كما في الصداف ، وتستعمل بجرعات متوسطة ( ٢٠ – ٤٠ ملغ من معادلات البردنيزولون في الكهول ) حتى يلاحظ تحسناً في الإصابة ، ثم تعطى جرعة الصيانة بعد ذلك .

وينصح بالأدوية الموقفة للخلايا أيضاً ، وخاصة الميتوتركسات والآزاتيوبيرين وبجرعات مماثلة لجرعاتها في علاج الصداف . وعلى أية حال فهذه الأدوية موقفة للمراضة . ويمكن أن نستعمل هذا العلاج فقط في البالغين التي تغطي إصاباتهم مناطق كبيرة من جلدهم وتكون مستمرة لفترة تفوق السنتين . كما ينصح بمركب ستانوزول Stanozol أيضاً .

*المعالجة الموضعية :* يجب تجنب المحرشات الخارجية ، وعدم الاستحمام بالمنظفات ، ويفضل حمام الزيت ، ويمكن العلاج الموضعي أيضاً بالستيروئيدات المفلورة وتطبيقها تحت ضماد كتيم بلاستيكي إذا كان ممكناً ، ومشاركتها بالبولة ( ٥٪ – ١٠٪ ) أو بالتريتينون بتراكيز منخفضة ، وإذا أحدث هذا العلاج تحريشاً في الإصابة فيجب إجراء اختبار أولي بمراهم من التريتينون أخفض تركيزاً ( ٠,٠٠٥٪ ) بسبب خطورة المحرشات . ولا ينصح عادة بالعلاج الضوئي أو الضوئي الكيمياوي في هذا المرض .

**زمرة نظائر الصداف Parapsoriasis Group :**

في عام ١٩٥٢ ، جمع بروك Brocq مجموعة من الجلادات تحت عبارة نظائر الصداف ، وحاول تمييز هذه الأمراض التي تشبه الصداف سريرياً ولكنها تختلف عنه بشكل أساسي في ميزاتها . ونحن نعرف الآن أن هذه الجلادات ليس لها علاقة بالصداف الشائع وليس لها علاقة ببعضها ، وإنما هي أمراض مستقلة بذاتها . وبالتالي ، فإن نظير الصداف النقطي يقابل النخالية الحزازانية المزمنة والنخالية الحزازانية حماقية الشكل الحادة ، أما نظير الصداف اللويحي فيقابل داء بروك Brocq's Disease ، بينما يقابل نظير الصداف الحزازاني خطل التقرن المتغير Parakeratosis variegata . ومن الناحية الشكلية والسريرية والتصنيفية تعتبر هذه التسميات « نظائر الصداف » غير ملائمة لهذه الأمراض . ويفضل تسميتها بالنخالية الحزازانية .

**النخالية الحزازانية Pityriasis Lichenoides :**

*المرادفات :* نظير الصداف النقطي .

وتضم أمراضاً ثلاثة هي :

- النخالية الحزازانية المزمنة ( نظير الصداف النقطي المزمن ) والنخالية الحزازانية تحت الحادة .
- النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة ( نظير الصداف النقطي الحاد ) .
- الحطاط اللمفواني .

ويبدو أن النخالية الحزازانية المزمنة والنخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة نمطان مختلفان لمرض واحد .

أما الحطاط اللمفواني الذي يمثل شكلاً سريرياً مشابهاً للنخالية الحزازانية الحادة ، ولكنه يتميز نسجياً برشاحة لمفوانية ، فيبقى ضمه لهذه المجموعة من الأمراض غير واضح السبب .

**النخالية الحزازانية المزمنة Pityriasis Lichenoides Chronica [ Jadassohn 1894, Juliusberg 1899 ] :**

*المرادفات :* نظير الصداف النقطي المزمن ، نظير الصداف النقطي ( بروك ) .

**التعريف :** مرض التهابي مزمن حطاطي وسفي ، مظاهره السريرية نموذجية ، وأسبابه مجهولة .

**الحدوث :** تكثر إصابة الأطفال والبالغين بهذا المرض .

**الإمراض :** الأسباب مجهولة ، ولكنه غير معدي ، ويعتقد من الناحية الإمراضية بأنه جلاد أرجي نحو الأخماج حيث تشفى الآفات أحياناً بعد شفاء البؤرة الخمجية أو بعد العلاج بالصادات . ولقد استقصيت المعقدات المناعية في مصل وجلد المصاب . كما يجب أن تؤخذ الأخماج بالحمات الراشحة بعين الاعتبار .

**الموجودات السريرية :** ( راجع الشكلين ١٤ ـ ٣٨ و ١٤ ـ ٣٩ ) ، في المشاهدة الأولى ، يلاحظ المرض عادة في تظاهراته التامة ويعزى هذا إلى غياب الأعراض الشخصانية . ويميل هذا الداء للتوضع على الجذع والأقسام الدانية من الأطراف ، وينتشر بشكل متناظر ويكون الطفح فيه عديد الأشكال لأن الآفات المنعزلة تمر بأطوار مختلفة من التطور والتراجع .

والآفات الأولية عبارة عن حطاطات مرتفعة قليلاً مقببة الشكل وقاسية إلى حد ما ، حمراء اللون والتهابية ، يتراوح قطرها بين ٢ ـ ٥ ملم ، وسطحها كليل أو ذات مظهر حزازاني ، ووسوفها دقيقة وتصبح أكثر وضوحاً إذا كشطت . وتكبر الحطاطات حتى يبلغ قطرها ٣ ـ ٥ ملم ثم تتسطح وتصبح ذات لون بني أو شاحب ، بينما تبدو وسوفها مكتنزة على سطحها .

وفي مراحل تراجعها الأخيرة ( ٣ ـ ٤ أسابيع ) ، تصبح الحطاطات مسطحة ووسوفها تشبه الرقاقة Wafer وتكون متماسكة مثل الغشاء الكولوديوني . وإذا حاولنا إزالة هذه الوسوف وجدنا تحتها جلداً طبيعياً . وغالباً ما يحدث نقص تصبغ ثانوي في المنطقة الشافية ( وضح في النخالية الحزازانية المزمنة ) . وقد تظهر حطاطات نزفية أحياناً .

**الأعراض :** لا توجد أعراض عامة لهذا المرض وتغيب الحكة فيه على وجه الخصوص . أما الموجودات المخبرية فطبيعية . ويظهر المرض مباشرة بعد خمج حمي Febrile ( حموي أو جرثومي ) أحياناً . ويجب الانتباه إلى البؤر الجرثومية ( الأسنان ، الجيوب ، ... إلخ ) أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي :** تلاحظ ارتشاحات حول الأوعية من اللمفاويات والناسجات في الأدمة العليا ، وتخترق هذه الرشاحات الحليمات الأدمية والبشرة أيضاً . وفي مركز الآفات الحديثة يحدث تسفنج وشواك خفيف ، ووسف ملتصق من خطل التقرن . كما توجد تجمعات من اللمفاويات في طبقة خطل التقرن تشبه خراجات مونرو أحياناً ، بينما تتوسع الشعيريات وتبدي تكاثراً في بطانتها ، ويكثر شيوع تسرب الكريات الحمر في الحليمات والبشرة في الآفات الحادة . وفي

المناعي المباشر قد تترسب المعقدات المناعية ( IgG ، $C_3$ ) على الغشاء القاعدي وفي جدر الأوعية .

**السير** : تظهر آفات هذا المرض وتختفي بشكل مستمر خلال أسابيع أو شهور أو حتى سنوات وفي بعض الحالات ، قد تحدث حطاطات نزفية حادة فجأة بالإضافة إلى نكس الآفات المزمنة .

المضاعفات العامة غائبة ، ومع ذلك يوجد لدى المريض أحياناً اضطرابات نفسية بسبب استمرار الآفات شهوراً أو حتى سنوات .

وقد لوحظ أيضاً انتقال عارض لهذا المرض إلى النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة ( PLEVA ) حتى بعد العلاج الضوئي الكيميائي ( بوفا ) .

**الإنذار** : يوضع الإنذار مع التحذير إلى أن شفاء الطفوح المزمنة يتطلب شهوراً أو سنوات ، أما انتقال الإصابة إلى اللمفوما الجلدية الخبيثة فنادرة جداً ، ولكن ذكر ترافق اللمفوما مع نظير الصداف النقطي .

**التشخيص التفريقي** : تبدي الآفات في الصداف النقطي والصداف الحزازاني تشابهاً مع الآفات الحطاطية الوسفية في النخالية الحزازانية المزمنة ، ويعبر عنها بطفوح وحيدة الشكل ، ويمكن تمييزها من خلال ظاهرة الصداف . وهذا ينطبق على الحزاز المسطح أيضاً ( إصابة مخاطيات الفم ) . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الطفحة الإفرنجية الحطاطية الوسفية في الإفرنجي الثانوي عند البالغين ( التفاعلات المصلية ) . وعلى أية حال ، يبدي الإفرنجي عموماً طفوحاً متماثلة الشكل وآفات على المخاطيات .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى جرعات عالية من البنسلين الفموي ( ٣ - ٤ × ١٠^٦ وحدة من البنسلين ف البوتاسيومي ٢ - ٤ مرات يومياً لمدة ٢ - ٤ أسابيع ) . وينصح بإعطاء التراسكلين أو الاريترومايسين أيضاً . ويوجد للستيروئيدات ، بجرعات معتدلة ( ٢٠ - ٤٠ ملغ بردنيزولون أو ما يعادله يومياً عند البالغين ) ، تأثير عابر موقف للمراضة . ومن الأهمية بمكان علاج البؤر الخمجية ، وقد يكون الدابسون أو الميتوتركسات فعالين بجرعات منخفضة .

*المعالجة الموضعية* : رهيمات من الستيروئيدات ، وينصح بتشعيع الجسم بكامله بالأشعة فوق البنفسجية ب ( UVB ) ، ويمكن لأشعة الشمس أن تحدث تراجعاً في الطفح . كما يؤدي العلاج الضوئي الكيميائي الفموي ( بوفا ) إلى شفاء الطفح كما في الصداف . ولسوء الحظ غالباً ما يكون تأثيره مثبط للمراضة فقط .

ويجب أن يُجرى العلاج بالتشعيع بحذر كي لا تثار الهجمات الحادة ، وقد توقف المداواة بالمناخ ( الشمس والبحر ) سير هذا الداء أيضاً .

## النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta [Mucha 1916 ، Habermann 1925 ] :

*المرادفات* : متلازمة موشى - هابرمان ، نظير الصداف النقطي الحاد .

**التعريف** : هذا المرض سيره حاد أو تحت حاد وأسبابه مجهولة ، ويتظاهر على شكل آفات حطاطية نخرية ونزفية . ويخلف شفاؤها ندبات حماقية الشكل تعزى إلى النخر البشروي الأدمي .

**الحدوث** : حدوثه أكثر ندرة من النخالية الحزازانية المزمنة .

**الإمراض** : قد ينجم هذا الداء عن التهاب أوعية نخري سطحي يثار بالأرج الخمجي أو بالأرج الدوائي أو يثار بالحمات الراشحة ، ولوحظ ترافقه بداء المقوسات المكتسب . ويفصل كثير من الباحثين هذا المرض عن النخالية الحزازانية المزمنة نتيجة للالتهاب الوعائي . بينما ينظر الآخرون إليه على أنه نوع مترقي حاد من النخالية الحزازانية المزمنة ، وفي رأينا ( المؤلفون ) أن الفصل بين هذين المرضين ليس له ما يبرره .

**الموجودات السريرية** : تحدث الهجمة الأولى للمرض إما عفوياً أو بعد أخماج حمية حادة ، ويميل هذا الداء لإصابة الجذع . ويظهر الطفح المستمر من الآفات الحمامية الوسفية والحويصلية النزفية والحطاطية النخرية خلال أسابيع وبشكل غير منتظم ويكون ثنائي الجانب ، ثم يشفى تاركاً ندبات صغيرة حماقية الشكل .

وصف ديغوس Degos وصحبه النمط النخري التقرحي النادر ، والذي يظهر بشكل عفوي أو كتظاهرة حادة للنخالية الحزازانية المزمنة على شكل طفح من التقرحات النزفية المؤلمة ويرافقها حمى ودعث شديدين ( راجع الشكل ١٤ - ٤٠ ) .

**الأعراض** : الأعراض العامة غائبة عادة ، غير أن الحمى ترافق الإصابة أحياناً ، أما الحكة فغير شائعة الحدوث ، وقد تكون الآفات الحطاطية النخرية مؤلمة .

**التشريح المرضي النسجي** : تترافق الموجودات النسجية مع تلك الموجودات في النخالية الحزازانية المزمنة ، ويكون التهاب

الأوعية باللمفاويات أكثر هذه الموجودات ظهوراً . كما تبدي الشعيريات تورماً في البطانة ، وتسرب الخلايا وحيدة النوى وفيها كثير من اللمفاويات T الكابتة T – Suppressor . والتي توجد بأعداد كبيرة في الشعيريات وما حولها ، وتترافق بانسلال محدود للكريات الحمر التي تتواجد في مناطق بؤرية داخل البشرة . وفي الحالات الأكثر حدة ، تؤدي الوذمة بين الخلايا وداخلها إلى تنخر وتنكس شبكي ، وقد يحدث التآكل أو التقرح خلال الشفاء الثانوي .

**السير** : لا يمكن التنبؤ بسير الإصابة ، فقد يشفى المرض بعد نكس لمرة واحدة أو بعد نكسات متعددة وخلال بضعة أسابيع . وفي حالات أخرى ، قد تتحول الإصابة إلى نخالية حزازانية مزمنة بعد تناقص فاعليتها ، ويعتمد حدوث الندبات الحماقية الشكل على عمق النخر الناجم عن الالتهاب النخري وعن التهاب الأوعية .

**التشخيص التفريقي** : قد يذكرنا هذا المرض بالحماق ، وإن الطفح عديد الأشكال ، وغياب إصابة المخاطيات ، والغياب الكامل للأعراض العامة ، جميعها تستبعد الحماق . ويجب أن تؤخذ الطفوح الدوائية بعين الاعتبار .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تشارك الصادات واسعة الطيف بجرعات قليلة من الستيروئيدات القشرية ، وتوقف الأدوية الأخرى ، مع الانتباه إلى الأخماج البؤرية المزمنة ، كما يمكن تجربة أملاح الذهب في المعالجة .

*المعالجة الموضعية* : تطبق رهيات من الستيروئيدات ، ودهونات الزنك ، ويمكن التجربة الحذرة بتشعيع كامل الجسم بالأشعة فوق البنفسجية ب ( UVB ) أو المعالجة الضوئية الكيميائية الفموية ( بوفا ) .

**نظير الصداف اللويحي Parapsorasis En Plaques [ 1897 Brocq ] :**

*المرادفات* : داء بروك ، الأحمرية النخالية اللويحية المنتشرة ( بروك ) ، التهاب الجلد السطحي المزمن ( Dowling ) .

**التعريف** : مرض مزمن لا يميل للتراجع ، ويتصف بلويحات وسفية نخالية الشكل حمراء مصفرة وتصيب الجذع خاصة .

تنشأ الصعوبات في تصنيف هذا المرض عن حقيقة أنه يأخذ سيراً سليماً مع وجه العموم ، ولكن وصفت حالات منه تتطور إلى فطار فطراني Mycosis Fungoides ، وقد أبدى بعض المرضى آفات مبكلة Poikilodema وضمورية تحولت أخيراً إلى لمفوما خبيثة أو إلى فطار فطراني ، كما لوحظ ترافقها باللمفوما أو بداء هودجكين .

**نظير الصداف اللويحي – النمط السليم صغير اللويحات Parapsoriasis En Plaques – Benign Small – Plaque Type :**

*المرادفات* : نظير الصداف اللويحي ( بروك ) – نمط البؤر الصغيرة ، الأحمرية الصفراء الثابتة ، نظير الصداف الأصبعي الشكل ، التهاب الجلد السطحي المزمن ، الجلاد الأصبعي .

**التعريف** : هو مرض التهابي مزمن تظاهراته السريرية مميزة ولا يميل للشفاء العفوي .

**الحدوث** : نادر نسبياً ، ويصيب الكهول الذكور بشكل رئيسي .

**الأسباب** : مجهولة ، ويذكرنا سريرياً ونسجياً بالإكزماتيد ولكنه لا يستجيب للمعالجة .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ – ٤١ ) يبدأ المرض بآفة وحيدة أو آفات متعددة صغيرة وسفية نخالية الشكل ، حمراء مصفرة أو وردية فاتحة اللون ، ثم تتكامل تظاهراته السريرية تدريجياً . وتظهر على الأطراف وجانبي الجذع بقع صغيرة مدورة إلى بيضوية إلى أصبعية ، قطرها أقل من ٥ ملم عادة ، وتساير أثلام الجلد في توضعها . وقد تحدث هذه الآفات في الكهول الذكور على الأوجه الانقباضية للساعدين حصراً ولمدة سنوات ، ولكنها أقل شيوعاً على الساقين . ولا تصاب الراحتان والأخمصان والوجه . وتكون الآفات في البداية منفردة وقد تتصل ببعضها لتشكل بؤراً كبيرة أو آفات تشبه الشريط .

حواف هذه الآفات مقطوعة غالباً ، غير أن حدودها قليلة الوضوح . يتبدل لون اللويحات المنعزلة الصغيرة ، فقد يكون وردياً مصفراً فاتح اللون تارة ، أو أصفر أو أحمر مصفراً تارة أخرى ( الأحمرية الصفراء الثابتة ) . وقد تأخذ اللون البني أحياناً . ولا تترافق أبداً بارتشاح أصبعي أو بأي احمرار شديد . ويبدي سطح الآفات وسوفاً دقيقة نخالية الشكل . وقد يظهر تحزز كاذب بالتقاء خطوط الجلد ، وإذا دفعنا الآفة بإصبعين ، فإن ثنياته تشبه ورق لفافة التبغ ، كما في الجلد الضموري . وهذا الضمور كاذب بسبب غياب التبدلات الضمورية النسجية الموافقة .

**الأعراض** : الأعراض الشخصانية غائبة عادة ، والحكة خفيفة أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : لا توجد تبدلات نسجية نوعية ،

وعلاوة على ذلك ، يلاحظ وجود علامات تتوافق مع الإكزمانيد من شواك عابر ، وخطل تقرن بؤري ، وتسفنج خفيف محدود وتسرب خلوي في البشرة بالإضافة إلى ارتشاح خفيف حول الأوعية في الأدمة العليا تسوده اللمفاويات والنساجات . بينما تغيب خلايا الفطار الفطراني ( خلايا سيزاري ) من الرشاحة .

**السير** : مرض مزمن جداً ولكنه سليم ، تتحسن الآفات في الصيف غالباً ، ويعزى ذلك إلى التشعيع الشمسي . وقد يستجيب للمداواة بالستيروئيدات الموضعية أيضاً . غير أن الآفات ترجع حالما يوقف العلاج ، وغالباً ما يستمر المرض سنوات أو عقوداً ، بينما تشفى الآفات عفوياً في بعض الحالات .

**التشخيص التفريقي** : يدخل التهاب الجلد المثي في التشخيص التفريقي عندما تتوضع آفاته على الجذع ، كما يلتبس مع التظاهرات الأولية لالتهاب الجلد الجاف اللا زهمي التي تصيب الأطراف . وعلى أية حال ، فكلاهما يستجيب كثيراً للعلاج بالستيروئيدات الموضعية وإن تفريقه عن نظير الصداف اللويحي كبير اللويحات هام جداً باعتبار الأخير تظاهرة أولية للفطار الفطراني التي تخفي ذاتها في صورة سريرية يذكرنا بنظير الصداف اللويحي . وإذا لم توجد أية علامة سريرية على ارتشاح الآفات أو دليل نسجي على الفطار الفطراني ، فيمكن أن نفترض أنه نظير صداف لويحي . وإن تكرار الخزعات يمكن أن يؤكد التشخيص التفريقي عند الضرورة .

**المعالجة** : غير مرضية عادة ، وللستيروئيدات الموضعية أو الجهازية تأثير مثبط للمراضة فقط . وإن تشعيع كامل الجسم بأشعة الشمس ( المداواة بالمناخ على شواطىء البحر ) ، والتشعيع الصنعي بالأشعة فوق البنفسجية ، والعلاج الضوئي الكيميائي ( بوفا ) تؤدي جميعها إلى تحسن الآفات وتراجعها غالباً ، ولكنها لا تحدث شفاء نهائياً . وإذا وجدنا استعداد لنقص الإفراز الذهمي فيجب تجنب المنظفات ، واستعمال كل من الزيوت والمزلقات بعد غسيل الجسم أو الاستحمام وهو أمر ضروري جداً .

## نظير الصداف اللويحي ـ النمط الالتهابي كبير اللويحات
## Parapsoriasis En Plaques – Large – Plaque : Inflammatory Type

*المرادفات* : نظير الصداف اللويحي السابق للخباثة .

**التعريف** : يتميز الطور قبل الفطار الفطراني ببعض المظاهر السريرية من نظير الصداف اللويحي .

**الحدوث** : هذا الشكل نادر ، ويميل لإصابة الذكور في أواسط العمر .

**الإمراض** : يترافق نظير الصداف اللويحي من النمط كبير اللويحات بتبدلات نسجية تقترح الفطار الفطراني . وتسبب الأدوية كمشتقات الهيدانتوئين مثل هذه التبدلات .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ ـ ٤٢ ) . يبدأ هذا المرض عادة ببضع لويحات التهابية كبيرة ذات توزع غير منتظم ، تكون بعض هذه اللويحات غريبة جداً في شكلها ، ويحيط بها مناطق من الجلد الطبيعي . أما حدودها مع الجلد الطبيعي فواضحة غالباً .

تبدو اللويحات حمراء اللون بشكل واضح ، ومختلفة في ارتشاحها وذات وسوف دقيقة نخالية الشكل ، بينما تكون صفة الضمور الكاذب ، التي تتواجد في آفات نظير الصداف اللويحي النمط السليم صغير اللويحات ، غائبة في هذا الشكل . وتحدث لويحات أكبر من السابقة خلال تطور الإصابة ، وتصبح مرتشحة ومتسمكة أخيراً . ويسهل تشخيص الفطار الفطراني سريرياً في هذه المرحلة الارتشاحية .

لا يوجد مكان محدد للإصابة ، ولكن الجذع والناحية الأليوية والأقسام الدانية من الأطراف تصاب غالباً ، كما تندر إصابة الوجه والمخاطيات .

**الأعراض** : تترافق الإصابة بحكة غالباً ، تزداد شدتها في سير الإصابة . ويمكن أن يظهر تسحج وخمج ثانوي وتحزز نتيجة هذه الحكة .

**التشريح المرضي النسجي** : التبدلات النسجية المرضية لهذا المرض غير نوعية أو تتوافق مع الفطار الفطراني . وقد يتطلب إجراء خزعات متعددة من الجلد لإثبات الفطار الفطراني . يلاحظ وجود ارتشاح تحت البشرة في الأدمة العليا بالخلايا اللمفاوية غالباً وتميل الخلايا المنفردة للتسرب البشروي كما في التجمعات الخلوية أو في خراجات بوترية وتوجد أحياناً أشكال نووية دماغية الشكل كبيرة تذكرنا بخلايا الفطار الفطراني أو خلايا سيزاري .

**السير** : مزمن جداً ، ويلاحظ زيادة بطيئة في حجم الآفات مع احتمال تحولها أخيراً إلى المرحلة الارتشاحية من الفطار الفطراني . وقد يحدث الشفاء العفوي ، ولكن ميل اللويحات للتراجع قليل جداً .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الأشكال الأخرى من نظائر الصداف اللويحية والصداف الشائع . تكون آفات الصداف حمراء ساطعة ، ووسوفها بيضاء نموذجية ، كما

ترافقها آفات أخرى . وإن الإكزيمة المتحززة والسعفة الجسدية والجذام أمراض أخرى تدخل في التشخيص التفريقي أيضاً .

**المعالجة** : تحدث تأثيرات جيدة بالمداواة الضوئية الكيميائية ( بوفا ) ، وتكون رهيمات ومراهم الستيروئيدات فعالة ضد الحكة . بينما يطبق الخردل الآزوتي الموضعي أو التشعيع في المراحل الأولية من الفطار الفطراني .

### نظير الصداف اللويحي – النمط المبكل كبير اللويحات Parapsoriasis En Plaques – Large – Plaque : Poikilodermatous Type

*المرادفات :* نظير الصداف اللويحي – النمط المبكل كبير البؤر ، نظير الصداف الضموري ، نظير الصداف كبير اللويحات المبكلة .

إن بعض الحالات التي لخصت في هذا الشكل تكون مشخصة في مراحل باكرة كنظير الصداف الحزازاني ( بروك ) ، أو ضمور الجلد الوعائي المبكل ( جاكوبي ) ، أو نظير الصداف الضموري ، أو تبكل الجلد السابق للشباكات أو خطل التقرن المتغير .

**التعريف** : هذا الجلاد الالتهابي المزمن يشابه نظير الصداف اللويحي من النمط الالتهابي كبير اللويحات ، ولكنها تتحول بعد سنوات إلى آفات جلدية مبكلة . وتتطور بعض هذه الحالات خلال سنوات إلى الفطار الفطراني أو إلى شكل آخر من لمفومات الجلد الخبيثة .

**الحدوث** : يحدث في كل بلدان العالم ، ولكنه نادر جداً ، ويبدأ في المرضى الكهول عادة .

**الأسباب** : مجهولة . وقد يكون مرضاً منفرداً ، أو حالة تنشأ عن أسباب مختلفة ، ويمكن أن يتحول تطورها البعيد إلى الفطار الفطراني أو إلى لمفوما جلدية خبيثة .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ – ٤٣ ) . تظهر بضع لويحات كبيرة قطرها ١٠ سم أو أكثر وتتطور ببطء، وقد تشبه النمط الالتهابي كبير اللويحات في نظير الصداف اللويحي السابق للفطار بسبب الحمامى الالتهابية والتوسف البسيط نخالي الشكل، أو إذا كان الارتشاح خفيفاً فإن نظير الصداف اللويحي يشبه شكل الفطار الفطراني . وفي غضون ٢ – ٣ سنوات ومع تزايد ضمور الجلد تظهر الشعيريات المتوسعة والنقص في التصبغ وفرط التصبغ الشبكي . ويذكرنا تبكل الجلد بالتهاب الجلد الشعاعي . فالجلد متغضن ورقيق كورقة لفافة التبغ ، أما التصلب فغائب . ولقد وصفت حطاطات حمراء صغيرة ذات مظهر حزازاني جزئياً رافقت هذه التبدلات في الجلد أيضاً .

وتشكل مناطق الإصابة المفضلة بؤراً مميزة وغير متناظرة وكبيرة على الألبتين والوركين والمناطق الأخرى من الجذع .

**الأعراض والسير** : تبقى اللويحات ثابتة لا تتبدل عدة سنوات ، وقد تسبب حكة أو شعوراً بالألم أحياناً بسبب جفافها وخاصة في الطقس البارد . ثم يظهر الارتشاح والمظهر النسجي للفطار الفطراني أو اللمفوما الجلدية الخبيثة بعد عدة سنوات ، وحينئذ تصبح الحكة أكثر شدة .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي الإصابة التهاب جلد مزمن غير نوعي ، أو تبدي تبدلات تشير إلى الفطار الفطراني من تسرب خلوي وخراجات بوترية Pautrier الدقيقة وأرومة الخلايا اللمفوانية ، ويحدث ضمور الجلد أخيراً .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل في التشخيص التفريقي كل من تبكلات الجلد الولادية ، التهاب الجلد والعضل والذأب الحمامي أيضاً .

**المعالجة** : كما في نظائر الصداف اللويحي النمط الالتهابي كبير اللويحات ، ومن المهم إجراء الفحوص السريرية المنتظمة والخزعات المتكررة لتشخيص التحول الباكر إلى الفطار الفطراني أو إلى اللمفومات الجلدية الخبيثة الأخرى .

### خطل التقرن المتغير Parakeratosis Variegata [ Unna, Santi and Pollitzer 1890 ] :

*المرادفات :* نظير الصداف الحزازاني ( بروك ) ، الحزاز المتغير ( كروكر ١٩٠٠ ) .

**التعريف** : جلاد التهابي مزمن وغير قابل للتراجع يتظاهر على شكل حطاطات حزازانية خطية أو شبكية الشكل وأخيراً تترك ضموراً شبكي الشكل .

**الحدوث** : هذا المرض نادر جداً ، وقد يكون سيره سليم كما في الشكل الشبكي للنخالية الحزازانية المزمنة . وقد يخضع للتحول إلى فطار فطراني خلال سنوات من سيره . ويفسر خطل التقرن هذا كنوع من نظير الصداف اللويحي النمط المبكل أو كمرحلة سابقة للفطار بشكل رئيسي . ومن خلال خبرتنا ( الكلام للمؤلفين ) نقول إن لخطل التقرن المتغير كيان متميز .

**الموجودات السريرية** : تحدث التظاهرات السريرية في هذا الجلاد ، والتي تشبه تلك التظاهرات في نظير الصداف اللويحي – النمط المبكل ، على القسم العلوي من الجسم . وتشكل الطفوح الحزازانية الصغيرة جزءاً من الصورة السريرية . وتأخذ هذه الطفوح تدريجياً شكل آفات شبكية أو خطية أو حلقية تميل للاتصال مع بعضها ، وتحيط بها شبكة من الجلد السليم .

وفي هذا المرض ، كما في الحزاز المسطح ، لا تلاحظ التظاهرات الفموية ولا توجد تبدلات ظفرية من نمط الحزاز المسطح أيضاً .

**الأعراض** : لا توجد أعراض عامة لهذا الجلاد ، بل يلاحظ فقط نزوع لجفاف الجلد والحكة فيه غائبة ، والسير مزمن جداً ، كما لا تبدي الآفات استجابة طويلة الأمد بالعلاج الموضعي .

**التشريح المرضي النسجي** : في هذه الإصابة ، كما في نظير الصداف اللويحي من النمط المبكل كبير اللويحات ، يلاحظ ضمور البشرة ورقتها في بضعة طبقات خلوية وخلل تقرن بقعي، وتنكس تميعي في طبقة الخلايا القاعدية. وتبدي رشاحة الخلايا الالتهابية تسرباً خلوياً ، تسيطر فيها اللمفاويات والناسجات . كما يحدث سلس في الصباغ يرافقه حاملات من الملانين عديدة في الأدمة العليا ، وتوسع وعائي ملحوظ . وتذكرنا هذه الحالة بالحزاز المسطح الضموري . وعندما يتوضح الانحياز البشروي للرشاحة ، وتظهر خلايا الأرومة اللمفية الشاذة ، يكون تشخيص الفطار الفطراني في بدايته واضحاً .

**السير** : مزمن ولأكثر من سنوات أو عقود ، والإنذار غير محدد بسبب حقيقة أن هذه الحالات قد تتحول إلى لمفوما خبيثة . وقد يحدث ابيضاض لمفاوي أيضاً ، ويتطلب في هذه الحالة العناية السريرية ومتابعة إجراء الخزع .

**المعالجة** : تراجع هذه الآفات نادر جداً . ويتألف العلاج من المزلقات والتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ، تقلل الستيروئيدات من الأعراض لبرهة من الزمن . وإن الخبرة قليلة عن تأثيرات المداواة الضوئية الكيميائية ( بوفا ) أو المداواة بالأشعة الالكترونية . ويشك دوماً بالآفات المرتشحة على أنها فطار فطراني ، وقد تستجيب للمداواة بالأشعة السينية اللينة .

## الأحمرية ( احمرار الجلد ) Erythroderma :

الأحمرية هي احمرار التهابي عام وتوسف في الجلد . وعلى وجه العموم ، لا يحمر الجلد بالالتهاب فقط بل بالارتشاح والتسمك المتبدلين أيضاً . وقد يكون التوسف صفيحياً أو أكثر في الأحمريات السمية الحادة ، بينما يكون صدافياً أو نخالي الشكل بشكل رئيسي في الأحمريات المزمنة . ومن الأهمية بمكان ألا يوضع للأحمرية تشخيص سريري إلا عندما تشمل الإصابة الجلد كله من الرأس إلى القدم . وقد تكون المناطق الصغيرة من الجلد السليم ميزة تشخيصية تفريقية هامة ( مثال : الفطار الفطراني ، النخالية الحمراء الشعرية ) .

**الفيزيولوجية المرضية** : تحدث الأعراض العامة بسبب التهاب الجلد المعمم واضطرابات التقرن . وإن توسع الأوعية الدموية وازدياد جريان الدم عبر الجلد يؤديان إلى زيادة فقد الحرارة ، ويبدو هذا بشكل قشعريرة وإحساس بالبرد . وقد يحدث انخفاض الحرارة حتى في الأحمرية المزمنة . وكذلك فإن البخر المائي المرتفع المتكرر ( زيادة التعرق غير المحسوس ) قد يسبب تجفافاً .

تبلغ كمية فقد البروتين في شكل وسوف متوسفة ١٠ غ/م٢ من سطح الجسم يومياً ، مما يسبب أعراض عوز البروتين ويتجلى نقص بروتين الدم النموذجي في نقص الألبومين وزيادة نسبة الغلوبولينات وخاصة غاما غلوبولين . وقد تصيب الأحمريات الحادة والمزمنة النسج الفعالة في انقسامها الفتيلي كالأشعار والأظافر ، ويلاحظ فقد الأشعار المنتشر وفقد الأظفار أيضاً . كما يحدث تردٍ مترقٍ في الحالة العامة خلال سير الأحمرية المزمنة تتجاوز الشهور ، بينما يموت بعض مرضى الأحمريات رغم العلاج الحذر .

**أشكال الأحمريات** : التشخيص التفريقي للأحمرية سريرياً سهلٌ من الناحية الشكليائية ، ولكن الأسباب قد تكون غير جلية ، ولقد تم تمييز الأحمريات البدئية والثانوية واحدة عن الأخرى .

*الأحمرية البدئية* : وتظهر في الجلد الطبيعي غير المتبدل وخاصة في الأحمريات التي تعزى للتأثيرات الجانبية للأدوية ، أو في الأمراض الدموية ، أو في لمفومات الجلد الخبيثة .

*الأحمرية الثانوية* : وتظهر خلال تعمم الجلادات عند المرضى كالإكزيمة ، والصداف ، والنخالية الحمراء الشعرية أو الحزاز المسطح . وعلى أية حال ، بدأ حالياً يقل استعمال هذا التقسيم رويداً رويداً .

## الأحمرية في الطفولة :

تندر الأحمريات في الرضع أو في أطفال المدارس ، وبالتالي يكون التشخيص التفريقي واسعاً وصعباً . ويجب أن تؤخذ الأسباب المحتملة التالية بعين الاعتبار :

- الأحمريات الولادية ( السماك الولادي ، الطفل الكولوديوني ، الأحمرية سماكية الشكل الولادية ) .
- الأحمرية التوسفية .
- الأحمرية في أدواء المبيضات المعمم .
- التهاب الجلد التوسفي الطفلي .
- انحلال البشرة النخري الانسمامي ( متلازمة لايل ) .
- الإكزيمة التأتبية ( التهاب الجلد العصبي المنتشر ، الإكزيمة داخلية المنشأ ) .
- الصداف الشائع .

– النخالية الحمراء الشعرية .

**الأحمرية لدى الكهول :**

وتسمى أيضاً الأحمريات التوسفية السمية ، وتحدث هذه الأحمرية بشكل حاد ، ومن الشائع حدوثها بالأدوية الجهازية . ولقد وصفت الأحمرية السمية خلال المعالجة بالسلفوناميدات ، أدوية السكري ، البوفازون ، ومركبات الذهب ، والإيزونيازيد ، والهيدانتوئين ، والبنسلين ، والزرنيخ أو مضادات الملاريا .

يظهر الطفح الدوائي القرمزي أو الحصبوي الشكل خلال العلاج أولاً ، ويبدو على شكل احمرار التهابي معمم حاد . وأخيراً يظهر توسف الجلد الصفاحي ، ويسبق ظهوره تشكلات حويصلية أو نفاطية أحياناً .

يترافق ظهور التظاهرات الجلدية بدعث شديد ، وحمى وقشعريرة ، وقد تسبب الأحمرية السمية الموت من خلال القصور الدوراني أو الإصابة الكبدية أو الكلوية . وحالما تظهر النفاطات ، يجب أن ينظر إلى احتمال تطور الإصابة إلى متلازمة لايل المحدثة بالأدوية ( انحلال البشرة النخري السمي ، متلازمة الجلد السمطي ) . وقد تظهر الأحمرية الحادة خلال تعمم التهاب الجلد التماسي الأرجي الحاد أيضاً ، وبالتالي تتميز الصورة السريرية بالنز والجلبات ( راجع الشكل ١٤ – ٤٤ ) .

**الإمراض :** الأحمرية تفاعل أرجي شديد عادة ، وعلى الأغلب تفاعل سمي ، ويتشارك الخمج والأرج الدوائي في إحداث الأحمرية أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي :** تبدو تبدلات بشروية تسفنجية يعقبها خطل تقرن وشواك خفيف في الأشكال الحادة . كما يشاهد ارتشاح التهابي حول الأوعية ، بينما تلاحظ وذمة واضحة في الأدمة الحليمية . وإذا حدث نخر بشروي ، وجب أن تؤخذ متلازمة لايل بالاعتبار .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* وتعطى الأدوية القلبية ، السوائل الكافية ، واستبدال الكهارل ، والستيروئيدات بجرعات عالية ( ٨٠ – ١٢٠ ملغ أو أكثر من البردنيزولون أو معادلاته ) ، وإيقاف الأدوية الأخرى على قدر المستطاع .

*المعالجة الموضعية :* ويعتمد على شكل الآفات الجلدية ، بودرة في السرير ، دهون الزنك ، علاج التآكلات برذاذ من الصادات أو بالإجراءات المطهرة إذا كان ذلك ضرورياً . وأخيراً ، زيت الزنك ، معاجين لينة مع مطهرات وصادات ، ورهيمات من الستيروئيدات موضعياً .

**الأحمريات التي تعزى لتعمم الجلادات ( الأحمريات الثانوية ) :**

هذه الآفات ليست بنادرة ، وتظهر تالية لجلادات موجودة تمتد أخيراً لتصيب الجلد بكامله . وقد تفقد التظاهرات الشكليائية السريرية المميزة للمرض البدئي فيصاب الجلد بالتهاب احمراري مرتشح توسفي معمم ، يميل لظهور تشققات مؤلمة وخاصة في مناطق الفوهات وثنيات المفاصل . ولا تتواجد نسجيات المرض البدئي في الأحمرية الثانوية غالباً .

**الإكزيمة والإكزيمة التأتبية :** إن تعمم الإكزيمة ذات الإمراضيات المختلفة وتعمم الإكزيمة التأتبية هي القاعدة الأكثر شيوعاً في ظهور الأحمرية . وقد يحدث تضخم بسيط في العقد اللمفية الإبطية والمغبنية كالتهاب العقد اللمفية باعتلال الجلد ( اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد ) . وتكون الحكة شديدة غالباً وقد تؤدي إلى حدوث تخديش منتثر وخمج ثانوي .وغالباً ما تشير التبدلات الظفرية الإكزيمية النموذجية إلى التشخيص الصحيح أيضاً .

**الصداف :** تأتي الأحمرية الصدافية في حدوثها بالدرجة الثانية بعد الأحمريات الإكزيمية ، بينما تميل الأحمريات المتسحجة الحادة للظهور في مرضى الصداف البثري المعمم ، وقد يتطور الصداف الشائع إلى أحمرية ثانوية إما عفوياً أو نتيجة العلاجات الشديدة والمخرشة .

تختفي المظاهر النموذجية للمرض ، ويبد ي الجلد المحمر الالتهابي الحاك بشدة توسفاً نخالي الشكل . وقد تساعد تبدلات الأظفار الصدافية كثيراً في التشخيص . ويتشارك حدوث الأحمرية الصدافية التي تستمر طويلاً مع القزامة أحياناً .

**النخالية الحمراء الشعرية Pityriasis Rubra Pilaris :** وتظهر الأحمرية في هذه الحالة من تطور النخالية الحمراء الشعرية لدى الأطفال أو الكهول . والعلامات الأساسية لهذه الإصابة عبارة عن جزر من الجلد السليم داخل الأحمرية الوسفية صدافية الشكل وذات اللون البرتقالي الفاتح . وتكتشف حطاطات تقرانية نموذجية في حواف الإصابة غالباً .

**الحزاز المسطح :** نادراً ما تحدث الأحمرية في سير الحزاز المسطح ، قد يكون التشخيص صعباً جداً نتيجة تبدل الشكل السريري النموذجي للحزاز المسطح ، واختفاء آفاته الحطاطية . ويهمنا وجود التبدلات النموذجية للحزاز المسطح في مخاطية الفم والأظفار .

**الفقاع الورقي Pemphigus Foliaceus : قد تظهر الأحمرية** في الفقاع الورقي وخاصة لدى الكهول . تبدأ الإصابة عادة على

الوجه والأقسام العلوية من الجذع . ويكون التوسف فيها رطباً . وأحياناً تقشرياً أو عجينياً . وتشير الآفات المتحلقة المتقشرية إلى آثار النفاطات السطحية أحياناً .

**الجرب النرويجي** : قد تظهر أحمرية معممة يرافقها حكة شديدة لدى المرضى الكهول المهملين أو غير المعالجين أو المرضى المصابين بعوز المناعة الثانوي ، كما في أخماج HIV . ويكون الجلد فيها ملتهباً ووسوفه جلبية متسمكة وخاصة على اليدين والقدمين ، وتتثخن فيها الأظفار أيضاً . وتترافق باعتلال العقد اللمفية وفرط حمضات الدم عادة . وقد توجد قارمات الجرب Myriads of Mites داخل جلد المصاب وهي سهل إثباتها .

**الأحمريات في الأمراض الدموية ولمفومات الجلد الخبيثة Erythroderma in Hematological Diseases and Malignant Cutaneous Lymphomas :**

تظهر الأحمرية البدئية المزمنة في هذه الأمراض أحياناً ويرافقها تحزز شديد وحكة معممة . وإن الأحمرية السابقة للفطار (Leredde) في الفطار الفطراني معروفة جداً . وتُظْهِرُ متلازمة سيزاري نفسها على شكل أحمرية مزمنة مع تفاعل في العقد اللمفية المعمم أو دون هذا التفاعل . وقد تحدث الأحمرية أيضاً في الورام الحبيبي اللمفاوي الخبيث ، وابيضاض الدم اللمفاوي ، وفي الأشكال المختلفة من ابيضاضات الجلد الخبيثة . ويندر جداً حدوثها في ابيضاض الدم النقوي .

تبدي هذه الأحمريات نسجياً إما رشاحات نوعية للمرض الأساسي أو علامات التهاب مزمن فقط . بينما توجد ارتشاحات نوعية في الفطار الفطراني ، وفي لمفوما الجلد الخبيثة ، وفي متلازمة سيزاري أحياناً ، ويبقى التشريح المرضي النسجي عندي في الأمراض النقوية غير نوعي . وقد يفيد التلوين بكلورواسيتيت استراز Chloroacetate Esterase في وضع التشخيص . ويجب تقييم الأحمرية الدموية بإجراء الفحوص على الدم والعقد اللمفية ونقي العظم .

**الأحمرية مجهولة السبب Erythroderma of Unknown Cause :**

في حوالي ٥٪ - ١٠٪ من المرضى لا يمكن تفسير سبب الأحمرية لديهم رغم الاستقصاءات الدقيقة . ومثل هذه الأحمريات ، وبشكل رئيسي في الكهول ، قد تتطور إلى فطار فطراني أو إلى لمفوما جلدية خبيثة في المراحل الأخيرة .

أطلق على هذه الأمراض اسم الأحمرية من نمط ويلسون - بروك أو النخالية الحمراء لهبرا . أما الآن فلا ينظر إليها كمجموعة مستقلة .

**التشريح المرضي النسجي** : ويتوافق مع سبب الأحمرية المحتمل . على أية حال ، وفي أطوار الأحمرية ، قد لا يكشف التشريح المرضي النسجي المظاهر المميزة للمرض المسبب ، وبالتالي يكون التشخيص النسجي أكثر صعوبة .

**السير** : باستثناء السير الحاد والمفاجيء أحياناً للأحمريات السمية التي قد تتطور إلى متلازمة لايل وتشفى سريعاً بعد التخلص من العامل المسبب . فإن السير في معظم الأحمريات يكون مزمناً منذ الهجمة الأولى .

**الإنذار** : يجب أن يوضع الإنذار بحرص شديد ، ويحدده المرض الأصلي بشكل أساسي ، فالأحمريات التي تظهر خلال تعمم الجلادات الأخرى هي أكثر استجابة من أحمريات الأمراض الدموية في معظم الحالات .

**التشخيص** : تشخيص الأحمريات سريرياً ليس صعباً ، ولتقييم الأسباب ، ينصح بالإجراءات التالية .

*القصة المرضية :* يجب إعادة النظر بشكل دقيق في قصة المريض ( الأحمرية الحادة ، الأحمرية المزمنة ، وجودها منذ الولادة ، الأدوية ، الجلادات ، التأتب ، الأرج التماسي ) .

*الموجودات السريرية :* تبدلات مخاطية الفم في الحزاز المسطح ، تبدلات الأظفار في الصداف ، التحري عن قارمات الجرب في الجرب النرويجي .

*الخزعة الجلدية :* يجب أن تؤخذ الخزعة قبل البدء بالمعالجة وخاصة قبل أن تعطى الستيروئيدات ، ونحتاج لإجراء عدة خزعات من مناطق مرتشحة ومختلفة من الجلد .

*حالة العقد اللمفية :* ينجم اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد في كثير من الأحمريات عن تفاعل النسيج الملتهب في الجلد ، فيحدث تورماً وخاصة في العقد اللمفية الإبطية والمغبنية . ويتطلب أخذ خزعة من العقد اللمفية في بعض الحالات ، وقد يكون هذا مهماً جداً في تشخيص الأمراض الدموية أو اللمفومات .

*الاستقصاءات العامة :* صورة شعاعية للصدر ، وصورة طبقية محورية للصدر CT Scan والبطن والحوض ، وتعداد دموي ، ومعايرة حديد الدم ، والرحلان الكهربي المناعي أو خزعة من نقي العظم .

**المعالجة** : يوجه العلاج مباشرة للمرض الأساسي المسبب وبشكل رئيسي .

*المعالجة الموضعية :* تطبق رهيمات من الستيروئيدات أو مراهم مزلقة ، ويجب أن تؤخذ بالاعتبار المعاجين اللينة أو زيت الزنك ، ولسائل كاستيلاني تأثير مفضل في الثنيات . وبالاعتماد

على المرض الأساسي ، يجب أن يتم اتخاذ القرار فيما إذا كان العلاج سيجرى بالمداواة بأشعة رُنتغن البعادي ، أو بالأشعة الإلكترونية ، أو بالمعالجة الضوئية الكيميائية الداخلية ( بوفا ) أو بالعلاج بالستيروئيدات النفوذة جداً تحت ضماد بلاستيكي كتيم .

ومن المهم اتخاذ رؤية عميقة ينظر فيها إلى التبدلات في السوائل والبروتين والكهارل وتموجات حرارة الجسم أيضاً . ويجب أن يصرف الاهتمام إلى توفير السوائل بمقدار كافٍ وتأمين الحرارة اللازمة أيضاً ( زجاجات الماء الحار ، الدثارات الكهربائية ) . وتلعب الإجراءات التمريضية دوراً مهماً أيضاً . ويجب تجنب البرودة والحرارة الزائدة . ويعتبر السيطرة على الخمج الجرثومي الثانوي من الأمور الهامة أيضاً . وتجرى الحمامات بإضافة زيت الحمام أو إضافة العوامل المضادة للالتهاب . وإن تطبيق المعاجين اللينة أو الدهنية أو الرهيمات بعد الحمام ذات تأثير مريح .

**الحزاز المسطح Lichen Planus [ Wilson 1869 ] :**

*المرادفات :* الحزاز المسطح الأحمر Lichen Ruber Planus .

**التعريف** : الحزاز المسطح هو جلاد حطاطي التهابي غير معدٍ ، يتصف بمظهر سريري ونسجي نموذجي جداً ، وبسير مترقٍ تحت الحاد أو مزمن ، وترافقه حكة شديدة ، ويصيب مخاطيات الفم أيضاً .

**الحدوث** : المرض شائع الحدوث نسبياً . ويصاب به حوالي ١٪ من جميع المرضى المعاودين إلى العيادات الجلدية ، وتبلغ نسبة المراضة في السكان حوالي ٠,٠٢٪ . وللحزاز المسطح انتشار واسع ، ولا يوجد دليل مثبت ومحدد على دور العامل الوراثي .

وقد يترافق المرض مع $HLA - A_3$ ، $B_3$ ، $B_5$ و DR – 1 ، وتتساوى نسبة الإصابة به في الجنسين ، ويصيب هذا المرض كافة الأعمار ، ويتظاهر في أكثر من ثلثي المرضى بين ٢٠ و ٦٠ سنة من العمر .

والحزاز المسطح جلاد هيوج ، وفي طوره الطفحي ، قد يستثار ظهور الآفات الجديدة من هذا الجلاد وخاصة بالمثيرات الميكانيكية . ويدعى هذا بالتأثير المتماثل الشكل Isomorphous effect ( ظاهرة كوبنر ) .

**السببيات والإمراض** : الأسباب مجهولة . ولكن يشك بالأخماج بالحمات الراشحة لأن المرض يظهر متناظراً كما في الطفحية الحمجية . وفي بعض الحالات ، يتظاهر الحزاز المسطح مرافقاًلالتهاب الكبد بالحمة الراشحة . وليس ثمة دليل معين على السبب العصبي والذي اقترح عند مرضى الحزاز المسطح المصابين بتكهف النخاع ، والتهاب الأعصاب المحيطي ، والشلل البصلي ، أو الحزاز المسطح الخطي . وقد اقترح المنشأ النفسي بالاعتماد على القصة المرضية في بعض الحالات ، يبدأ الحزاز المسطح بعد الرض النفسي الشديد ( موت في العائلة ، الحوادث ) أو حالات الكروب الأخرى ( الهجوم بالقنابل في الحرب ، الشدائد المهنية ) . ويبدو من المهم أيضاً أن الحزاز المسطح يميل للشفاء العفوي غالباً عندما يبتعد المريض عن محيطه المعتاد بعضاً من الوقت . وعلاوة على ذلك ، لا نستطيع أن نستنتج من المشاهدات العديدة أن الحزاز المسطح مرض نفسي بدني بالتأكيد . وقد يثار هذا الحزاز بالأدوية أيضاً ( وخاصة مضادات الملاريا ، أملاح الذهب ، الإيزونيازيد ، أو مركبات الزرنيخ العضوي ) . واعتماداً على أسس الموجودات النسجية والمناعية النسجية ، يعتبر الحزاز المسطح أيضاً ظاهرة مناعية ذاتية ، باعتبار أنه يحدث مع التشمع الصفراوي ، والقشيعة (Morphea) ، والذأب الحمامي ، وتفاعل المضيف ضد الطعوم .

**الموجودات السريرية** : الحزاز المسطح مرض حطاطي نموذجي جداً . آفة واحدة متعددة الأضلاع قد تكون كافية للتشخيص أحياناً . ويشتق اسم الحزاز من مظهره النموذجي الذي ينجم عن نموه من خلال تكدس الحطاطات التي تشبه الحزاز الذي ينمو على الصخور والأشجار . يبدو الحزاز المسطح أولاً كحطاطة مكتنزة قدّها من ١ ـ ٣ ملم ، تحددها خطوط الجلد الطبيعية ولذلك تتعدد أضلاعها . وهذه الحطاطة مقطوعة الحواف دائماً ومرتفعة ومسطحة وتلمع بشدة لانعكاس الضوء عليها ( تألق حزازاني ) . وتتركز الحطاطات البدئية في المركز أحياناً ، وقد تتصل الحطاطات المتجاورة ببعضها فتشكل بؤرة كبيرة ذات شكل مختلف .

تأخذ هذه الحطاطات اللون الأحمر الالتهابي في البداية ، غير أنه بعد بضعة أسابيع يميل لونها بشكل متدرج إلى اللون الأحمر المزرق ، وعندما تشفى هذه الحطاطات يصبح لونها بنياً ( فرط تصبغ ثانوي ) في أغلب الحالات . إن ظاهرة ويكهام Wickham المخططة ( راجع الشكل ١٤ ـ ٤٥ ) ، ذات أهمية تشخيصية كبيرة حيث توجد شبكة بيضاء حليبية دقيقة على سطح الحطاطات المسطحة وخاصة في الحطاطات المتكدسة . وتتوضح خطوط ويكهام جيداً بزجاج المكبرة غالباً وخاصة بعد مسح الآفة بالماء أو الإكزيلين ، وأيضاً بالوسائل التي تزداد فيها شفوفية الطبقة المتقرنة والمتسمكة قليلاً ، وتعزى إلى تسمك محدد في طبقة الخلايا الحبيبية التي تحوي القرنين الزجاجي أي فرط التحبب المحدد .

*حزاز المسطح الطفحي* **L. P. Exanthematicus** : لهذا النمط الطفحي من الحزاز المسطح سير تحت الحاد غالباً ، وتكون آفاته متعزلة واضحة في البداية ، وتتلاقى بشكل بسيط فقط ، وتتوضع بشكل متناظر . تميل هذه الآفات لتصيب السطوح الانعطافية من مفاصل اليد والساعد والأقسام الجانبية من العنق ، وكذلك تصيب الأليتين والعجز والناحية الشرجية التناسلية والقضيب والكاحل . وتندر إصابة الفروة والوجه والراحتين والأخمصين . وقد تتعمم الطفحية بزيادة ضغط الطفح أو بالمعالجات المخرشة ، وفي الحالات الشديدة تتطور الإصابة إلى أحمرية ثانوية ( راجع الشكل ١٤ –٤٦ ) .

*الحزاز المسطح عند الكهول والمسنين* : يتوضع هذا الشكل الخاص من الحزاز المسطح بشكل رئيسي على الجذع في منطقة العجز والخاصرتين كالميدالية الكبيرة غالباً ، وتكون الحكة فيه خفيفة جداً . وتميل الأفات الحطاطية لتأخذ اللون البني المحمر الداكن كنتيجة لفرط التصبغ الثانوي .

*التبدلات في المخاطيات* : تحدث هذه التبدلات في ٢٥٪ – ٢٧٪ من المرضى ولها أهمية تشخيصية كبيرة . يشاهد الحزاز المسطح معزولاً في الفم والقسم الظاهر من الشفة أحياناً ، كما يمكن أن تحدث تبدلات مشابهة في الناحية التناسلية والشرجية . ويعتبر استمرار هذه التبدلات لفترات طويلة في مخاطية الفم واللسان كسوابق غير ثابتة للسرطانة . وقد لوحظ ظهور السرطانة أحياناً ، ولكنها تحدث في الآفات التقرحية أو التآكلية المزمنة عادة .

يختلف الحزاز المسطح في المخاطيات عنه في الجلد بغياب الحطاطات على المخاطيات . وتحدث خطوط ويكهام فقط على شكل نماذج أو حواف بيضاء مخططة ، أو شبكية أو شجرية أو تفرعية وتصيب تخصيصاً مخاطية الفم وصوار الشفتين . وغالباً ما تكون الآفات على اللسان لويحية الشكل أو خطية وتميل للضمور ( غياب الحليمات اللسانية ) .

وغالباً ما تحدث تآكلات مؤلمة في هذه الإصابة ، ولذا يسمى بالحزاز المسطح التآكلي في المخاطيات . ومن الأهمية بمكان تفريقه عن الذأب الحمامي ، والأرج التماسي للمواد البديلة ، وقرحات الاستلقاء ، وقرحات بدلات الأسنان والإفرنجي الثانوي . ( راجع الشكل ١٤ – ٤٧ ) .

*الحزاز المسطح في مخاطية الفم والحزاز المسطح الجريبي الخاص* : قد تحدث هذه التبدلات معاً ، و لم يتضح بعد ما إذا كانت هذه الموجودات طارئة أو من الأعراض المرافقة ذات العلاقة الوطيدة بمتلازمة لاسيور – غراهام – ليتل **Lassueur – Graham – Little** . ويجب أن تفحص مخاطيات الفم والناحية التناسلية في الحالات الشبيهة بالثعلبة الكاذبة .

*التبدلات التناسلية* : تلاحظ الآفات على الناحية التناسلية عند الذكور في حوالي ٢٠٪ من الحالات ، والأكثر شيوعاً إصابة الحشفة . ( راجع الشكل ١٤ – ٤٨ ) . وقد توجد بعض الحطاطات النموذجية والمحددة في الناحية . وفي معظم الحالات ، تشفى هذه الآفات مركزياً وتصبح حلقية مع ترقٍ محيطي ( الحزاز المسطح الحلقي ) . ولوحظت تبدلات مشابهة على جلد الصفن أحياناً . وعندما توجد هذه الآفات معزولة على الناحية التناسلية ، يشمل التشخيص التفريقي كل من الأمراض التالية : داء بوفن ، الحطاط التناسلي البوفناني ، التنسج الأحمر لكيرات ، أدواء المبيضات والإفرنجي الثانوي .

ويقل شيوع الآفات في الناحية التناسلية عند الإناث ، ويزداد التخطط فيها أكثر من التبدلات المرافقة في مخاطية الفم .

*التبدلات الشرجية* : هذه التبدلات ليست نادرة ، ففي قمع الشرج يلاحظ وجود نماذج خطية أو تشجرية بيضاء قد تكون سبباً في الحكة الشرجية المعندة ، وعندما تحدث الإصابة معزولة نضطر لتفريقها عن أدواء المبيضات وعن التبدلات الجلدية والمخاطية الأخرى التي تثير الحكة الشرجية ، وقد ينصح بالخزعة .

*تبدلات الأظفار* : تتواجد تبدلات الأظفار في حوالي ١٠٪ من المرضى . هذه التبدلات ليست مميزة جداً في أغلب الحالات وتتظاهر على شكل تخطط طولاني وتميل الأظافر لانشطارها وتبدو تنقرات صغيرة غير منتظمة ( حثل ظفري ) ، وتقرانات تحت الأظفار ، وزيادة في ضمورها تتجلى برقتها وضياع الصفيحة الظفرية بكاملها ( ضمور ظفري ) . وقد يحدث حثل شديد في الأظفار .

**أنماط الآفة :**

*الحزاز المسطح البؤري* : تظهر لويحات صغيرة أو كبيرة في مناطق محددة من الجلد فقط ، يغيب فيها المظهر النموذجي للحزاز . وقد تتواجد الحطاطات المنعزلة المميزة على حواف الإصابة ، بينما تندر التبدلات في مخاطية الفم .

وينحصر هذا الشكل بمناطق محددة من الجسم ، ويميل لإصابة الساقين والعجز والجوانب الوحشية للعنق كما يصيب القضيب . وقد تأخذ الآفات شكلاً مخروطياً وتحدث فرطاً في التصبغ . ويمكنها أن تستمر لفترة طويلة ، وقد ترافقها حكة ملحوظة .

*الحزاز المسطح الحلقي* : تشفى مناطق واسعة من الحزاز المسطح

في مركزها وتتمادى في محيطها أحياناً ، فتحدث نماذجاً حلقية أو متحلقة .

*الحزاز المسطح الخطي* : هذا الشكل من الحزاز نادر . يظهر فيه طفح خطي ضيق من الحزاز المسطح ، وقد يمتد هذا الشريط من الإبط إلى الرسغ ، أو من المنطقة الأليوية إلى الكعب الأنسي ، ويتوضع بشكل نطاقي أو قطعيّ أحياناً ، ويساير ظاهرياً قطعة عصبية واحدة . ويتضمن التشخيص التفريقي كلاً من الآفات التالية : الصداف الخطي ، الوحمة البشروية الالتهابية الخطية الثؤلولية ، الحزاز الخطي ( المخطط ) والتهاب الجلد الخطي .

***الأشكال الخاصة*** : نتيجة التوضعات الخاصة للمرض ، ومدة حدوثه ، وتطوره البعيد ، تظهر أشكال خاصة ومتعددة من الحزاز تختلف عن الحزاز المسطح النموذجي .

*الحزاز المسطح الجريبي* ***Follicular Lichen Planus*** : ويحدث هذا الشكل مترافقاً بتظاهرات الحزاز المسطح النموذجي ، وتبدلاته في المخاطيات ومظاهره النسجية النموذجية أحياناً ، ولكنه قد يحدث لوحده غالباً .

يرتبط حدوث الحزاز المسطح الجريبي المتعلق بالجريبات الزهمية ، ويشكل حطاطات حمراء ، لينه ، بحجم رأس الدبوس وتكون منعزلة أو متكدسة وتحمل فرط تقرن مؤنف مخروطي الشكل ( حزاز مسطح مؤنف **Lichen Planus Acuminatus** ) ، وتولد هذه الآفات إحساساً بالخشونة . ( الشكل ١٤ ـ ٤٩ ) تمثل الآفات الكبيرة المنعزلة حطاطات كثيفة أصغر في حجمها من الحطاطات النقطية الشكل . وغالباً ما يظهر تصبغ تدريجي في المناطق المصابة . وتتوضع الإصابة في الثنيات وأعلى الجذع ، والعنق ، والجانب الأنسي للفخذ ، والمنطقة العجزية ، بينما يتكرر وجود آفات متفرقة على مناطق واسعة . ويتركز التشخيص التفريقي بشكل خاص على الأمراض الحزازانية الأخرى ( الحزاز الخنزري ، الحزاز الشعروي ، الحزاز الإفرنجي ) ، والصداف الحزازاني ، والنخالية الحمراء الشعرية .

*الحزاز المسطح الجريبي على الفروة* : ويحدث بشكل معزول أيضاً . وتترافق آفاته بوسوف ملتصقة ببعضها قليلاً ، وتؤدي إلى حاصة ندبية كالحاصة الكاذبة التي وصفت أيضاً كحزاز مسطح جريبي حاص .

كما وصف ترافق الحثل الظفري بالحزاز المسطح الجريبي على الجذع والفروة كمتلازمة لاسيور ـ غراهام ـ ليتل ( ١٩٣٠ ) .

ويضم التشخيص التفريقي كل من التقران الشعري ، داء داريه ، الذأب الحمامي ، والحمامى التندبية محجبية المنشأ .

*الحزاز المسطح الضخامي* : تعتبر الجوانب الباسطة من حرف الظنبوب والبراجم المناطق المفضلة للإصابة بهذا الشكل من الحزاز . وتكون الآفات إما حطاطية عقيدية متفرقة ومتعددة أو تتظاهر على شكل لويحات سميكة بحجم الراحة . ويغطي الناحية فرط تقرن ثؤلولي الشكل ومتسمك ، ويتراوح لونه بين اللون البني المحمر إلى اللون الأحمر المزرق ( الحزاز المسطح الثؤلولي ) . تبدي الآفات أحياناً تورمات جريبية مرتفعة وبارزة وفرط تقرن بشكل الطباشير ، وتكون الحكة شديدة جداً ، وتحدث الندبات بعد شفاء الآفات . ويترافق هذا الشكل من الحزاز بقصور وريدي مزمن في سيقان المرضى غالباً .

يضم التشخيص التفريقي كلاً من الحزاز البسيط المزمن ، الإكزيمة المتحززة ، الحزاز النشواني ، وأدواء البروتينات الشحمانية ( راجع الشكل ١٤ ـ ٥٠ ) .

*الحزاز المسطح العقيدي* : يلاحظ في هذه الحالة حزاز مسطح عقيدي غير مألوف ومنتشر ، وسطحه متسمك ومتقرن . ويبدو أن هذا لا يبرر استعمال عبارة الحزاز الكليل **Obtusus** ، لأن هذا الوصف استعمل في الأمراض الأخرى كبيرة العقيدات مثل الأكال العقيدي ( هايدي ) والتهاب الجلد العصبي العقيدي . ولذلك فإن كلمة الحزاز الكليل تعبير غامض ويجب تجنبه .

*الحزاز المسطح الضموري* : وتحدث فيه آفات قليلة فقط تتوضع على الأطراف السفلية غالباً ، وتترك الآفات في مكانها بقعاً ضمورية حدودها مقطوعة ، ولونها أبيض أو أزرق ، وعمقها ٢ ـ ٥ ملم تحت مستوى الجلد ، وتفقد فيها الأشعار وفوهات الجريبات الشعرية . ويمكن لهذه البقع أن تلتحم ببعضها لتشكل لويحات ضمورية بيضاء حدودها واضحة . ومن الناحية السريرية ، تشبه المرحلة الأخيرة لهذه الحالة كلاً من الحزاز التصلبي الضموري والقشيعة النقطية . والموجودات النسجية حاسمة في هذه الحالات .

*الحزاز المسطح الفقاعي* : وهذا نوع نادر جداً من الحزاز المسطح الذي يتحول إلى نفاطات ( الحزاز المسطح الفقاعاني ) . وفي الحالات الشديدة توجد النفاطات لوحدها . وفي التشريح المرضي النسجي يلاحظ حدوث تنكس تميعي في طبقة الخلايا القاعدية . بينما في الحالات الأخرى ، تشاهد الحطاطات النموذجية والنفاطات معاً .وتصيب التبدلات الفقاعية البدئية مخاطية الفم وتؤدي إلى تآكلات مؤلمة أيضاً . ويمكن لكل من الفقاعاني الفقاعي والفقاع الشائع أن يرافقا

حدوث الحزاز المسطح . كما ذكر ترافق الحزاز المسطح الفقاعي بالأورام المجموعية .

إن فصل التشخيص التفريقي لهذا الشكل من الحزاز عن أمراض الفقاعية المدرسية والداء النشواني الفقاعي قد يسبب صعوبات عديدة . ويحسم التشخيص النسجيات والموجودات النسجية المناعية .

*حزاز المسطح التآكلي* : ويتوضع هذا الشكل بين الأباخس وعلى القدمين ويعزى إلى التفاعلات الفقاعية التي تؤدي إلى تآكلات وتقرحات . ولا تميل هذه الآفات للشفاء ، وتتصف بألمها الشديد . ويسهل التشخيص إذا ترافقت مع حالة تشبه الثعلبة الكاذبة على الفروة أو مع الحزاز المسطح في أي مكان آخر . ومن ناحية أخرى يساعد التشريح المرضي النسجي فقط في تشخيصها ، بينما يتطلب الحزاز المسطح التقرحي طعوماً جلدية .

**الحزاز المسطح السفعي Actinic L. P.** : في البلاد الإستوائية وشبه الإستوائية ، تحدث طفوح من الحزاز المسطح على شكل تظاهرات تشبه الحزاز المسطح الحلقي ، وتصيب بشكل خاص الأطفال وصغار الكهول . تسير هذ الإصابة بشكل تحت حاد ، وتميل للشفاء العفوي ، ومن المحتمل أن تثيرها أشعة الشمس . ويأخذ على الوجه أحياناً شكلاً شبيهاً بالكلف ويسمى الحزاز المسطح الشبيه بالكلف L. P. Like Melasma .

**الحزاز المسطح على الراحتين والأخمصين** : تسبب هذه التبدلات ، وخاصة إذا كانت معزولة ، صعوبات تشخيصية كبيرة . وتتظاهر على شكل بؤر حطاطية تقرانية أو حطاطية عقيدية تتوضع على حواف الأصابع وظهر اليدين . وتكون هذه التبدلات مكتنزة Compact جداً ومصفرة نتيجة التقران . وتبدو بشكل أثفان يحيط بها هالة التهابية .

ويضم التشخيص التفريقي كلاً من الصداف الشائع ، والثآليل ، والأثفان ، والتقران المسامي لميبلي Mibelli ، والإفرنجي الثانوي ، وإكزيمة اليد المتشققة مفرطة التقرن ، أو السعفة ذات النمط مفرط التقرن .

**الأعراض** : يترافق الحزاز المسطح الطفحي والأشكال الأخرى للحزاز المسطح بحكة شديدة ، وقد تكون هذه الحكة بسيطة جداً . فالحكة إذن ما هي إلا مزاج خاص ، لذا لا تتخرش هذه الآفات وإنما تعرض للدلك فقط ، ولا تشاهد علامات التخريش عادة . وعلى أية حال ، إذا حدثت التسحجات ، فيمكن أن تظهر حطاطات خطية من الحزاز المسطح تالية لهذا التسحجات كنتيجة لظاهرة كوبنر . وقد تحدث الحكة أيضاً في مناطق من الجلد خالية من الآفات ( حزاز مسطح خفي ) وتغيب فيه الموجودات السريرية المجموعية .

*التأثير المتماثل الشكل* ***Isomorphous Effect*** *( ظاهرة كوبنر )* : من الشائع إيجاد دليل على ظاهرة كوبنر . يظهر الحزاز المسطح مكان التخريش بالعوامل الخارجية ( تسحجات ) ، أو قد يحرض على بدايته كل من الأدوية أو السموم كالزرنيخ .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون التبدلات البشروية والرشاحة الالتهابية الشريطية تحت البشرة نموذجية . وتكون الطبقة المتقرنة مع البشرة الشواكية والمتسمكة قليلاً سوية التقرن ويزداد عرضها قليلاً ، ونادراً ما تبدي جزراً معزولة من خلل التقرن . وتبدي الموجودات النسجية النموذجية في خطوط ( تخططات ) ويكهام فرط تحبب **Hypergranulosis** هنا وهناك . وإن الشواك الثؤلولي في البشرة ، الذي يترافق بحليمات بشروية أدمية حادة الشكل وفرط تقرن ، يزداد إلى حد كبير في الحزاز المسطح الضخامي . كما يوجد تنكس تميعي في خلايا الطبقة القاعدية ، وهذا يفسر أيضاً تشكل النفاطات أحياناً . وتشاهد الأجسام الغروانية الزجاجية ( أجسام سيفات ) قرب الطبقة القاعدية ، ويتحرر الملانين من الخلايا القاعدية المتنكسة ، فتبتلعه البالعات التي تتواجد في الأدمة الحليمية ( سلس الصباغ الثانوي ) . ولا تكون الحليمات الجلدية متطاولة ولكنها عريضة على شكل القباب . وتوجد تحت البشرة رشاحة لمفاوية ناسجة شريطية ، واضحة الحدود . وتختلف التبدلات بشكل ملحوظ في الأشكال الخاصة للحزاز ، ولذلك كان التشخيص صعباً أحياناً ، وهذا صحيح أيضاً في إصابة المخاطيات .

**السير** : مختلف ، فقد يكون حاداً أو تحت الحاد ويستمر ٦ - ١٢ شهراً . وقد يستمر سنوات إذا أصاب الأغشية المخاطية ، وخاصة في شكله التآكلي المؤلم . والحزاز المسطح الضخامي مرض مزمن يؤدي الشكل الجريبي منه ، إذا أصاب الفروة ، إلى حاصة ندبية ( الثعلبة الكاذبة ) ، أما الانتقال من الشكل الطفحي إلى الأحمرية الثانوية فنادر جداً .

**الإنذار** : الإنذار جيد لعدم تأثيره بقدر ما يهم الحياة ، ويجب اتخاذ الحيطة بقدر ما يهمنا الشفاء .

**التشخيص التفريقي** : ويعتمد على تظاهرات المرض . ففي الحزاز المسطح الطفحي تتواجد الآفات الحطاطية النموذجية وعليها خطوط ( تخططات ) ويكهام ، بينما تكون الطفحة الإفرنجية الحطاطية غير حاكة . وقد توجد صعوبات في تمييز الحزاز عن الصداف النقطي . ويجب تفريق الحزاز المسطح

الجريبي عن الإكزيمة الجريبية . ويتوضع الحزاز الخنزري ، والحزاز الشعروي والحزاز الإفرنجي ، على الجذع بشكل مجموعات غالباً ما تغيب فيها الحكة . ويحدث الحزاز النشواني على حرف الظنبوب حكة شديدة ، ولكنه يحدث حطاطات تقرانية مصطبغة ، كما يجب أن يؤخذ بالاعتبار الطفح الحزازاني الذي تحدثه الأدوية أو مظهرات الأفلام الملونة . ويتظاهر الحزاز المسطح على مخاطية الفم بشكل شبكة دقيقة وليس بشكل لويحي . ولذلك فإن وجودها بشكل مستقل في الفم يؤدي إلى التباسها مع الطلاوان أو الطلاوان الوبري الفموي في المرضى المخموجين بالحمة HIV ، أو بالبقع المخاطية في الإفرنجي الثانوي وهذا غير مألوف . ويصعب أحياناً تفريق الذأب الحمامي التآكلي في مخاطية الفم عن الحزاز المسطح التآكلي الفموي .

**المعالجة** : قد يسبب علاج الحزاز المسطح صعوبات كبيرة ، و لم تقيّم الإجراءات العلاجية العديدة بشكل نهائي بعد . وتكون الآفات معندة جداً على العلاج أحياناً .

*المعالجة الجهازية :* ينصح بأدوية عديدة في علاجه كالمغادن ( الذهب ) ، والصادات ( البنسلين ، الصادات واسعة الطيف ، الغريزيوفولفين ) ، ومضادات البرداء ، والفيتامينات وأدوية التدرن ( الإيزونيازيد ) .

إن الأبحاث المراقَبَة في هذا المجال ناقصة عادة ، وليس واضحاً ما إذا كانت هذه الأدوية تسيطر فعلياً وبشكل أكيد على السير العفوي للحزاز المسطح . تقلل الستيروئيدات من الحكة ، وتدعم تراجع الحزاز المسطح الطفحي أو تحت الحاد . وتبلغ الجرعة منها حوالي ٢٠ ــ ٤٠ ملغ بردنيزولون يومياً أو جرعات معادلة من الستيروئيدات الأخرى ولمدة ٣ أسابيع ، ثم تنقص إلى جرعات صيانة صغيرة لمدة عدة اسابيع .

ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار ، حقن معلق بلوري من التريامسينولون استيتوئيد ٤٠ ملغ عضلياً . وينصح بحقن مدخر الهرمون الموجه لقشر الكظر (ACTH) ، كما ينصح بالمعالجة بحمض إيزونيكوتينيك هيدرازيد ( ٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ) حتى تتراجع التظاهرات الجلدية .

ولا زال موضع تساؤل ومناقشة ما إذا كان للمركنات أو المهدئات ( ميبروباميت ، ديازه بام ، أوكسازيبام ، أوبيبرامول ) تأثير مفيد على آفات الجلد . وينبغي أن توصف مضادات الهستامين في الحكات الشديدة فقط .

وإن إعطاء الإيتريتينيت الريتينوئيدي العطري ( ٢٥ ــ ٥٠ ملغ/يومياً ) أو إيزوتريتينون ( ٠,٣ ــ ٠,٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ) في الحزاز المسطح التآكلي في المخاطيات يبدو ذا فوائد قيمة . وفي الحزاز المسطح على المخاطيات ، تستعمل مراهم لاصقة من الستيروئيدات أو أقراصاً ستيروئيدية ( بيتاميتازون ) . ومن النصائح الجديرة بالاهتمام إجراء حقن الآفات موضعياً بمعلق بللوري من الستيروئيدات الممدة ( تريامسينولون استينيوئيد ١٠ ملغ/مل بتمديده ٤ إلى ٥ مرات بمصل ملحي فيزيولوجي أو بمخدر موضعي ) .

*المعالجة الموضعيه* تستعمل الستيروئيدات عموماً في علاج الحزاز المسطح ، وهذه الستيروئيدات ذات نتائج جيدة وخاصة إذا طبقت تحت ضماد بلاستيكي كتيم . ويجب أن يوجه الانتباه إلى تأثيراتها الجانبية موضعياً . والعلاج الموضعي بدهون الزنك بالإضافة إلى ١٪ من الفينول المعدل و ٢٪ ــ ٥٪ من المنظفات الكاربونية السائلة ذو تأثير جيد في الحكات العنيفة . وكذلك يفيد تطبيق معجونة الزنك اللينة مع القطران الفحمي الخام ٥٪، أو الإكتامول ( < ١٠٪ ). ويمكن تبديل العلاج القطراني بالستيروئيدات كل ١٢ ساعة بشكل متناوب . كما ينصح باستعمال التريتينيون ( فيتامين آ الحامضي ، حمض الريتينوئيك ) موضعياً بتراكيز منخفضة وبحذر في الآفات التآكلية المؤلمة الفموية . وتستعمل الغسولات الفموية المناسبة كعلاج مريح للألم .

تستخدم عصائب ضاغطة في الحزاز المسطح الضخامي للتخلص من الضغط المائي السكوني في مرض القصور الوريدي المزمن ، وتفيد في الوقاية من التخديش . وعلاوة على ذلك ، ففي كل الأشكال الثؤلولية والعقيدية للحزاز المسطح ، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار استعمال الستيروئيدات على شكل مراهم ستيروئيدية ( عصائب كتيمة بلاستيكية ) أو كحقن داخل الآفة بمعلق من التريامسينولون ، ويجب أن يجرى الحقن كل ٢ ــ ٤ أسابيع .

**الطفوح الحزازانية Lichenoid Eruptions :**

*المرادفات :* الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح .

**التعريف** : تحدث كثير من الأدوية طفوحاً جلدية مشابهة جداً للحزاز المسطح الطفحي وحتى مماثلة له . ويطلق على الطفوح التي تحدث خلال إتقاء البرداء اسم الحزاز المسطح المداري أو التهاب الجلد الحزازاني المداري . وهذه الآفات تشبه الحزاز المسطح ، وقد تماثله في تبدلاتها على مخاطية الفم ، غير أن التبدلات على المخاطيات غائبة عموماً في الطفوح الحزازانية . وتظهر الآفات بعد عدة شهور على استعمال الدواء عادة . وتضم هذه الأدوية ما يلي :

ــ مضادات التهاب المفاصل ( أملاح الذهب ، البنسلامين ) .

- المضادات ( ستربتوميسين ، تتراسكلين ) .
- مضادات السكري ( تولبوتاميد ، سلفونيل يوريا ) .
- مضادات الجذام ( ثاني أمينو ثاني فينيل السلفون ) DDS .
- مضادات البرداء ( الكلوروكين ، هدروكسي كلوروكين ) .
- مضادات الذهان والمهدئات ( فينوتيازين ، ليفومه يرومازين ) .
- المدرات ( كلوروتيازيد ، هيدروكلوروتيازيد ) .
- كينين ، كينيدين ، ميتيل دوبا - بروبرانولول .
- مضادات التدرن ( حمض بارا أمينوساليسيلك ، حمض إيزونيكوتينيك هيدرازيد ، إيتامبوتول ) .

وأحياناً قد يظهر فرط تصبغ يستمر لفترات طويلة أو تبدلات تشبه تبكل الجلد .

**الإمراض** : الإمراض في هذه الطفوح غير معروف بشكل محدد ، ولكن يحتمل أن يكون من التفاعل الرابع النمط الأرجي . وقد تحدث كاشفات الأفلام الملونة طفوحاً من نمط الحزاز المسطح . وكذلك وبعد التماس مع البارافينيلين ديامين ، تشاهد حطاطات حزازانية في مكان التعرض لهذه المادة على الساعدين واليدين ، والتي تذكرنا إلى حد بعيد بالحزاز المسطح . وقد يسبق التهاب الجلد الحاد هذا الطفح أحياناً ، بينما تغيب التظاهرات في مخاطية الفم . وتكون الاختبارات البقعية بمركبات بديلة للفينيلين ديامين إيجابية عادة ، كما يخضع مكان الاختبارات لتشكلات حزازانية أيضاً . وكذلك فقد تحدث الآليات الضوئية السمية طفوحاً حزازانية على الجلد المعرض للضياء .

**المعالجة** : من المهم إيقاف الدواء أو المادة الدوائية في كل أشكال الطفوح الحزازانية الشبيهة بالحزاز المسطح ، ويتوافق علاج هذه الطفوح مع علاجات الحزاز المسطح الذي يترافق بتبدلات إكزيمية مزمنة .

## التهاب الجلد الحطاطي الفتوي Juvenile Papular Dermatitis :

*المرادفات* : التهاب الجلد الحطاطي الشبابي ، النخالية الصيفية على المرفقين والركبتين (Sutton 1956) ،الطفوح الحزازانية بالاحتكاك ( ويسمان وسوتون ١٩٦٦ ) ، التهاب الجلد الرملي ( Hjorth ورفاقه ١٩٦٧ ) ، التهاب الجلد بالتزحلق ( دوبري ورفاقه ١٩٧٤ ) .

**التعريف** : مرض نادر غير مؤذ يصيب الأطفال ، يتصف بحطاطات حزازانية مخروطية الشكل على قاعدة التهابية قليلاً ، ويصيب المتأتبين بشكل رئيسي .

**الحدوث** : يصيب الأطفال بين ٢ - ١٢ سنة ، ويكثر شيوعه بين الذكور ، وإضافة إلى ذلك ، غالباً ما ترافقه نخالية بيضاء أو علامات تأتبية أخرى ، ويحدث هذا المرض في أشهر الصيف عادة .

**الإمراض** : الأسباب مجهولة ، ويعزى إلى الفعل التخريشي للرمل ( التهاب الجلد الرملي ) ، ويترافق باستعداد بنيوي لحدوث التفاعلات الحزازانية ، وإن الحدوث المتواقت لهذا المرض مع النخالية البيضاء على الوجه والجذع يتطلب الاهتمام بعلاقته بالإكزيمة التأتبية أيضاً .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر على شكل طفح متناظر من حطاطات مسطحة منعزلة ونصف حلقية أو شوكية أو مدورة أو متعددة الزوايا ويتراوح قدّها بين ١ - ٣ ملم ، وتتصف ببريق حزازاني ، وتظهر هذه الحطاطات على مفاصل الأصابع والساعدين وفوق المرفقين والركبتين وتصيب الوركين أحياناً .

تكون هذه الحطاطات محمرة قليلاً ويعزى ذلك إلى الالتهاب أو غياب التصبغ التام . وقد تتكدس في بؤر . ويمكن للتسحجات والتوسفات الدقيقة أن تحدث بشكل ثانوي كنتيجة للتخريش . أما التبدلات الحطاطية الحويصلية فنادرة ، والتظاهرات الالتهابية الشديدة غائبة دائماً .

**الأعراض** : تكون الحكة غائبة أو أنها مجرد حكة خفيفة جداً ، ويتظاهر هذا المرض عادة كطفح حطاطي أبيض على جلد جاف .

**التشريح المرضي النسجي** : التشريح المرضي النسجي الأساسي في هذا المرض يشبه الإكزماتيد ، إذ تلاحظ رشاحة لمفاوية ناسجة منعزلة في الأدمة الحليمية ، مع تسفنج بسيط ، وشواك ، وفرط تقرن .

**السير** : قد ينكس هذا الداء وخاصة في الربيع والصيف . وغالباً ما يحدث شفاؤه نقص تصبغ يتراجع ببطء ، بينما تغيب المضاعفات العامة .

**التشخيص التفريقي** : ويتضمن متلازمة الحطاطات الحويصلية على الأطراف الطفلية ، وتفاعلات الطفحة من النمط الحزازي ، والصداف الجريبي ، والحزاز اللامع . وتتميز جميع هذه الأمراض من خلال شكلها المختلف وتوضعاتها الخاصة ، كما ننصح بإجراء الاستقصاءات عن التأتب .

**المعالجة** : إن تطبيق رهيمات من الستيروئيدات موضعياً وبتراكيز منخفضة يكون فعالاً ، ولكن يجب تطبيقها فقط لفترة قصيرة . وكذلك فإن تطبيق المزلقات والعناية بالجلد بالحمامات بإضافة

زيت الحمام ومزلقات الجلد بعد الاستحمام ، والاستحمام بمستحلب مائي زيتي يحدث تراجعاً في المرض .

## التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي
## Acrodermatitis Papulosa Eruptiva Infantilis

: [ Gianotti and Crosti 1955 ]

*المرادفات :* التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفلي ، داء جيانوتي - كروستي .

**التعريف :** هو مرض التهابي يصيب الأطفال ، ويحدثه الخمج بالتهاب الكبد ب عادة ويتميز بالثالوث السريري التالي :

- الطفح الحطاطي الحزازاني .
- التهاب العقد اللمفية العديد .
- التهاب الكبد ب واللايرقاني عموماً .

ويترافق أيضاً بحمة أبشتاين - بار والحمات كوكساكي دون علامات لالتهاب الكبد عادة .

**الحدوث :** يصيب الطفح الحاد الأطفال الذكور غالباً في عمر ٢ - ٦ سنوات ، وتوجد قصة لتلقيح بمنع قبل ١ - ٦ أسابيع من الطفح . وقد تسبقه بوادر من التخمة أو التهاب الخيشوم أو التهاب اللوزات أو نزلة وافدة . ومن ناحية أخرى لا توجد معلومات عن سوابق مرضية في بعض الحالات .

**الإمراض :** مرض خمجي تسببه حمة التهاب الكبد ب أو حمة أخرى وتُكشف مستضدات التهاب الكبد ب في كثير من الحالات خلال الخمج وبعد فترة طويلة من الإصابة . ويفترض حالياً أن هذا المرض ينجم عن خمج بدئي بحمة التهاب الكبد ب ، أي أنه التهاب كبد حموي فترة حضانته طويلة ، ويكون باب الدخول عن طريق السبيل المعدي المعوي أو المخاطيات . تبدي التظاهرات الجلدية صورية غير نوعية عن التهاب الأوعية اللمفية المزمن ، ومن غير المعروف سبب اختلاف التفاعل في الأطفال عنه في الكبار بعد التماس مع حمة الكبد ب .

**الموجودات السريرية :**

*التظاهرات الجلدية :* بعد بوادر غير مميزة من ( إنهاك ، وحمى ، وصداع ) أو دونها ، تظهر على شكل هجمة واحدة حادة حطاطات حمراء التهابية منتبجة حزازانية جزئياً وغير حاكة ،وتتصل مع بعضها ولا تبدي ميلاً للنكس ، بينما تميل لإصابة النهايات مثل الوجنتين ، الإليتين ، الأطراف ، ولا تصيب الثنيات المرفقية والمأبضية ( راجع الشكل ١٤ - ٥١ ) .

*اعتلال العقد اللمفية العديد :* يوجد بشكل منتظم التهاب عقد لمفية متعدد تفاعلي مع ضخامة بسيطة في هذه العقد .

*ضخامة كبد :* لا تثبت هذه الضخامة دوماً ، ويوجد عادة التهاب كبد بالحمات لا يرقاني يدوم بضعة أشهر حتى سنوات ، ونادراما يتطور إلى التهاب مزمن مستمر ، وقد يتطور أحياناً إلى التهاب كبد متزقي .

**الموجودات المخبرية :** سرعة التثفل طبيعية أو مرتفعة قليلاً ، بينما تبدي لطاخة الدم كثرة البيض واللمفيات ووحيدات Monocytoid عدة ( تدعى الخلايا الحموية Virocytes ) . ويكشف وجود خلل في بروتين الدم التفاعلي ( زيادة الغلوبولين ألفا ٢ ، بيتا ، وأخيراً غاما ) ، وارتفاع ناقلات الأمين المصلية ، وسلبية البيلروبين . كما تكشف مستضدات حمة التهاب الكبد ب $HB_s$ - Ag في المصل . ويكون تفاعل بول بونيل ( اختبار كثرة الوحيدات ) سلبياً إلا في مرضى متلازمة أبشتاين - بار .

**الأعراض :** لا توجد حكة ، وقد تحدث حمة خفيفة خلال الطفح .

**التشريح المرضي النسجي :** يلاحظ التهاب أوعية تحت الحاد في الأدمة الحليمية أو في الأدمة الشبكية العلوية يرافقها وذمة وتفاعل حول الأوعية باللمفيات والناسجات غالباً ، أما تكسر الكريات البيض فغير موجود . وتتضمن التبدلات البشروية وذمة إسفنجية ، وتسرباً خلوياً بسيطاً ، وشواكاً ثانوياً ، وخلل تقرن ، وفرط تقرن بقعي .

**السير :** السير حسن عموماً ، وتحدده التبدلات الكبدية عادة ، كما تشفى الآفات الجلدية وحيدة الشكل عفوياً دون أن تنكس بعد ٢ - ٨ أسابيع .

**التشخيص التفريقي :** يدخل في التشخيص التفريقي كل من الأمراض التالية : متلازمة الحطاطات الحويصلية على النهايات الطفلي ( سلبية مستضدات التهاب الكبد ب ) ، الحصبة ، الطفح في كثرة الوحيدات ( سلبية تفاعل بول بونيل ) ، الطفح بالحمات إيكو ( كشف الحمة ) ، داء ليترر سيوي ، الحزاز المسطح . هذا وإن التبدلات الكبدية وإثبات وجود المستضدات ( $HB_s$ - Ag ) في المصل مهم في تشخيص هذا المرض .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* عرضية .

*المعالجة الموضعية :* تطبيق دهون الزنك أو رهيات من الستيروئيدات ذات فاعلية منخفضة .

## متلازمة الحطاطات الحويصلية على النهايات الطفلي Crosti ] Infantile Acrolocalized Papulovesicular and Gianotti 1964 ] :

**التعريف** : تبدو التظاهرات الجلدية مشابهة لتلك التي تحدث في التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي ، ولكنها لا تترافق بالتهاب كبد حموي .

**الحدوث** : يحدث هذا المرض في الأطفال بشكل رئيسي ، وخاصة في فصلي الربيع والصيف ، وهو أكثر شيوعاً في حدوثه من التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي ، ويبدو أنه يخص إصابة الفتيات أيضاً .

**الإمراض** : توجد كل من حمة أبشتاين – بار ، كوكساكي – ١٦ ، وحمة نظيرة النزلة الوافدة ب في غسولات الحنجرة والبراز في حالات خاصة . ولا يترافق حدوثه بإصابة كبدية . ويفترض أن الحمة تحدث على النهايات حطاطات وحطاطات حويصلية أرجية تجاه الخمج ، كما تحدث طفحاً جلدياً من حطاطات نزفية أحياناً تكون قاعدة لتظاهرات ناضحة بشدة تذكرنا بالتهاب الجلد . وغالباً ما توجد قصة خمجية ( التهاب خيشوم ، التهاب لوزات ، التهاب قصبات ، خمج بالنزلة الوافدة ، اضطرابات معدية معوية ) أو قصة لقاح ممنع قبل بضعة أسابيع ( الشلل ، ب ث ج ، الكزاز ) .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ – ٥٢ ) . تبدو على شكل طفح حاد ومتناظر من آفات حطاطية وذمية إلى حطاطية حويصلية جزئياً ، أو نزفية أحياناً . وتكون الآفات المنعزلة نصف كروية قدّها ١ – ٥ ملم وألوانها مختلفة ( وردية إلى أرجوانية محمرة ) . وتبدو الآفات حزازانية أحياناً . ومن الشائع أن تميل للالتحام مع بعضها وللتوضع على الوجنتين ، والأطراف ، والراحتين ، والأخمصين ، والحفرة المأبضية ، والمرفقين والجذع أيضاً . وتعف الإصابة عن المخاطيات ، ولا تترافق الإصابة باعتلال العقد اللمفية العديد أو بتبدلات كبدية .

**الأعراض** : قد تحدث حكة مرافقة ، بينما تغيب التظاهرات المجموعية ، وقد تتضخم العقد اللمفية الإبطية والمغبنية قليلاً ، لكنها غير ممضة ، ولا يترافق هذا الداء بأعراض كبدية ، كما لا توجد مستضدات $HB_s$ – Ag في المصل .

**التشريح المرضي النسجي** : في الأدمة ، توجد وذمة شديدة في الحليمات . وارتشاح شريطي أو حول الأوعية باللمفيات أو الناسجات . وتسرب الكريات الحمر أحياناً ، كما تلاحظ مقدوديات كثيرة من نمط الحمات . وتبدي البشرة تسرب الخلايا اللمفية والناسجات وتسفنج وحويصلات صغيرة وشواك تفاعلي بسيط وفرط تقرن .

**السير** : تشفى التظاهرات الجلدية خلال ٢ – ٣ أسابيع ، ونادراً ما تتأخر حتى الشهرين ، بينما يندر النكس في هذا الداء .

**التشخيص التفريقي** : يدخل التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي الذي يعزى إلى حمة التهاب الكبد ب في التشخيص التفريقي لهذا الداء . كما تحدث آفات مشابهة في كثرة وحيدات النوى الخمجي ، والخمج بالحمة المضخمة للخلايا ، وفي الطفوح بعد التلقيح ( ١٠ – ١٢ يوماً بعد لقاح الجدري ، الشلل ، ب ث ج ) .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : عرضية .

*المعالجة الموضعية* : دهون الزنك ، وكريمات ستيروئيدية منخفضة الفاعلية .

## الحزاز المخطط Lichen Striatus :

**التعريف** : هو التهاب جلد خطي تحت الحاد ، وغير متناظر . وأسبابه غير معروفة .

**الحدوث** : نادر ، ولكنه يصيب الأطفال والبالغين غالباً ، وأكثر شيوعاً في الإناث .

**الإمراض** : مجهول . وتظاهراته الخطية تسمح بافتراض أهمية التأثيرات العصبية واللمفية ( يتوافق توزع الاندفاعات مع توزع الأعصاب واللمف ) .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٤ – ٥٣ ) . تظهر أولاً حطاطات حزازانية وردية اللون صغيرة وليس فيها خطوط ويكهام ، ثم تتصل مع بعضها بشكل شريط خطي عرضه ٢ ملم إلى ٢ سم وطوله عدة سنتيمترات ، ولكنه قد يمتد على كامل الطرف أيضاً . وتميل الإصابة للتوضع بشكل غير متناظر عادة على الساعدين والساقين ، وأحياناً على مؤخر العنق أو الجذع أيضاً . وفي التظاهرات الكاملة لهذا الحزاز ، تتصف الاندفاعات بالتقرن والاحمرار الالتهابي ، ولذلك تظهر آفات صدافية الشكل .

**الأعراض** : الحكة شائعة وخاصة في الأطفال .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد التهاب جلد تحت الحاد فيه شواك وفرط تقرن وخطل تقرن ، وخلايا منعزلة من خلل التقرن في الطبقة الحبيبية ، وسفاج بسيط ، كما تبدي الأوعية الدموية في الأدمة العليا توسعاً ووذمة حولها ، بالإضافة إلى ارتشاح بالناسجات واللمفيات وتسرب خلوي طفيف .

**السير** : قد تستمر تشكلات الحزاز المخطط أكثر من ٢ – ٤ أسابيع ، ويتم الشفاء العفوي خلال ٣ شهور ، وقد يتأخر حتى السنة أحياناً .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق هذا الداء عن الوحمة الثؤلولية البشروية الخطية الالتهابية ، والوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب . وتحدث هذه الأمراض بشكل رئيسي في الطفولة الباكرة وتبقى ثابتة . كما يمكن تفريقه عن الصداف الخطي والحزاز المسطح الخطي بالخزعة .

**المعالجة** : يشرح للمريض إصابته ، ويتطلب العلاج بالستيروئيدات الموضعية في الحالات الشديدة الحكة أو الآفات المستمرة .

## الشــواك الأسـود Acanthosis Nigricans [ Unna, Pollitzer and Janovsky 1890 ] :

**التعريف** : مرض نادر جداً يصيب مناطق معينة من الجسم ، ويتصف بآفات جلدية حليمية تقرانية مصطبغة ويتراوح لونها بين البني المتسخ إلى الرمادي ، ويتظاهر بأشكال متعددة وإنذاراتها مختلفة جداً .

**التصنيف** : ميز أولندروف كورث Ollendorff Curth الأشكال السليمة التي لا ترافقها أوراماً حشوية عن الشكل الخبيث الذي يترافق بسرطانة غدية داخلية عادة .

*الشواك الأسود السليم :* ينتقل هذا الشواك بوراثة جسدية سائدة غير منتظمة ، ولا يترافق باضطرابات داخلية . تظهر التبدلات عند الولادة تماماً أو خلال الطفولة ، وقد تتأخر حتى البلوغ . ويميل لإصابة العنق والإبطين والحفرة المرفقية . أما إصابة المخاطيات فغير شائعة ، ولكن يظهر فرط تنسج حليمي زغبي في مخاطية الفم أحياناً . ولا تصاب الأطراف . وهذه التبدلات إما أن تبقى ثابتة بعد البلوغ أو تتراجع . وعموماً فالتظاهرات السريرية لهذا الشكل من الشواك أقل تميزاً من التظاهرات في الشواك الأسود الخبيث .

*الشواك الأسود السليم كعلامة في متلازمات وراثية :* قد يترافق الشواك الأسود السليم بمتلازمات وراثية صاغرة . يبدأ هذا الشكل من الشواك عند الولادة أو يظهر في الطفولة وحتى سن البلوغ . ويترق الشواك الأسود المرافق بشكل بسيط وغير ملحوظ .

متلازمة بيراردينيللي – سيب *Berardinelli – Seip (1954/1969)* : ضخامة الأطراف عند الولادة أو في الطفولة الباكرة ، تشحم معمم ، فرط الأشعار ، فرط دهن الدم ، ورام أصفر .

– *متلازمة بلوم Bloom 1954* : حمامى بتوسع الشعيريات الولادي مع قزامة .

– *متلازمة كروزون Crouzon 1912* : سوء تعظم قحفي وجهي وراثي ، شذوذات في الجمجمة ، شذوذات عينية ، نقص تنسج الفك العلوي ، صمم الأذن الداخلية ، تخلف عقلي . تبدأ هذه المتلازمة في الطفولة أو عند البلوغ .

– *متلازمة لور Lawrence 1946* : متلازمة الحثل الشحمي ، سكري معند على الأنسولين ، فرط دهن الدم ، حثل شحمي ، ضخامة كبد وطحال . تبدأ هذه المتلازمة في الطفولة أو الكهولة .

– *متلازمة ميشر Meischer 1921* : بلاهة ، داء سكري ، فرط أشعار ، جلد الرأس المتلفف ، شذوذات سنية .

– *متلازمة برادر – ويلي Prader – Willi 1956* : متلازمة البدانة ، قزامة ، اختفاء الخصية ، تخلف عقلي ، وترافق حالة تشبه تشنج العضل التوتري في الولدان .

– *متلازمة رابسون – ميندل هل Rabson – Mendelhall 1956* : مقاوم على الأنسولين نتيجة سوء التعضي في مستقبلات الأنسولين ، فيحدث فرط سكر الدم وبيلة سكرية عند الأطفال . الحاجة اليومية للأنسولين عالية جداً ( ٢٠٠٠ – ٣٠٠٠ وحدة ) . لا توجد في هذه المتلازمة أضداد ضد الأنسولين ، ولكنه يوجد ضخامة في اللسان ، وخلل تنسج في الأسنان ، ضخامة الأعضاء التناسلية الباكر نتيجة فرط تنسج كظري ، وحليمومات جلدية مخاطية ، ولا تحدث سرطانة في هذه الحالات .

*الشواك الأسود السليم والأمراض الغدية المكتسبة :* يحدث الشواك الأسود السليم اللا وراثي في أورام النخامة ، والكظر ، والمبيض . وتظهر الهجمة الأولى عادة في المراهقين أو صغار الكهول . ولا يترافق بالبدانة دائماً ، وقد ترافق الغدومات النخامية أو الأورام القحفية البلعومية هذا الشكل من الشواك . إن متلازمات الغدد الصماء في المراهقين أوالبالغين التي تتظاهر بالعملقة أو بضخامة النهايات ، ويزداد هرمون النمو فيها ، تضم الشواك الأسود في مظاهرها . كما يظهر شواك أسود نموذجي في متلازمة كوشينغ ، وداء أديسون ، وادواء المبيض متعدد الكيسات .

*الشواك الأسود السليم الذي يحدث بالمواد الكيمياوية :* تُحدث الجرعات العالية من الأستروجين في الأطفال والكهول شواكاً أسودَ . ويمكن للمواد الكيمياوية التي تتداخل في استقلاب الشحميات أن ترافق بحالات سماكية بالإضافة إلى الشواك

**الجدول ١٤ ـ ٢ : تصنيف الشواك الأسود**

| الميزات | الأشكال السليمة | | | الشكل الخبيث |
|---|---|---|---|---|
| | الشواك الأسود السليم | الشواك الأسود السليم في المتلازمات الوراثية | الشواك الأسود الكاذب | الشواك الأسود الخبيث |
| الوراثة | سائدة غير منتظمة | حسب المتلازمة | – | – |
| الجنس | انحياز لإصابة النساء | الذكور = الإناث | انحياز طفيف لإصابة النساء | الإناث = الذكور |
| الهجمة الأولى | الطفولة حتى البلوغ | الطفولة حتى البلوغ | البالغين والكهول | الكهول ، وغالباً فوق سن الأربعين |
| الصورة السريرية | نادر جداً على الأطراف أو المخاطيات ، يميل للتراجع بعد البلوغ | نادراً جداً على الأطراف أو المخاطيات | أنماط الجلد الغامق جداً ، لواحق جلدية في الثنيات | الشديد : تصبغ شديد ، تصاب الأطراف والمخاطيات غالباً ، مترقٍ ، حاك |
| الأعراض المرافقة | لا توجد | المتلازمات الوراثية | البدانة | أورام خبيثة ( سرطانات غدية غالباً ) |

الأسود . كما ظهر الشواك الأسود أيضاً في بعض المرضى الذين عولجوا بجرعات عالية من حمض النيكوتينيك ، تري بانارول ، أو البنزومالاسين .

*الشواك الأسود الكاذب* : هو شكل من الشواك العرضي والقابل للشفاء ، يحدث في البدينين وينجم عن أسباب مختلفة . ولقد ذكر هنا كشواك أسود سليم حقيقي عند البدينين . ( انظر مبحث الشواك الأسود الكاذب لاحقاً ) .

*الشواك الأسود الخبيث* : يترافق هذا الجلاد بسرطانة داخلية في كل المرضى في معظم الحالات . وتترقى التظاهرات الجلدية بشكل متواقت مع الخباثة الداخلية في حوالي ٦٠٪ من المرضى . وقد يسبق هذا الشواك الخباثة بعدة سنوات . وفي حوالي ٢٠٪ من الحالات يكون الورم الخبيث بدئياً والتظاهرات الجلدية ثانوية .

تبدو التظاهرات الجلدية لهذه المتلازمة مواكبة الورم عادة في البالغين ، ويحدث التراجع غالباً بعد استئصال الورم . ووجدت السرطانة الغدية في المعدة في حوالي ٦٠٪ من المرضى ، وفي أماكن أخرى من منطقة البطن في ٣٠٪ ، وخارج البطن في حوالي ١٠٪ ، وغالباً ما تصاب المعثكلة ، والمرارة ، والقولون ، والمستقيم ، والرحم ، والمبيضين ، والموثة ، والمري ، وغدة الثدي .

**الموجودات السريرية** : إن مظهر كل أشكال الشواك الأسود متماثل وثمة اختلاف في مظاهرها وفي شدة تظاهراتها التي تكون متناظرة دوماً . وإليك مناطق الجلد التي تصاب بهذا الداء مرتبة حسب تكرار حدوثها : الإبطين ، الناحيتان الخلفية والجانبية للعنق ، المنطقة التناسلية الشرجية ، الناحية الأنسية للفخذين ، الوجه ، الحفرة المرفقية ، الثنية المأبضية ، السرة ، ظهر اليدين ، لعوة الثدي ، القدمين ، الأجفان ، دهليز الأنف . ( راجع الشكل ١٤ ـ ٥٤ ) . تبدي الأعراض الرئيسية فرط تنسج حليمي ثؤلولي الشكل ، وفرط تقرن وفرط تصبغ . وتتظاهر التبدلات الباكرة بلون أصفر متسخ أو رمادي أو بني مصفر ، وأخيراً تصبح التصبغات أكثر اسوداداً دون أن تبدي تبدلاً مفاجئاً في الجلد المحيط . وفي سير الإصابة ، تحدث في أخاديد الجلد وثنياته تطاولات شديدة زغيبية وحليمومية وثؤلولية الشكل وغالباً ما يحدث تكاثر الاندفاعات الرمادية الوسخة الضاربة للسواد في حواف بشكل عرف الديك . تتصف بدرجات مختلفة من فرط التقرن . وأخيراً يمكن أن تظهر زوائد ثؤلولية إما في المنطقة المحددة بوضوح أو في منطقة واسعة ، كإصابة الإبط كله . ويشاهد التكاثر التقرني الحليمومي الأكثر شدة في مركز الآفات الجلدية ويتناقص باتجاه المحيط ، وتحيط بالآفة منطقة مفرطة التصبغ ، كما يحدث التعطين في الثنيات وهذا بدوره يحث على تشكيل النابتات . تصاب الراحتان والأخمصان وخاصة في الشكل الخبيث ، فتوجد حواف غير منتظمة على اليدين ، وفيما بعد تظهر حالة زغبية على الراحتين والأخمصين من خلال التبدلات الحليمومية مفرطة التقرن ، ويصبح الجلد كله جافاً وخشناً بشكل ملحوظ .

تتظاهر التبدلات نفسها على مخاطيات الفم على شكل غطاء زغبي على اللسان بشكل رئيسي ، وقد تظهر زوائد حليمومية ويصاب الحنك والشفتان بنفس التظاهرات أيضاً .

**الأعراض** : يسبب الشواك الأسود أعراضاً شخصانية إذا حدث تعطن وحكة . وتكون الحكة أكثر شيوعاً في الشواك الأسود الخبيث وقد تكون شديدة .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد فيه ورماً حليمياً ، حليماته متشعبة ويطوقه شواك بسيط بشكل غير منتظم ، ويلاحظ وجود كيسات كاذبة وفرط تصبغ قاعدي نموذجي . تشبه الصورة النسجية فيه نسجيات التقران المثي المسطح أو الوحمة البشروية .

**السير** : يكون المظهر السريري بسيطاً جداً في الشواك الأسود السليم . وتبقى التظاهرات ثابتة بعد البلوغ حيث تميل للتراجع . وعندما يكون الشواك الأسود جزءاً من متلازمة وراثية ، فالمظهر السريري فيه عابر عادة . وتندر إصابة الأطراف والمخاطيات في هذه الشواكات ، وتتراجع التبدلات مع تخفيف الوزن في الشواك الأسود الكاذب . والصورة السريرية في الشواك الأسود الخبيث واضحة عموماً ، وتصاب فيه الأطراف والمخاطيات غالباً ، ويكون فرط التصبغ فيه واضحاً والحكة شديدة أيضاً . ويترقى المرض حتى يستأصل الورم المرافق .

**التشخيص التفريقي** : من الأهمية بمكان تمييز الشكل الخبيث منه عن السليم . ويظهر الشكل الخبيث في الكهول عادة ، وقد يشار إلى فتح البطن وتنظير القصبات ، ويجب أن يؤخذ بالحسبان كل من الفقاع النابت أو الفقاعاني النابت أو داء داريه .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : في الشكل السليم ، ينصح بإعطاء الفيتامين A ( ٣ × ٥٠,٠٠٠ وحدة/يومياً ) لأكثر من عدة أسابيع أو شهور ، كما ينصح بتجربة الإيتريتينيت ، وكلاهما ذو تأثير ماسخ Teratogenic .

وفي الشكل الخبيث ، يؤدي استئصال السرطانة الغدية عادة إلى تراجع التبدلات الجلدية . وإن معاودة الورم ليس بغير شائع ، وتدل عليه رجعة الآفات الجلدية

*المعالجة الموضعية* : علاج عرضي فقط بالمواد المجففة ( الغسيل بالمنظفات ، بودرة ، مزيلات الرائحة ) . وتستعمل مراهم حمض الصفصاف ومحلول أو رهيم تريتينون بتراكيزها المنخفضة لتوسيف الطبقات المتقرنة ، كما يتطلب الخمج الثانوي أو الفطري علاجاً مناسباً .

## الشواك الأسود الكاذب Pseudoacanthosis Nigricans [ Ollendorff – Curth 1951 ] :

**التعريف** : الشواك الأسود الكاذب مرض يشبه الشواك الأسود السليم ، وغالباً ما يصيب السمان بشكل نسبي .

**الحدوث** : يصيب غالباً الأشخاص السمان جداً ، ذوي الشعر الأسود واللون الغامق ، والذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ – ٦٠ عاماً ، وثمة ميل خفيف لإصابة الإناث بهذا الداء .

**الإمراض** : لا شيء معروف حول الإمراض ، فالبدانة عامل هام ، والأدوية يجب أن تؤخذ بالحسبان أيضاً ( أستروجين ، ستيروئيدات قشرية ) . ومن المؤكد أن الحرارة الرطبة في الثنيات تلعب دوراً هاماً في إثارة المرض .

ولا يمكن للتبدلات النسجية أن تفرق هذا الشكل الكاذب عن الأشكال الأخرى للشواك الأسود .

**الموجودات السريرية** : يكون مظهر الجلد زغبياً ولونه رمادياً مصفراً ، أو رمادياً بنياً وسخاً ، وخاصة في الثنيات ( الإبطين ، جانبي العنق ، تحت الثدي ، ثنيات المغبن ) . وتذكرنا إصابة المناطق الجانبية والقفوية للعنق بالشواك الأسود . وعلى أية حال ، يكون المظهر الحليمومي في هذا الشكل الكاذب أقل وضوحاً والتصبغ أقل شدة من الأشكال الأخرى ، بينما يصبح الورام الحليمي أكثر وضوحاً عندما يحتك الجلد ببعضه . كما يلاحظ زوائد جلدية إضافية في الإبطين تذكرنا بالليفوم الطري . ( راجع الشكل ١٤ – ٥٥ ) .

**السير** : حسن ، وتتراجع التبدلات بعد تخفيف الوزن .

**التشخيص** : يترابط الشواك الأسود الكاذب بالبدانة غالباً ، ويصيب ذوي الشعر الأسود عادة . وغالباً ما يترافق بفرط تعرق في الإبطين ، ويبدي السماك الشائع على العنق تبدلات مشابهة في الفحص السطحي والسريع .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : العلاج بالهرمونات إذا وجدت شذوذات بالغدد الصماء ، والعودة بالجسم إلى الوزن السوي .

*المعالجة الموضعية* : العلاج عرضي كما في الشواك الأسود .

## الورام الحليمي – الشبكي والمتلاقي Reticulated and Confluent Papillomatosis [ Gougerot and Carteaud 1932 ] :

*المرادفات* : متلازمة كوجرو – كارتو .

**الحدوث** : نادر جداً ، يصيب الفتيات عادة مع بداية سن البلوغ أو بعده بفترة قصيرة .

**الإمراض** : من المحتمل أن يكون اضطراباً تقرانياً وراثياً ، ويعتقد الكثيرون أنه نوع من الشواك الأسود الكاذب باعتبار أنهما قد يحدثان معاً ، وتدعم الموجودات الحديثة نظرية التقران اللؤلؤي الشكل المنشط التي تترافق باستعمار دقيقة البذور النخالية للجلد . وقد أظهرت الدراسات الإلكترونية المجهرية تسفنجاً ووذمة بين الخلايا البشروية وانحلالاً في الأشواك ، وتلازن الخيوط الموترة حول النواة مما يُذكرنا بداء داريه ، بالإضافة إلى أن التبدلات الشكليائية في الشعيريات ، يبدو أنها تدعم الأسباب الوراثية .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر الورام الحليمي الشبكي والمتلاقي على شكل حطاطات مسطحة تذكرنا بالثآليل المسطحة أو التقران المثي التي يصل قطرها حتى ٥ ملم ، وتحدث هذه الآفات ذات اللون الضارب إلى الرمادي والبني معاً لتشكل نماذج شبكية وقد تصبح متلاقية .

ويميل الورام الحليمي لإصابة القص ومنطقة الشرسوف والثنية بين الثديين أيضاً . ويمكن للآفات الواسعة الشديدة أن تنتشر إلى البطن والعنق والكتفين والظهر أيضاً . واستناداً إلى انتشار الإصابة يمكن تمييز الأنماط المختلفة التالية عن النمط الموصوف أولاً :

- الورام الحليمي النقطي المصطبغ الثؤلولي .
- الورام الحليمي الشبكي والمتلاقي .
- الورام الحليمي الثمي والمتلاقي .

**الأعراض** : يوجد استعداد للتعرق لدى المريض ، أما الأعراض الشخصانية فغائبة ما عدا المظهر الجمالي .

**التشخيص** : يمكن إثبات وجود دقيقة البذور النخالية بالفحص المجهري الدقيق لكشاطة من الآفات في محلول ماءات البوتاسيوم .

**التشخيص التفريقي** : إن تمييز هذه الإصابة عن الشواك الأسود السليم والشواك الأسود الكاذب ممكن حسب المناطق المصابة ، وهذا يسمح بتفريقه شكليائياً عن ضمور الجلد الكاذب ( بيكر - ميور ١٩٣٤ ) . والضمور اللامع ( كوجرو ١٩٣٠ ) ، التي تصنف حالياً في مجموعة الشواك الأسود السليم .

**المعالجة** : كما في النخالية المبرقشة .

## الجلاد الحطاطي عند الزنوج Dermatosis Populosa Nigra [ Castellani 1925 ] :

**التعريف** : آفة وراثية شائعة جداً في العروق السوداء ، ويحتمل أن تكون نوعاً من التقرانات المثية ، وتعتبر أشعة الشمس عاملاً مثيراً لحدوثها .

**الحدوث** : وصفت هذه الآفات في حوالي ٥٪ - ٤٠٪ من الكهول السود . وتظهر خلال حياتهم مع رجحان واضح في إصابة الإناث . ويبلغ الحدوث العائلي حوالي ٤٠٪ .

**الموجودات السريرية** : تبدو حطاطات مسطحة ، مدورة ، لينة ، ويتراوح لونها بين الأسود القاتم إلى البني ، وحجمها ١ - ٢ ملم . تظهر هذه الحطاطات على الوجنتين ، والجبهة ، وجانب العنق والقسم العلوي من الصدر في سن البلوغ . ويزداد حجمها وعددها ببطء عبر العديد من السنين . ( راجع الشكل ١٤ - ٥٦ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يلاحظ وجود شواك بشروي واسع وغير منتظم مع فرط تقرن وكيسات قرنية كاذبة تشبه التقران المثي المصطبغ .

**التشخيص التفريقي** : الحجمة البدئية للتقران المثي .

**المعالجة الثانوية** : إزالتها بالتجفيف أو بالتجريف ، غير أن فرط التصبغ الثانوي أو نقصه يكون مضطرباً جداً .

# الفصل الخامس عشر

# الأمراض الحويصلية والفقاعية

# Vesicular and Bullous Diseases

د . صالح داود

تعتبر الأمراض الجلدية الحويصلية والفقاعية أمراضاً محدثة للنفاطات Blisters ، وأسبابها غير معروفة بشكل كامل . وتحدث النفاطات في هذه الأمراض بانفصال الخلايا البشروية أو الموصل البشروي الأدمي ، نتيجة عيوب وراثية في بعضها ، وبآلية مناعية في بعضها الآخر . وهكذا تختلف هذه الأمراض عن بعضها البعض عموماً بالآليات المرضية .

**التصنيف** : يمكن تصنيف هذه الأمراض إلى المجموعات التالية :

- انحلال البشرة الوراثي .
- أمراض الفقاع .
- الأمراض الفقاعانية .
- التهاب الجلد الحلئي الشكل .
- الجلاد الخطي IgA .
- الجلادات الفقاعية المختلطة .
- الجلاد الفقاعي المزمن في الطفولة .

توجد بعض الصعوبات في تشخيص الأمراض الفقاعية المزمنة ولهذا تعتبر العوامل التالية مساعدة في التشخيص .

- القصة المرضية .
- الفحص السريري الجلدي .
- فحص اللطاخة الخلوية المأخوذة من حويصل أو فقاعة حديثة التشكل .
- الومضان المناعي المباشر وغير المباشر .
- الفحص العام للمريض .

## انحلال البشرة الوراثي Hereditary Epidermolyses :

يطلق مصطلح انحلال البشرة الوراثي على الأمراض التي تورث وتتصف بتشكيل حويصلات - فقاعات في الجلد والأغشية المخاطية . وتحدث الحويصلات أو الفقاعات نتيجة رض آلي ، أو فرك ، ولكنها قد تحدث بشكل عفوي أيضاً . ويمكن تمييز زمرتين رئيستين ، انحلال البشرة غير الحثلي ، وانحلال البشرة الحثلي ، وذلك بناء على إحداثها ندبات وضمورات أو عدم إحداثها لذلك . وتختلف أمراض هاتين الزمرتين أيضاً بنمط التوريث ، وبعض هذه الأمراض نادرة جداً أحياناً .

### تصنيف أمراض انحلالات البشرة الوراثية :

**انحلالات البشرة غير الحثلية Nondystrophic Epidermolyses :**

*المنتقلة بمورثة جسمية سائدة :*

- انحلال البشرة الفقاعي البسيط ( كوبنر ) .
  ( Epidermolysis bullosa simplex )
- انحلال البشرة الفقاعي في اليدين والقدمين .
  ( Epidermolysis bullosa of Hands and feet) (Weber and Cockayne) .
- انحلال البشرة الفقاعي البسيط - نموذج أوغنا .
  ( Epidermolysis bullosa simplex - ogna type) (Gedde - Dahl) .
- انحلال البشرة الفقاعي البسيط مع تصبغات بقعية ( فيشر وجد - دال ) ،
  ( Epidermolysis Bullosa simplex with Patchy) Pigmentation (Fisher and Gedde - Dahl) .
- انحلال البشرة الفقاعي الحلئي الشكل ( داولينك وميرا ) .
  ( Epidermolysis Bullosa Herptiformis) (Dowling and Meara) .

*المنتقلة بمورثة جسمية صاغرة :*

- انحلال البشرة الفقاعي المميت ( هولتز ) .
- Epidermolysis Bullosa Letalis (Herlitz) .
- انحلال البشرة الفقاعي الضموري الموضع ( شنايدر وانتون لامبرخت ) .
  ( Epidermolysis Bullosa Atrophicans) Localisata (Shnyder and Anton - Lamprecht) .
- انحلال البشرة الفقاعي الضموري المقلوب ( لامبرخت وجد - دال ) .
  Epidermolysis Bullosa Atrophicans Inversa - (Anton - Lamprecht and Gedde - Dahl ) .

**انحلال البشرة الفقاعي الحثلي Dystrophic Epidermolyses :**

*المنتقلة بمورثة جسمية سائدة :*

- انحلال البشرة الفقاعي الحطاطاني الأبيض ( باسيني ) .
- E. B. Albopapuloidea (Pasini) .

– انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الموضع ( كوكاين – تورين ) .

– E. b.D Localisata (Cockayne – Touraine) .

– انحلال البشرة الفقاعي وغياب الجلد الخلقي الموضع ( بارت ) .

– E. b. and Congenital Localized Absence of skin (Bart) .

*المنتقلة بوراثة جسمية صاغرة :*

– انحلال البشرة الفقاعي الحثلي ( هالوبو – سيمنس ) .

– E. b. Dystrophica (Hallopeau and Siemens) .

– انحلال البشرة الفقاعي الحثلي المقلوب ( جيد – دال ) .

– E. b. Dystrophica Inversa (Gedde – Dahl) .

– انحلال البشرة الفقاعي الحثلي نموذج ديسنتس ( هاشيموتو ، شنايدر ، وأنطون – لامبرخت ) .

– E. b. Dystrophica Disentis type (Hashimoto, Shnyder and Anton – Lamprecht)

– انحلال البشرة الفقاعي الحثلي مع نقص في السمع ( جيد – دال ) .

– E. b. Dystrophica With Hypacusis (Gedde – Dahl)

*المتعلقة بالجنس الصاغرة :*

– انحلال البشرة الفقاعي البقعي أو نموذج امستردام ( ويردرمان ) .

– Dystrophia Bullosa, Maculatus or Amesterdam type (Woerdemann) .

## انحلال البشرة غير الحثلي :

وهي جلادات ، تنتقل بوراثة صبغية جسدية ، وتشفى الحويصلات أو الفقاعات دون أن تترك أثراً ( انظر الجدول ١٥ – ١ ) .

**الجدول ١٥ – ١ : أنواع انحلال البشرة الفقاعي الوراثي غير الحثلي**

| المرض | الباحث | نموذج الوراثة | توضع الفقاعة | العجز | الحدوث |
|---|---|---|---|---|---|
| انحلال البشرة الفقاعي البسيط | كوبنر | صبغية جسدية سائدة | انحلال بشروي | خفيف | غير نادر |
| انحلال البشرة الفقاعي لليدين والقدمين | ويبر – كوكاين | صبغية جسدية سائدة | انحلال بشروي | خفيف | نادر |
| انحلال البشرة الفقاعي المميت | هيرلتز | صبغية جسدية صاغرة | انحلال موصلي بشروي – أدمي | كبير | نادر |
| انحلال البشرة الفقاعي البسيط نموذج أوغنا | أوغنا جيد – وال | صبغية جسدية سائدة | لم تدرس بعد | وسط | نادر جداً |

### انحلال البشرة الفقاعي البسيط [ Kobner 1896 ] :

*المرادفات :* انحلال البشرة الفقاعي الوراثي البسيط ( كوبنر ) .

**الحدوث :** يورث بصبغي جسدي سائد مع ميل لإصابة الذكور . ويقدر حدوثه بحوالي ١/٥٠٠٠٠ من الولادات الحية ، وهو أشيع هذه المجموعة .

**نموذج الوراثة :** يحتمل إصابة أولاد حملة المرض حتى نسبة ٥٠٪ . ولم تدرس بعد إمكانية التقليل من الإصابة .

**الإمراض :** يؤدي الضغط الميكانيكي أو فرك الجلد إلى تفعيل إنظيمات تقويضية ( حالة ؟ ) تؤثر على خلايا البشرة ، وتسبب تحوصل في البشرة . ولقد وجد عوز في إنظيم – Galactosyl hydroxylysyl – glycosyltransferase الذي يركب الكلاجين وذلك عند عائلة واحدة .

**الموجودات السريرية :** تلاحظ النفاطات في أماكن الضغط ومنذ الولادة ، وقد يتأخر ظهرها إلى أن يحبو الطفل . وتظهر النفاطات في الأماكن المعرضة للرضح ( الرض ) والضغط والاحتكاك في اليدين ، والمرفقين ، والركبتين ، والقدمين ، والعقبين ، وتقيس هذه الفقاعات الوحيدة الجوف من ٣ – ١٠ ملم أو أكثر ، وتتمزق ثم تشفى دون أن تترك ندبات ( راجع الشكل ١٥ – ١ ) .

ويلاحظ حدوث الدخينات Milia عند المصابين . تكون أشعار المصابين وأظفارهم وأسنانهم طبيعية ، ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية للفم . تزعج النفاطات المتشكلة المصاب كثيراً ، غير أن الحالة العامة تبقى طبيعية ، وكذلك درجة الذكاء وخصوبة المريض .

**التشريح المرضي النسجي** : تلاحظ النفاطات داخل البشرة ، وتحدث بسبب انفصال الخلايا القاعدية التي تصاب بالتنكس .

**السير** : قد يبقى الاستعداد المورث لإحداث الفقاعات الرضية مدى الحياة . وقد يحدث التحسن بعد البلوغ . ويزداد حدوث الفقاعات في الطقس الحار .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : يعطى الكلوروكين عن طريق الفم بمقدار ٠,١ – ٠,٢ غ/يومياً . ويجب مراقبة المريض خوف التأثيرات الجانبية . تعطى السيترويدات القشرية ( البريدنيزولون ) في الحالات الشديدة فقط .

*المعالجة الموضعية* : تطبق المطهرات موضعياً في مناطق الإصابة ، ويمكن تغطية التآكلات بالشاش الفازليني أو بضمادات الجروح التركيبية حتى تشفى .

## انحلال البشرة الفقاعي في اليدين والقدمين [ Weber 1926 و Cockayne 1938 ] :

*المرادفات* : انحلال البشرة الفقاعي الصيفي في اليدين والقدمين ، والاندفاع الفقاعي الناكس في اليدين والقدمين ، متلازمة ويبر – كوكاين ، انحلال البشرة الفقاعي البسيط ويبر – كوكاين .

**التعريف** : تظهر النفاطات في هذا الشكل في الطفولة أو في سن الشباب وخاصة على اليدين والقدمين ، وتشفى دون عقابيل . والمرض أكثر إصابة للذكور منه للإناث ، وأكثر شدة في الفصول الحارة من السنة . وتتشكل النفاطات نتيجة الرضوح ، وأثناء السير ، وخاصة في فصل الصيف ، وكذلك من ضغط الأحذية الضيقة ، ولا يوجد تناسب بين هذه الرضوح والفقاعات الكبيرة الناتجة عنها .

**الوراثة** : ينتقل بصبغي جسدي سائد .

**الإمراض** : تحدث النفاطات بسبب الرضوح الآلية ، ويرجح أن يكون ذلك بفعل إنظيات حالة خلوية في الخلايا القاعدية .

**الموجودات السريرية** : يلاحظ في حالاته النموذجية حويصلات وفقاعات وتآكلات على اليدين والقدمين . تبقى الحالة العامة طبيعية .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة فيه داخل بشروية . وهذا المرض مشابه لانحلال البشرة الفقاعي البسيط ، وتلاحظ الحويصلات فوق الطبقة القاعدية ، وتحدث بسبب انحلال خلوي ( نفاطات بشروية ) . ويبدي المجهر الالكتروني خلل في التقرن .

**السير** : سير المرض سليم نسبياً ، حيث لا تؤدي النفاطات إلى ندبات . ويخف المرض في الفصول الباردة .

**التشخيص** : يعتمد على حدوث النفاطات بالضغط أو الاحتكاك وخاصة في الصيف .

**المعالجة** : ينصح بفتح النفاطات ، وتطهر بالمطهرات ، وينصح المريض بانتقاء الأحذية المناسبة ، ويمكن تطبيق مضادات التعرق ( Glutaraldehyde, Aluminum Chloride Hexahydrate ) .

## انحلال البشرة الفقاعي البسيط نموذج أوغنا [ Gedde – Dahl 1970 ] :

**التعريف** : شكل آخر من انحلالات البشرة ، والذي يحدث بصبغي جسدي سائد طافر وذلك في مجتمع أوغنا Ogna في جنوب غرب النرويج .

**الموجودات السريرية** :يتصف باستمراره مدى الحياة وهو مرض وراثي ونادر . وليس لظهور النفاطات صلة بالفصل ، تصيب النفاطات الأطراف ، وتتصف بأنها حويصلات أو فقاعات كبيرة ونازفة على اليدين والقدمين . تبدأ الإصابة في السنة الخامسة من العمر وتزداد كبراً وبروزاً في فصل الصيف ، ويمكن أن تصاب الأظفار الكبيرة بالانعقاف .

## انحلال البشرة الفقاعي الحلئي الشكل [ Dowiling and Meara 1954 ] :

**التعريف** : يؤلف انحلال البشرة الفقاعي الحلئي الشكل واحداً من مجموعة انحلالات البشرة غير الحثلية ، ويشبه إلى حد ما التهاب الجلد الحلئي الشكل الفتوي .

**الوراثة** : يورث بصبغي جسدي سائد ، وغالباً بطفرة جديدة .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن تبدأ النفاطات بالظهور بعد أيام من الولادة وبشكل عفوي ، أو نتيجة رضوح على الجذع والأطراف . وتندر إصابة الأغشية المخاطية فيه . ويمكن أن يشكو المرض من حكة خفيفة . تظهر في بعض الحالات الحويصلات الحلئية الشكل على قاعدة حمامية ، أو تكون نفاطات متوترة ذات محتوى مصلي أو نزفي . وتتراجع النفاطات والحويصلات دون أن تترك ندبات ، ولكن تترك مكانها أحياناً بقعاً ناقصة الصباغ . ويمكن أن يصاب الأخمصان والراحتان بفرط تقرن أصفر إلى أبيض ثفني الشكل Clavus – like وتكون أظافر الأباخس معقوفة الشكل أو متثخنة .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد شقوق أو نفاطات تحت

شروية . ويحتوي سائل النفاطة على العديد من الحمضات . وتوجد رشحة لمفية وناسجة في الأدمة العليا .

**التشريح المرضي المناعي** : النفاطة فيه تحت بشروية قاعدتها متوعة من الصفيحين Laminin والكلاجين ٤ .

**المجهر الإلكتروني** : يوجد انفصال في هيولى الخلايا القاعدية ( تشكل نفاطة بشروية ) . ويلاحظ تكثف وتكتل في حزم خيوط الموترة Tonofilaments في الخلايا القاعدية . ويكون مركب الليفي الإرسائي طبيعياً وكذلك انصاف جسيمات الربط .

**السير** : الإنذار حسن نسبياً ، حيث ينقص تشكل النفاطات في نهاية السنوات العشر الأولى من حياة المصاب .

**المعالجة** : كما في معالجة انحلال البشرة الفقاعي البسيط .

**انحلال البشرة الفقاعي المميت** [ Herlitz 1935 ] :

المرادفات : انحلال البشرة الفقاعي الموصلي ، انحلال البشرة الفقاعي الضموري المعمم المميت لهيرلتز ، متلازمة هيرلتز .

**التعريف** : يؤدي المرض للوفاة عادة في الطفولة الباكرة . وتوجد غالباً صلة قربى بين الأبوين .

**الوراثة** : يورث هذا الشكل بصبغي جسدي صاغر . وتشاهد حوادث بين أشقاء المصاب .

**الإمراض** : غير معروف . ولكن لوحظ نقص تنسج وقلة انصاف جسيمات الربط .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض مباشرة بعد الولادة أو بعدها بأيام ، حيث يتظاهر بفقاعات كبيرة ، نزفية قليلاً ، وذلك في أماكن رضح الجلد ، وتتكون التآكلات مكان هذه الفقاعات . ويؤدي توضع الفقاعات الداحسي Paronychial إلى فقدان الأظفار أو حلها . وغالباً ما تصاب الأغشية المخاطية . وذكرت حوادث إصابة الرغامى والقصبات . ويمكن أن تختلط الفقاعات بالتقيح والخمج في مكان التآكلات . ويعد إنتان الدم سبباً رئيسياً في الوفاة في الطفولة الباكرة .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة فيه تحت بشروية . وتكون إيجابية الغشاء القاعدي بالباس PAS في قاعدة الفقاعة . وتوجد مستضدات الفقاعاني الفقاعي ( BP ) في سقف الفقاعة وقاعدتها وذلك باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة ، ويوجد الصفيحين Laminin في سقف وقاعدة النفاطة . والكلاجين ٤ في قاعدة النفاطة . ويظهر المجهر الألكتروني حدوث التحوصل نتيجة الانفصال بين الخلايا القاعدية والغشاء القاعدي في الصفيحة الصافية : أي أن النفاطة موصلية أو تسمى نفاطة انحلال الموصل Junctiolytic Blister .

**السير** : يموت الطفل المصاب نتيجة اشتداد الداء في الطفولة الباكرة . وتشفى النفاطات دون أن تترك ضمورات ، أو ندبات ، أو دخينات ، أو تصبغات ، ولكن يمكن حدوث حثول ظفرية . ويمكن أن تحدث ضمورات في الهيكل العظمي أحياناً . وإذا ما كان سير الداء معتدلاً استمرت النفاطات في التشكل في الجلد والأغشية المخاطية مدى الحياة وذلك نتيجة للرضوح .

**التشخيص التفريقي** : يصعب تفريقه عن انحلال البشرة الفقاعي الحثلي وخصوصاً إذا ما حدثت الحثول الظفرية . ويمكن الفصل بين الشكلين بالتحريات بالمجهر الألكتروني و/أو التشريح المرضي المناعي كما ذكرنا .

**المعالجة** : تعتمد المعالجة على معالجة الأخماج الجرثومية والفطرية ، وتعطى الستيروئيدات القشرية ( في البدء ٦٠ – ١٢٠ ملغ ) بردنيزولون ثم تخفض إلى الحد الأصغري ) حيث يمكن أن تنقذ حياة المريض .

## انحلال البشرة الحثلي Dystrophic Epidermolyses :

تتصف هذه المجموعة بتشكل الدخينات وندبات ضخامية أو ضمورية واضطراب في التصبغ . ويحتاج مرضى هذه المجموعة إلى رعاية اجتماعية وتعليمية خاصة بسبب شدة التغيرات الحثلية التي تحدث لديهم والناجمة عن إصاباتهم ( انظر الجدول ١٥ – ٢ ) .

### انحلال البشرة الفقاعي الحثلي [ Hallopeau 1896, Siemens 1925 ] :

*المرادفات* : انحلال البشرة الفقاعي الوراثي الحثلي ، انحلال البشرة الفقاعي الحثلي المعمم هالوبو – سمينس ، متلازمة هالوبو – سيمنس ، انحلال البشرة الفقاعي عديد الحثول .

**التعريف** : داء فقاعي شائع نسبياً خلقي ، ويتصف بتظاهرات سريرية عديدة تؤدي إلى حثول في الجلد والأظفار .

**الوراثة** : يورث بصبغي جسدي صاغر وهذا الشكل أكثر انحلالات البشرة الفقاعية الحثلية شيوعاً .

**الجدول ١٥ ـ ٢ : انحلالات البشرة الخلية الوراثية**

| المرض | الباحث | الوارثة | توضع النفاطات | العجز | حدوث الداء |
|---|---|---|---|---|---|
| أ . ب . ف حـ | هالوبو ـ سميث | صبغي جسدي صاغر | انحلال أدمة | معتدل إلى شديد | ليس بنادر المشاهدة |
| أ . ب . ف حـ موضع | كوكاين ـ تورين | صبغي جسدي سائد | انحلال أدمة | خفيف | نادر جداً |
| أ . ب . ف حطاطاني أبيض | باسيني | صبغي جسدي سائد | انحلال أدمة | خفيف/ معتدل | نادر جداً |
| أ . ب . ف وغياب الجلد الموضع | بارت | صبغي جسدي سائد | غير معروف حتى الآن | خفيف | نادر جداً |
| أ . ب . ف حـ نموذج ديستنس | هاشيموتو ، شنايدر أنطون ـ لامبرخت | يرجع بصبغي جسدي صاغر | انحلال موصلي | معتدل | نادر جداً |
| أ . ب . ف حـ بقعي أو نموذج امستردام | وردرمان | صبغي ـ X صاغر | انحلال بشروي | شديد | نادر جداً |

**الإمراض** : يعزى الداء لغياب لييفات الإرســاء في منطقة الموصل البشروي الأدمي وقد ينجم عن تفعيل عامل انحلال الكــلاجين ( إنظيم ؟ ) ويؤدي إلى تدرك لييفات الإرســاء والكلاجين وبالتالي حدوث انحلال الأدمة الفقاعي وحئول في الجزء العلوي من الأدمة . ولقد وجد ارتفاع في فعالية إنظيم الكولاجيناز في الجلد وفي مزارع صانعات الليف من سقف الفقاعة ، ويحتمل حدوث خلل في الكولاجيناز . ولقد سجل أيضاً نقص في مستضد KF – 1 .

**الموجودات السريرية** : تحدث النفاطات نتيجة الرضـوح ، ويمكن أن تحدث عفـوياً بدونها . وتختلف شـدة التظاهرات السريرية بين حالة وأخرى . يصبح الجلد ضامراً مع فرط تصبغ وخاصة في أماكن الضغط في النهايات والألية ، نتيجة حدوث النفـاطات فيها . وتتشكل الدخينات في أماكن النفاطات بعد تراجعهـا . تغطى ذرى الأصـــابع في اليـدين والقدمين بجلد ضامر ، وتفقد التظاهرات الحليمية ، وتتقلع الأظفار أو تبدي حئولاً ، وتؤدي التقفعات الجلدية إلى التصاق القزحية واليد المخلبية ويشيع فرط التعرق الراحي الأخمصي في هذا الجلاد ، كما يشيع فيه زراق النهايات أيضاً . يكون جلد الطفل المصاب جافاً ويمكن أن تتشوه الأسنـان وتصـاب بالنخر باكراً . وتصبح أشعار الفروة رقيقـة ، ويغلب ان نصادف ما يشبه الحاصـة الكاذبة ( راجع الشكل ١٥ ـ ٢ ) .

تصـــاب الأغشيـــة المخاطية بنسبة ٢٠٪ من الحالات . وتلاحظ التـآكلات والتقرح مع ظهور الندبات نتيجة ظهور الفقاعات في الفم والملتحمة والبلعوم والمري ( التصـاقات في الملتحمـة ، بحة في الصوت ، تضيق المري ، التهاب الرئة ) . وتصـاب كذلك الأغشية المخاطية التناسـلية ومنطقة الشرج . وقد يقود استمرار فقدان البروتينات إلى السغاب Inanition .

ولقد وصف Gedde – Dahl في عام ١٩٧٠ نموذجاً من هذا الداء ودعاه بالنموذج المقلوب . ويتصف بتشكل فقاعات أو حويصلات بصورة رئيسية في الثنيات وفي الطيات الرئيسية من الجلد وكذلك في المنطقـة التنـاسـلية ـ الشرجية . بينما لا تصاب المناطق القاصية من النهايات .

**الأعراض** : يمكن أن تكون الأعراض الشخصـانية شديدة . وتصـعب حيـــاة المـريض إذا مـا أدى المرض إلى النـدب والالتصاقات والجدوع .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة فيه تحت بشروية ، وتبين الدراسات بالمجهر الالكتروني أن الانفصال الجلدي Split يتم في الأدمة ( انحلال أدمي ) تحت الصفيحـة الكثيفـة من الغشـاء القاعدي . وتتوضع وإيجابية الباس في الغشاء القاعدي في سقف الحويصل وكذلك الصفيحين Laminin ومستضد الفقاعاني الفقـاعي والكـلاجين IV و Nidogen والهيبـاران سـولفـات بروتيكليكان Heparan sulfatte Proteglycan .

**السير** :يبدأ المرض في الطفولة الباكرة ، ويؤدي إلى عجز خلال الحياة . ولقد ذكرت حوادث شديدة معممة .

**الإنـذار** : يعطـى الإنـذار بحـذر . حيث يتحـول الطـلاوان والندبات الحاصلة في الجلد والأغشية المخاطية إلى سرطانة وسفية ـالخلايا Squamous Cell Carcinomo .

**الإنذار الوراثي** : يحتمل إصابة أي شقيق آخر للمريض بهذا المرض بنسبة ٢٥٪ ولهذا ينصح الأهل بعدم إنجاب أطفال أكثر . هذا ويمكن تشخيص المرض أثناء الحمل .

**التشخيص التفريقي** : يمكن التفريق بين هذا المرض وانحلال البشرة الفقاعي البسيط المميت بواسطة المجهر الألكتروني أو بالتشريح المرضي المناعي ، وذلك عند الرضع والولدان ، ويمكن تفريق المرض عند البالغين عن البرفيرية الجلدية الآجلة .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية :* جُرِّب الفيتامين E بمقدار ٦٠٠ – ١٨٠٠ ملغ يومياً ، ولكن لم نجده مفيداً ( المؤلف ) إنما وجدت فائدة بمعالجته بمثبط الكولجيناز ألا وهو الفينيتوئين Phenytoin ، ويعطى منه ٣ ملغ/كغ من وزن الجسم يوميا ، وتقسم إلى جرعتين وذلك لمدة ١٠ – ١٤ يوماً ثم تخفض الجرعة حتى تصل كثافته بالدم ٨ ميكروغرام/مل . ولقد جربت الرتينوئيدات ، والدابسون ، والكلوروكين ، ومانعات الحمل دون فائدة تذكر .

*المعالجة الموضعية :* تطبق المراهم الحاوية على الهيبارين والهيبارينوئيدات Heparinoides أو الستيروئيدات القشرية . ويجب الوقاية من الأخماج الثانوية ومعالجتها . وتعالج الالتصاقات القزحية الشديدة بتطبيق الستيروئيدات القشرية للمحافظة على الوظيفة العضوية أو بالمعالجات الجراحية التصنيعية المناسبة .

**انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الموضع [ Cockayne 1933, Touraine 1942 ] :**

*المرادفات :* انحلال البشرة الفقاعي الحثلي السائد ، متلازمة كوكاين – تورين ، انحلال البشرة الفقاعي الحثلي مفرط التنسج .

**الوراثة** : يورث بصبغي جسدي سائد . واحتمال إصابة الأطفال الحملة لهذا الصبغي تقدر بحوالي ٢٥٪ .

**الإمراض** : يتصنف بعدم تطور ألياف الإرساء ونقصها في المناطق المصابة .

**الموجودات السريرية** : مرض نادر جداً . تظهر النفاطات في الأطراف القاصية والأليتين . تشفى النفاطات وتؤدي إلى ندبات بعد شفائها ، وبعضها يترك جدرات مفرطة التنسج ، تبقى الحالة العامة والحالة العقلية ضمن الحالة الطبيعية . يبدأ المرض عند الولادة أو في الطفولة الباكرة ، وقد يتأخر ظهوره . وتصاب الأظفار بالانعقاف في اليدين والقدمين . وقد تختفي الأظفار جزئياً أو كلياً ، وقد تحدث التآكلات والتقرحات والتندبات في الأغشية المخاطية . يشكو المرضى من الألم . إذا ما وجدت ندبات ضخامية ، وخاصة عندما تتوضع في الأليتين .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة فيه تحت بشروية . ويظهر المجهر الألكتروني أن الانفصال يحدث تحت الغشاء القاعدي في أعلى الأدمة : أي أن النفاطة بانحلال الأدمة Dermalytic Blister وتشير الدراسات الحديثة إلى نقص تنسج في ألياف الإرساء الأدمية التي تتصل بالغشاء القاعدي . ونجد إيجابية الغشاء القاعدي بالباس والمكونات التشريحية المرضية المناعية في الغشاء القاعدي BMZ موضعة في سقف الفقاعة .

**المعالجة** : تقتصر معالجة هذا الشكل على المعالجة العرضية . ويمكن تطبيق الهيبارين أو الهيبارئينوئيدات أو الستيروئيدات موضعياً في حالات فرط تنسج النسيج الضام . ويمكن حقن معلق بلورات ترياميسنولون موضعياً ( ١٠ ملغ بتمديدها ١ : ٤ ) ومع ١٪ ليدوكائين ) . وقد تجرى الجراحة المناسبة ، ويقدم للمريض نصائح مهنية من أجل العمل المناسب .

**انحلال البشرة الفقعاني الحطاطاني الأبيض [ Pasini 1928 ] :**

*المرادفات :* انحلال البشرة الفقاعي الحثلي ( باسيني ) ، متلازمة باسيني .

**الحدوث** : المرض نادر جداً . ويتواجد في العائلات المصابة بانحلال البشرة الفقاعي الحثلي الموضع ، ولهذا يمكن اعتباره شكلاً من هذا المرض .

**الوراثة** : يورث بصبغي جسدي سائد . ولقد ذكر إصابة ٥٠٪ من أطفال أحد المصابين بهذا المرض .

**الإمراض** : يحدث بسبب عيب وراثي في ألياف الإرساء في الموصل البشروي الأدمي ، حيث يحدث اضطراب في تشكلها ويقل عددها وذلك في المناطق المصابة وغير المصابة من الجلد .

**الموجودات السريرية** : يلاحظ المرض في الأجزاء القاصية من الأطراف ، وذلك بعد الولادة ، أو خلال السنتين الأوليتين من عمر المصاب . تتصف الحطاطات البيضاء ( الآفات الحطاطانية البيضاء ) بحدوثها في مراحل الطفولة المتأخرة ، أو في سن الشباب ، كما تتصف بأنها حطاطات صغيرة ، صلبة ، بيضاء ، حول جرابية تكبر تدريجياً . ولا يتوافق توضع الحطاطات مع توضع النفاطات حيث تميل الأولى للتوضع في المنطقة القطنية والحرقفية والقسم الأمامي والخلفي من الجذع . تزداد كمية سولفات الكوندريوتين Chondroitin غير الطبيعية في الجلد والبول ، وتراكم الغليكوسامينوغليكانات Glycosaminoglycans في مصورات الليف .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة فيه تحت بشروية ، ويحدث انفصال الجلد تحت الغشاء القاعدي ( فقاعة انحلال أدمي ) . وتتواجد إيجابية الغشاء القاعدي بالباس ومكوناته في سقف الفقاعة .

**السير** : سليم نسبياً ويشبه ما عليه الحال في انحلال البشرة الحثلي المورث بصبغي جسدي سائد .

**المعالجة** : تقوم على الوقاية من تقيح النفاطات .

## انحلال البشرة الفقاعي الحثلي مع نقص في السمع [ Gedde – Dahl 1970 ] :

*المرادفات* : انحلال البشرة الفقاعي التغذوي العصبي ( المترقي ) .

**الوراثة** : يورث بصبغي جسدي سائد .

**الموجودات السريرية** : يعتبر هذا الشكل من الأشكال الحثلية ويؤدي إلى صمم أذني داخلي المنشأ ويعتبر نادراً جداً ويتصف بما يلي :

- حدوث نفاطات نتيجة الرضوض الميكانيكية في الطفولة أو المراهقة .
- تبدأ التغيرات الحثلية الظفرية قبل بدء ظهور الآفات الجلدية .
- ضمورات جلدية منتشرة مترقية في اليدين ، والمرفقين ، والقدمين ، والركبتين مع فقدان التركيب الطبيعي لسطح الجلد .
- تتشكل فيه نفاطات في الأغشية المخاطية أحياناً .
- صمم عصبي وراثي مترقٍ ببطء .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة فيه تحت بشروية وتقع تحت الصفيحة الكثيفة ( نفاطة بانحلال أدمي ) . تتواجد إيجابية الغشاء القاعدي بالباس ومكوناته الأخرى في سقف النفاطة ، ولا يوجد فرق بين المناطق المصابة من الجلد والمناطق غير المصابة وخاصة التبدلات التنكسية في الألياف الكلاجينية .

## انحلال البشرة الفقاعي الحثلي نموذج ديسنتس [ Hashimoto, Schnyder Anton – Lamprecht 1976 ] :

*المرادفات* : انحلال البشرة الفقاعي الضموري المعمم نموذج ديسنتس .

**الموجودات السريرية** : وصف هذا الشكل عند مريض سويسري فقط من بلدة ديسنتس . وهذا المرض ولادي ، معمم ، حثلي ، غير مميت . تحدث فيه النفاطات عفوياً أو نتيجة الرض . يكون جلد ظهر اليدين فيه ضامراً . ولا تتشكل فيه الدخينات . إنما نجد تشوهاً في الأظفار . وتبقى أغشية الفم والمريء طبيعية ، وكذلك القدرة العقلية .

**التشريح المرضي النسجي** : الفقاعة تحت بشروية . حيث تشبه فقاعة انحلال البشرة الفقاعي المميت ، والانفصال الجلدي يقع بين الخلايا القاعدية والصفيحة الصافية من الغشاء القاعدي ( نفاطة موصلية ) . تكون إيجابية الغشاء القاعدي بالباس في قاعدة الفقاعة . ولما تستقصى مكونات الغشاء القاعدي الأخرى بعد .

## انحلال البشرة الفقاعي البقعي أو نموذج أمستردام [ Woerdermann 1958 ] :

*المرادفات* : الحثل الفقاعي الوراثي نموذج أمستردام .

وصف المرض من قبل وردرمان في أمستردام ويورث من خلال الصبغي **X** وهذا المرض نادر جداً ، ويتظاهر باندفاعات نفاطية معممة شبيهة بالفقاعاني **Pemphigoid** . ويتصف أيضاً بفرط تصبغ ، ونقص تصبغ ، وخفة الأشعار ، وبأصابع مخروطية ، وتشوهات ظفرية ، وازرقاق نهايات ، وحثل قرنية ، وصغر الرأس ، وتخلف عقلي . تكون إيجابية الغشاء القاعدي بالباس في قاعدة النفاطة . هذا وإن حياة المصابين لا تطول عادة .

## انحلال البشرة الفقاعي وغياب الجلد الموضع الولادي [ Bart 1966 ] :

*المرادفات* : متلازمة بارت ، غياب الجلد الموضع المترافق بشذوذات شبيهة بانحلال البشرة الفقاعي .

**التعريف** : يشبه هذا الجلاد انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الموضع ، ولكنه يتراجع خلال بضعة أشهر .

**الحدوث** : وصفت فيه بضع حوادث . ويرجح انتقاله بصبغي جسدي سائد .

**الموجودات السريرية** : تلاحظ الفقاعات عند الولدان والأطفال في الفخذين والأليتين بشكل خاص أو أحياناً على المرفقين . ولا تتوضع في المكان المعرض للرضوح فقط . وتتصف النفاطات بما يلي :

- نفاطات محدثة بالرضوح في الجلد والأغشية المخاطية .
- عيوب جلدية محدودة ( لا تنسج **Aplasia** جلدي محدود ) ، وبخاصة في النهايات السفلى .
- تشوهات أظفار ( لا تنسج وحثل أظفار ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يقع الانفصال الجلدي في منطقة

ـوصـ البشروي – الأدمي فوق مكان إيجابية الغشاء القاعدي ...ـمـ . حيث يبقى الغشاء القاعدي في قاعدة الفقاعة .

**الســير** : يشفى المرض خلال أسابيع إلى أشهر مع ندبات ضمورية والتصاقات القرحية ودخينات بعد فقاعية .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن الأشكال الأخرى من انحلال البشرة الفقاعي ، إنذاره سليم عادة . ويفرق عن الأشكال الأخرى بتراجعه العفوي وباللا تنسج الجلدي .

**المعالجة** : عرضية وقد تعطى الصادات .

## انحلال البشـــــرة اللاوراثي

**Nonhereditary Epidermolysis**

**انحلال البشـرة الكسبي E. B. Acquisita** [ Kablitz 1904, Woodley 1988 ] :

**التعريف** : يشبه هذا المرض غير العادي الفقاعاني الفقاعي كثيراً . لكنه لا يستجيب للسيترويئدات القشرية ، وله آلية مرضية مختلفة ، ويتصف بتشكل نفاطة بانحلال الأدمة . ويشبه أيضاً البرفيرية الجلدية الآجلة ، والفقاعاني الندبي ، وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي .

**الحدوث** : نادر المشاهدة . يحدث بعد الطفولة وخاصة عند البالغين . ولا توجد إصابات عائلية .

**الموجودات السـريرية** : يتصف المرض بطفوح فقاعية ، وتتوضع غالباً في مناطق الرضـوح . كما في انحلال البشـرة الفقـاعي الحثلي وتميـل للتوضع على اليـدين ، والمرفقين ، والقدمين ، والركبتين ، وتشفى بعد أن تترك ضمورات ندبية خفيفة ، ودخينات بعد فقاعية . تصاب الأغشية المخاطية في ٥٠٪ من الحالات وتؤدي بذلك إلى صعوبات غذائية حقيقية .

يمكن أن تقترن الإصابة بالانحلال البشرة الكسبي مع الداء النشواني ، وابيضاض الدم والورم النقوي العديد ، والتهاب المرق المزمن أو التهاب الكولون القرحي .

**التشريح المرضي النسجي** : تتشكل النفاطة فيه تحت بشروية ، وتتوضع إيجابية الغشاء القاعدي بالباس في سقف الفقاعة ، لأن الفقاعة المتشكلة بانحلال الأدمة تحدث تحت مكان إيجابية الغشـاء القـاعدي بالباس ، وينطبق هذا أيضاً على مكونات الغشاء القاعدي . وهذا يفسر الندبات الضمورية التي تحدث فيه كما في أشكال انحلال الأدمة الوراثية الحثلية ( انحلال البشرة الفقاعي الحثلي ) .

**التشـريح المرضي المناعي** : يلاحظ توضع خطي IgG على الغشـاء القـاعدي بالومضـان المناعي المباشر كما هو الحال في الفقاعاني الفقاعي وكذلك الحال بالنسبة للغلوبولينات IgA ، IgM والمتممة . وتشير الدراسات بالمجهر الألكتروني إلى توضع IgG تحت الصفيحة الكثيفة من الغشـاء القاعدي . وليس في الصفيحة الصافية كما في الفقاعاني الفقاعي . ويمكن أن توجد أضداد جوالة في المصل ضد بروتين في الغشاء القاعدي وزنه الجزيئي ٢٩٠ كيلو دالتون ، بينما تكون في الفقاعاني الفقاعي حوالي ٢٢٠ كيلو دالتون ، والمستضد ذو الوزن الجزيئي ٢٩٠ هو الكلاجين VII . وهذه الموجودات تفرق بين انحلال البشرة الكسبي والفقاعاني الفقاعي .

**التشخيص التفريقي** : يفرق انحلال البشـرة الكسبي عن الفقاعاني الفقاعي بأن الأول تظهر فقاعاته في أماكن الرضوح وتتصف بميلها للتندب . ويفرق أيضاً بالموجودات التشريحية المرضية المناعية . يشبه المرض البرفيرية الجلدية الآجلة ولكن لا ترتفع فيه قيم البرفيرينات . ويميز عن انحلالات البشرة الفقاعية الوراثية بأنه يظهر متأخراً . ويشخص انحلال البشرة الفقاعي الكسبي بعد نفي الأشكال الأخرى من الأمراض الفقاعية واستناداً إلى الموجودات التشريحية المرضية المناعية .

**المعالجة** : يختلف هذا المرض عن الأمراض الفقاعية الأخرى بعدم استجابته للسيترويئدات القشرية ، ويعتبر ذلك علامة مهمة . ويستطب فيه إعطاء السولفونات ( دابسون ) ، آزاتوبرين ، سيكلوسيورين آ ، والفيتامين ( E ) بمقدار ٦٠٠ – ١٢٠٠ ملغ/يومياً .

## الأمراض الفقّاعية Pemphigus Diseases :

لا تشفى هذه المجموعة من الأمراض عفوياً ، وتتصف بانحلال الأشواك في البشرة مؤدياً إلى تشكل الفقاعات . ويؤدي انحلال الأشواك إلى فقدان الارتباط بين الخلايا البشروية وتثبيط تشكيل الجسيمات الرابطة من جديد . أما الخلايا المنحلة الأشواك والتي تسمى أيضاً بالخلايا الفقاعية فيمكن كشفها وملاحظتها باللطاخات الخلوية المأخوذة من قعر الفقاعة ( طريقة تزانك ) ولها قيمة تشخيصية . ويرجح أن الأضداد الذاتية المتوضعة على سطح الخلايا هي المسؤولة عن انحلال الأشواك وعن تثبيط تشكل جسيمات الربط الجديدة التي تربط بين خلية وجارتها في البشـرة . ويمكن كشف هذه الأضداد الظهارية ( الأضداد الفقاعية ) بطريقة الومضان المباشر والتي توجد في الأحيـاز ما بين الخلايا في المناطق القريبة من النفاطات . ويمكن كشف الأضداد الجوالة في الدم بطريقة الومضان المناعي غير المباشر .

تتضمن هذه المجموعة مايلي :

١ – الفقاع الشائع Pemphigus Vulgaris والفقاع التنبتي P. Vegetant .

- الفقـــاع الورقي P. Foliaceus ، الفقــاع البرازيلي ، الفقاع الحمامي P. Erythematosus .
- الفقاع العائلي المزمن Chronic familial, P. . ويبـدي انحـلال أشــواك فيــه ، غيرأن المـوجودات التشريمرضية المناعية فيه سلبية ، والمرض يورث ويشبه مرض داريـــه وقد أوردنـاه في هذا الفصـــل من أجل التشخيص التفريقي .
- جـــلاد انحـــلال الأشـــــواك العـــابـــر Transitory Acantholytic Dermatosis ويحدث في هذا المرض انحلال الأشواك ، لكن دون موجودات مناعية .

### الفقاع الشائع P. Vulgaris :

**التعريف** : الفقـــاع الشـــائع مرض حاد أو مزمن ، يتظـاهر باندفاعات فقاعية داخل بشروية تحدث نتيجة انحلال الأشواك في الجلد السليم أو الأغشية المخاطية . والمرض مميت إذا لم يعالج . يمكن كشف الأضداد الفقاعية الموجهة ضد الخلايا البشروية في مصل المرض ( الطريقة غير المباشرة ) وفي المناطق المصابة من الجلد ( الطريقة المباشرة DIF ) ( راجع الشكلين ١٥ — ٣ ، ١٥ — ٤ ) .

**الحدوث** : مرض غير شائع وليس له ارتباط بالجنس ، يرجح أنـه أكثر تواجداً لدى اليهود ، وأكثر ما يصيب الأعمـار بين ٣٠ — ٦٠ ولكن قد يشاهد عند الأطفال أو في سن متأخرة . ويتـصف بتـواجد HLA – A13 وكذلك HLA – DR4 ولقد وجد هذا المستضد عند ٩٠٪ من المرضى اليهود .

**الإمراض** : أسباب المرض غير معروفة . وقد افترض سابقاً أنه ناجمعن خمج حموي Viral بطيء ، ويفترض أنه مرض مناعي ذاتي .

وأهم حدثية في إمراضـه هي ما يحدث في البشرة ، ولقد كشف المجهر الألكـتروني تخرب الجسيمات التي تربط ما بين الخلايا البشـروية في مرض الفقـاع الشـائع ، وعدم تشكـل جسيمات جديدة . وهكذا يتعرض الارتباط ما بين خلايا البشرة إلى التـأذي ، ويرجح أن السبب في هذا منـاعة ذاتيـة وذلك للأسباب التالية .

تكشف طريقـة الومضـان المناعي المباشر أضداداً في جميع الحالات ( غالباً IgG ) وعوامل المتممة أيضاً وذلك على سطح الخلايا في المناطق المصابة وفي جوارها .

- تكشف طريقـة الومضـــان غير المبـاشـرة أضداداً فقاعية ( مضادة للنسيج الظهاري ) في مصل المرض . وفي الكثير من الحالات يجاري عيار الأضداد هذا شدة الداء .
- أمكن إحداث انحلال أشواك في حيوانات التجربة ، وذلك بنقل مصل المرض المنفعل إلى هذه الحيوانات .
- يمكن أن يحدث المرض نتيجة حدوث تفاعل مناعي ذاتي بعـــد تنــاول بعـض الأدويــة ومن هــذه الأدويـــة Indomethacin, Isoniazide, Captopril, Penicillin, Phenylbutazone, Ethambutol, Pyritinol, Propranolol Penicillamine, Rifampicin . يضاف إلى ذلك حدوث فقاع شائع بعد حرق حراري ، حرق شمســي ، والتعرض للأشعـة فوق البنفسجية وأشعة X .
- سجل تواجد الإصـابة بالفقاع الشائع مع أمراض مناعية ذاتية أخرى كالوهن العضلي الوبيل ، والذأب الحمامي ، والتهاب الدرق المناعي الذاتي ، والورم التوتي ، ومتلازمة سجوغرين ، والفقـاعاني الفقـاعي ، وفقر الدم الوبيـل ، وداء هودجكن .

يشير كل ما ذكرأعلاه إلى دور الأضداد في هذا المرض والتي تلعب دوراً إمراضياً وبشكل واضح كما يشـير إلى أن حدوث تفـاعل منـاعي على سطح الخلايا البشـروية . يقود ذلك إلى انطـلاق عامل يؤدي إلى انحلال أشواك فقاعي ما بين الخلايا المقرنة ، وبذلك يحدث انحلال الأشواك .

**الموجودات الســريرية** : يحدث فجـأة دون سبب واضح . ويتصف بظهـور فقــاعات رخوة ذات محتوى مصـلي ، تبدأ بالظهور غالباً في السرة ، أو في الفروة أو في الفم . ثم تنفتح الحويصلات بسرعة ويظهر مكانها تآكلات حمراء اللون . يبدأ تشكـل الجلب بينما تتسع النفـاطة في المحيط . ويتجدد تشكل النفـاطات في نفس المنطقة أو مناطق أخرى . ويكون محتوى الفقاعات مصلياً وليس مدمى . يبدأ المرض في جوف الفم في ٥٠٪ من الحـالات . ويسيطر على اللوحة السـريرية للمرض الحويصـــلات الصغيرة والنفـاطات التي تتسحج وتؤدي إلى التآكلات المؤلمة . ويمكن أن تصاب العينان ( التهاب الملتحمة مزمن ، التهاب حواف الأجفان ، دون تشكل ندبات ) .

يمكن أن تصـــاب الثنيـات خلال سـير المرض ( الحفرة الإبطية ، الثنية تحت الثدي ، الثنية الأربية ) وكذلك باقي أنحاء الجلد . تتشكل النفاطات على قاعدة من الجلد سليمة ولكن قد تحاط بهالة التهابية . ولا تلبث هذه النفاطات أن تنفجر وتترك تآكلات وذلك لأن سقفهـا رقيق وغير ثخين . وإذا ما ترك المريض دون معالجة لفترة زمنية معينة فإنه يراجع بعدها الطبيب بمســاحات واسعة من التآكلات وطالما بقيت هذه التآكلات دون تقيح ثـانوي يمكن أن تشـفى دون أن تـترك أثراً ، بينما

تتشكل فقاعات أخرى جديدة في نفس الأمكنة أو في أمكنة جديدة . وإذا ما استمر تشكل الفقاعات يصبح الجلد المعرى واسعاًويزداد تشكل الجلب .

وعندما يضغط الجلد في المناطق التي يبدو فيها سليماً تتزحلق الطبقات العليا من البشرة بسهولة ( ظاهرة نيكولسكي I ) . وتشير هذه الظاهرة إلى اضطراب ارتباط خلايا البشرة بعضها وذلك بسبب انحلال الأشواك . ويؤدي ضغط ذروة الفقاعة إلى انسياب محتواها في البشرة ( ظارهة نيكولسكي II ) . ولا تحدث أي من هاتين الظاهرتين أثناء تحسن المرض وتبين هاتان الظاهرتان بأن الرضوح الميكانيكية عامل حاسم في توضع الفقاعات ، الأمر الذي يفسر ظهورها على الأليتين ، والظهر ، وتحت الثديين والناحية الأربية .

**الأعراض** : المرض غير حاك ولكن التآكلات مؤلمة ونازفة وتتشكل على أعقابها جلب مدماة ، ويمكن أن تتقيح ثانوياً . كما أن التآكلات الفموية مؤلمة وتؤدي إلى صعوبة في تناول الطعام .

**الموجودات المخبرية** : ليست للموجودات المخبرية من أهمية خاصة في تشخيص المرض . ترتفع سرعة التثفل في الحالات المتقدمة .

ويصاب المرضى بفقر دم ناقص الصباغ ، ويرتفع تعداد الكريات البيض مع زيحان نحو اليسار معتدل ، وترتفع الحمضات أحياناً . يمكن أن يصاب المريض بنقص البروتينات وخلل ثانوي المنشأ ( نقص آحين وزيادة ألفا ، وبيتا وخاصة غاما غلوبولين ) . وتحدث تغيرات في الكهرليات Electrolyte حيث ينقص الصوديوم والكلور والكالسيوم في المصل .

**اللطاخة الخلوية الفقاعية** : وصف تزانك الخلايا الفقاعية المنحلة الأشواك عام ١٩٤٧ ، وسميت بخلايا تزانك ، ونجدها من لطاخة مأخوذة من قاعدة نفاطة ، انفجرت حديثاً ، والخلايا هذه نموذجية لكنها ليست نوعية للفقاع الشائع ( راجع الشكل ١٥ ــ ٥ ) نحصل على هذه الخلايا بفتح نفاطة حديثة . وتؤخذ اللطاخة بواسطة عروة بلاتين أو بالمشرط من قاعدة النفاطة وتوضع على صفيحة زجاجية ، وتلون بملون غرينوالد ــ غمزا Grünwald – Giemsa .

نجد بفحصها تحت المجهر خلايا بشروية مبعثرة أو مجتمعة مع بعضها دائرية الشكل وفاقدة الاتصال بالخلايا الأخرى ، نواها أسسة كبيرة ومحاطة بمنطقة نيرة . تحتوى هيولاها على الرنا RNA . وتعتبر طريقة تزانك ذات فائدة في وضع التشخيص البدئي للمرض ، غير أنها لا تغني عن التشريح المرضي النسجي والتشريح المرضي المناعي .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد وذمة خفيفة ما بين الخلايا في الطبقات السفلى من البشرة ، وانفصال في البشرة فوق الطبقة القاعدية ، وحدوث التحوصل . ويقود الانفصال في الجسيمات الرابطة في الخلايا البشروية إلى تشكل شقوق في البشرة ونفاطات بشروية . ويبين المجهر الألكتروني قلة الجسيمات الرابطة في البشرة من الجلد الطبيعي سريرياً وتوجد خلايا من العدلات أو الحمضات في جوف الفقاعات القديمة ، التي يمكن أن تبلعم الخلايا البشروية المتنخرة . ويمكن أن نجد سفاجاً يوزينياً ( حمضياً ) واندخال البشرة بالحمضات أما الموجودات في الأدمة العليا فغير وصفية وتبدي التهاباً خفيفاً ، ويغلب أن يكون من الحمضات . وتكون الرشاحة الأدمية في الآفات القديمة غير نوعية .

**المناعيات في الفقاع الشائع** : تكشف الطريقة الومضانية المباشرة Direct Immunofluorescence ( DIF ) توضع الغلوبولينات ( بصورة رئيسية IgG ومكونات المتممة وخاصة $C_3$ ) في البشرة ما بين الخلايا المالبيكية ( راجع الشكل ١٥ ــ ٦ ) وتبين الطريقة غير المباشرة Indirect Immunofluorescnce ( IIF ) وجود أضداد فقاعية في مصل المرضى ضد مكونات ما بين الخلايا الظهارية في البشرة ( ظهارة الشفة وظهارة المريء ) . وتوجه الأضداد المناعية الذاتية في الفقاع الشائع ضد بروتينات سكرية على سطح الخلايا البشروية وزنها الجزيئي حوالي ٢١٠ كيلو دالتون . ويعتقد أن هذه الأضداد الذاتية المرتبطة على سطح الخلايا البشروية تؤدي إلى إطلاق إنظيمات حالة داخل الخلايا المالبيكية التي تؤدي إلى انحلال الأشواك ( = أضداد ذاتية سامة للخلايا ) .

وتوجد أضداد شبيهة بأضداد الفقاع وبعيارات منخفضة في بعض الحالات ، وهذه الأضداد الشبيهة بأضداد الفقاع تتفاعل مع زمرة الدم آ و ب ويمكن إزالتها بالامتصاص . وقد وجدت هذه الأضداد أيضاً في الحروق ، ومتلازمة لايل ، والأخماج بالفطور الشعروية ، وفي التفاعلات الدوائية المحدثة ببعض الأدوية كالبنسلامين ، والبنسلين ، وفينيل بوتازون ، والكلوروبرومازين .

**السير** : لا يمكن التنبؤ بسير المرض ، حيث قد تبقى بضع فقاعات على الجلد أو الأغشية المخاطية لسنوات عدة ، وبالمقابل يمكن أن تتردى حالة الجلد والأغشية المخاطية فجأة ثم تميل للتراجع خلال أسابيع . وإذا لم يعالج المرض يؤدي للوفاة خلال ١ ــ ٣ سنوات . ويصيب المرض الأغشية المخاطية بنسبة كبيرة

لدى المرضى ، ويجعل تناول الطعام والشراب مؤلمين جداً . ويفقد المريض شيئاً من وزنه نتيجة العزوف عنهما . يؤدي ظهور فقاعات في الأغشية المخاطية للأنف والملتحمة والشرج إلى تآكلات مؤلمة في هذه المناطق . ولقد ذكرت إصابة العفج والقولون . ويكشف الفحص المباشر الجراثيم من اللطاخات في الفقاعات القديمة وفي التآكلات ، وبالتالي تصبح إمكانية حدوث الخمج الثانوي واردة جداً .

وإذا ما بقي الفقاع الشائع لفترة طويلة ، أو كان ذا سير مترقٍ أدى المرض إلى سوء الحالة العامة ، وأصيب المريض بالدعث وفقدان الشهية ونقص الوزن وقد ترتفع حرارة المريض ويصاب بالحمى وحدوث إنتانمية ( إنتان دموي ) وقد يودي المرض بحياة المريض بعد عدة أشهر إذا كان سيره حاداً ، أو قد يسير بهجمات وهدآت خلال بضع سنين ، نتيجة اختلاطات ثانوية كإنتان الدم ، والتهاب الرئة والقصبات ، والدنف . وغالباً لا يموت المريض من الفقاعات الجلدية بحد ذاتها ويبين فحص الجثة آفات مجموعية غير نوعية للمرض والتي تشير إلى أن سبب الوفاة هو المضاعفات الثانوية ، أكثر مما هي ناتجة عن الفقاع نفسه .

**الإنذار** : يعطى الإنذار بحذر ، حيث يجب أن نتوقع التأثيرات الجانبية إذا ما احتاج المريض إلى جرعات عالية من السيترويدات القشرية و/أو الأدوية الموقفة للخلايا Cytostatic لفترة طويلة . ولا ندري لماذا ينتشر الفقاع الشائع لدى اليهود ويكون ذا سير شديد لديهم أكثر مما هو عند غيرهم .

**التشخيص التفريقي** : يجب تمييز الفقاع الشائع عن الفقاعاني الفقاعي ، والتهاب الجلد الحلئي الشكل ، والطفوح الفقاعية الانسمامية ، والحمامى عديدة الأشكال ، وانحلال البشرة الفقاعي الكسبي ، والبرفيرية الجلدية الآجلة ، ويفيد في تشخيصه وتفريقه القصة المرضية والفحص النسجي لحويصل صغير حديث التشكل وكذلك بالدراسة الومضانية المناعية وبسيره . أما توضعاته على الأغشية المخاطية ، فيجب تفريقها عن أمراض القلاع ، والذأب الحمامي التآكلي والحزاز المسطح التآكلي .

**المعالجة** : قلت نسبة الوفيات بهذا المرض بنسبة ٥٠٪ بعد استعمال السيترويدات القشرية وكابتات المناعة والهرمون ACTH في معالجته . تعطى السيترويدات القشرية بجرعات عالية لإحداث هجوع الداء بسرعة ، حيث تعطى في الحالات الشديدة من المرض جرعات عالية تصل ١٦٠ ـ ٢٤٠ ملغ/يومياً من البريدنيزون أو ما يعادله من السيترويدات الأخرى كالبريدنيزولون ، متيل بريدنيزولون ، أو الفلوكورتولون . وتعطى الجرعات اليومية في الحالات المعتدلة الشدة بمقدار ١٢٠ ـ ٢٠٠ ملغ ؛ وبمقدار ٨٠ ـ ١٢٠ ملغ في الحالات الأقل شدة وحتى التحسن الكامل . وقد نحتاج للوصول إلى ذلك مدة ٤ ـ ٨ أسابيع . ثم تخفض الجرعات بسرعة نسبياً حتى تصل إلى جرعة صغرى تبقيه هاجعاً . ويتم التخفيض بمقدار ٥ ـ ١٥ ملغ يومياً من البريدنيزولون أو ما يعادل هذا المقدار من الأنواع الأخرى . وقد يحدث النكس إذا ما خفضت السيترويدات القشرية بسرعة كبيرة . والحل الأمثل أن نصل بالجرعة إلى الحد الذي يمنع من ظهور المرض دون تأثيرات جانبية . غير أن هذا ليس بالأمر السهل دوماً .

**الجدول ١٥ ـ ٣ : الأضداد الفقاعية في المضادات في الجلادات الفقاعية التي تتصف بانحلال الأشواك**

| التشخيص | نسيجياً | الومضان المناعي | |
|---|---|---|---|
| | انحلال أشواك | الطريقة غير المباشرة IIF | الطريقة المباشرة DIF من الجلد المصاب |
| الفقاع الشائع | + | + <br> ٩٠٪ < | + <br> ١٠٠٪ |
| الفقاع التبتي | + | a + | + |
| الفقاع الورقي | + | a + | + |
| الفقاع الحمامي | + | a + | + |
| الفقاع العائلي الحميد المزمن ( مرض هايلي ـ هايلي ) | + | – | – |
| مرض داريه الشكل الفقاعي | + | – | – |
| جلاد انحلال الأشواك العابر | + | – | – |

a + قد تدعو الحاجة إلى إعادة إجراء الاختبار كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع .

ومن التأثيرات الجانبية الممكن حدوثها أثناء المعالجة بالستيروئيدات القشرية : القرحة المعدية ، أو انثقاب معدي ، أو فرط توتر شرياني ، أو خثار ، أو تخلخل عظام ، أو تنشيط سل كامن ، أو الإصابة بالمبيضات البيض . ينصح أحياناً بمشاركة بين الستيروئيدات القشرية وكابتات المناعة وتسمح مثل هذه المشاركة من تخفيض جرعة الستيروئيدات .

غير أن الخوف من حدوث الأخماج الثانوية وخاصة التهاب الرئة والقصبات ينصح بالمشاركة عندما يخف الداء وتكون جرعة الستيروئيدات القشرية بمقدار ٦٠ ملغ من البريدنزولون . يتمتع الأزاثيوبرين بتأثير موقف للمراضة في الحالات الخفيفة فقط ، حيث يمكن أن يعطى لوحده وبجرعة يومية مقدارها ١٠٠ - ٢٠٠ ملغ . ويبدأ تأثير الأزاثيوبرين بعد ٣ - ٦ أسابيع وعندها يمكن أن نخفض جرعة الستيروئيدات القشرية . أما الاندفاعات الفموية فتستجيب قليلاً لهذه المعالجات . ويجب أن نراقب المريض مخافة حدوث التأثيرات الجانبية مثل قلة البيض ، والميل لحدوث الأخماج ، وقصور الكلية .

يعطى السيكلوفوسفاميد بمقدار ٥٠ - ١٠٠ - ١٥٠ ملغ يومياً والميتوتركسات بمقدار ٢٥ - ٥٠ ملغ حقناً وريدياً أو ١٥ - ٢٥ ملغ عن طريق الفم أسبوعياً كما في الصداف ولها نتائج جيدة ، وخاصة بعد أن تكون الستيروئيدات القشرية بالجرعات العالية قد أدت إلى إخماد الداء وتحسنه . وكذلك وضعت برامج لجرعات عالية متقطعة من الديكسامتيازون - سيكلوفوسفاميد .

تعطى أملاح الذهب ، والتي توصف في الداء الرثواني ، لمعالجة الفقاع وذلك حقناً عضلياً ، وتفيد في إخماد الداء . يعالج الداء في حالاته الشديدة بفصادة البلازما ( المصورة ) Plasmapheresis حيث تكون عيارات الأضداد الفقاعية عالية في المصل والتي لا تستجيب للجرعات العالية من الستيروئيدات . ويعتبر علاجاً مفيداً .

يعطى السيكلوسبورين بمقدار ٥ - ٦ ملغ/يومياً ويبدو أنه مفيد أيضاً .

*معالجة الأخماج الفطرية والجرثومية :* تعطى الصادات المناسبة في الأخماج الجرثومية الثانوية ، ومضادات الفطور في الأخماج الفطرية ، وينقل الدم في فقر الدم عند الضرورة .

**الجدول ١٥ - ٤ : يبين التشخيص التفريقي بين الفقاع الشائع والفقاعاني الفقاعي والتهاب الجلد الحلئي الشكل**

| | الفقاع الشائع | الفقاعاني الفقاعي | التهاب الجلد الحلئي الشكل |
|---|---|---|---|
| بدء المرض /بالسنين/ | ٣٠ - ٦٠ | فوق ٦٠ | ٢٠ - ٥٥ |
| الجنس | نساء ورجال | النساء أكثر ، وفي الأعمار المتقدمة يصيب الرجال بشكل أكبر | الرجال بصورة رئيسية وبنسبة ٣ : ١ |
| سير بدء المرض | مُوضع لأشهر عدة وغالباً ٦٠٪ في الفم | معمم حاد إلى تحت حاد | تحت حاد |
| الميل للتوضع | لا يوجد | الثنية المرفقية، تحت الإبط، أنسي الفخذ | الجانب الوحشي من الذراع والفخذ والناحية القطنية والأليوية والكتفين والرأس |
| الأعراض الجلدية | نفاطات جلدية رخوة غير نزفية ، غالباً على جلد سليم وتآكلات | عديدة الأشكال : فقاعات متوترة محتواها نزفي غالباً ، تشفى التآكلات ببطء وهي على قاعدة حمامية | عديدة الأشكال وعلى هيئة مجموعات حمامية ، شروية ، بقع إكزيمية مع حويصلات مجتمعة حلقية الشكل ، جلب ، تآكلات |
| الحمضات في الدم<br>الألم | طبيعية إلى معتدلة<br>تآكلات مؤلمة | طبيعية إلى معتدلة<br>تآكلات مؤلمة | مرتفعة ( ٣٠٪ من الحالات )<br>حكة حارقة أو ألم |

| الإنذار | مميت إذا لم يعالج | مميت في ٥٠٪ من الحالات إذا لم يعالج | سليم وغير مميت |
|---|---|---|---|
| إصابات الأغشية المخاطية | دائماً | نادرة (١٠ – ٢٠٪) وهي عابرة | غير شائعة |
| إصابة العينين | محتملة | نادراً جداً | لا يصيب العينين |
| ظاهرة نيكولسكي I | إيجابية في الجلد الطبيعي | أحياناً إيجابية في منطقة البقع | سلبية |
| ظاهرة نيكولسكي II | إيجابية | إيجابية | سلبية |
| التفاعل اليودي | سلبي | سلبي | إيجابي |
| توضع النفاطة | فوق الطبقة القاعدية ومنحلة الأشواك | نفاطة تحت بشروية حويصلية | نفاطة تحت بشروية وبانحلال الأدمة |
| خلايا تزانك | إيجابية | سلبية | سلبية |
| الومضان المناعي المباشر ( الجلد المصاب ) ( DIF ) | توضع IgG والمتممة C3 في البشرة | توضع خطي IgG و C3 في منطقة الغشاء القاعدي | توضع حبيبي أو خطي IgA ( والمتممة C3 ) في الحليمة الأدمية |
| الومضان المناعي غير المباشر ( IIF ) | أضداد من نوع IgG جوالة في المصل ضد الغليكو – بروتينات في سطح الخلايا البشروية | أضداد جوالة في المصل من نوع IgG (٨٠٪) ضد بروتينات الغشاء القاعدي في الصفيحة الصافية في ٨٠٪ | أضداد جوالة في المصل من نوع IgA و IgG ضد الشبكين ، غليادين أو إنداومايسيوم Endomysium ( ٣٠ – ٦٠٪ ) |

يعطى المريض السوائل الكافية والطعام الغني بالبروتينات والفيتامينات وخاصة ث و ب المركب ويعطى البوتاسيوم في الحالات التي تعطى فيها الستيروئيدات لفترة طويلة إذا لزم الأمر .

*المعالجة الموضعية :* تطبق المعالجات الموضعية للوقاية من الأخماج الثانوية وتساعد في شفاء الفقاعات والتآكلات ، والمعالجة بالستيروئيدات الموضعية ليست فعالة كثيراً . والتحريات الجرثومية والفطرية المحتملة واجبة أيضاً بين الفينة والأخرى . تطبق الأصبغة أو المطهرات المناسبة لمعالجة التآكلات . وتعتبر مغاطس برمنغنات البوتاسيوم والمنظفات مفيدة أيضاً .

## أشكال خاصة ونادرة من الفقاع :

أدى تقدم الدراسات النسجية والنسجية المناعية ودراسات المجهر الألكتروني إلى وجود أشكال خاصة من الفقاع غير نموذجية ، وقد يلتبس الأمر على الطبيب بأنها ليست فقاعاً في البداية . وهذه الحالات نادرة المشاهدة وتحتاج لبعض الشرح والتفصيل .

### الفقاع الحلئي الشكل Pemphigus Herptiformis

**[ Floden and Gentele 1955, Winkelmann and Roth 1960, Jablonska et al 1975 ] :**

*المرادفات :* التهاب الجلد الحلئي الشكل منحل الأشواك .

**الموجودات السريرية :** يشبه المرض سريرياً التهاب الجلد الحلئي الشكل ، حيث يتظاهر باندفاعات عديدة الأشكال حطاطية ، حويصلية ، حمامية ، حلقية الشكل في ترتيبها . تكون الاندفاعات حاكة أو تؤدي إلى حس حرقان . ويمكن أن تتوضع في الأماكن المنتقاة لالتهاب الجلد الحلئي الشكل .

**التشريح المرضي النسجي :** يفضل تكرار اخذ الخزعات حيث قد نجد حويصلاً سطحياً فيه انحلال أشواك أو سفاج بالحمضات (يوزيني ) ، أي تجمع حمضات داخل بشروي ، ولكنه غير التجمع بالعدلات في الحويصل تحت بشروي والذي هو من صفات التهاب الجلد الحلئي الشكل .

**التشريح المرضي المناعي :** يتصف بوجود أضداد بشكل رئيسي IgG ، $C_3$ في الأحياز ما بين الخلايا البشروية بالومضان المباشر . وغالباً ما نجد سلبية أضداد IgG الجوالة في المصل .

**السير :** مزمن وناكس ، دون شفاء عفوي .

**المعالجة :** يستجيب جيداً للمعالجة بالستيروئيدات القشرية وبمقدار ١٠٠ – ١٥٠ ملغ يومياً . ويستجيب للسولفون في بعض الحالات .

### الفقاع المشبه بالحمامى الحلقية Pamphigus Resembling Erythema Annulare :

يأخذ هذا الشكل آفات شبيهة بالحمامى الحلقية ويتراءى

بحويصلات كبيرة أو صغيرة تتوضع على هيئة حلقة أو إكليل حمامي .

**التشريح المرضي النسجي** : تشكل فقاعي بشروي نموذجي مع انحلال أشواك سطحي .

**الومضـــان المنـــاعي النسجي** : تتوافق الموجودات بالطريقة المباشرة وغير المباشرة مع الفقاع الشائع .

**المعـــالجـة** : معـــالجـة مختـلطـة حيث يعطى الســولفـون ١٥٠ ــ ٢٠٠ ملغ يومياً مع كمية متوسطةمن الستيروئيدات القشرية ٤٠ ــ ٦٠ ملغ بريدنيزولون يومياً .

### الفـقـــاع المشبـــه بـالمـذح Pamphigus Resembling Intertrigo :

قد يقلد الفقاع المذح عند الأشخاص المتقدمين بالسن . ويؤدي لحدوث تآكلات في الثنيات تحت الثديين أو الحفرتين الإبطيتـــين ممـــا يسبب الوقوع في الخطـأ في تشخيص هذه الحالات . لا يستجيب للمعالجة بمضـادات المبيضـات البيض وهي ســـلبيــة . ويوضـح التشخيص بنـاءً على المـوجودات النسجيـة ، وتشبـه الموجودات النسيجيـة موجودات الفقـاع الورقي ، ويجب نفي مرض هايلي ــ هايلي .

**التشريح المرضي المناعي** : تكشف الطريقة المباشرة ومضان ما بين الخلايا المالبيكية في الأحياز ما بين الخلايا البشروية . بينما تبين الطريقة غير المباشرة وجود أضداد من نوع IgG بعيارات خفيفة .

**السير** : يلاحظ حدوث اندفاعات فقاع شائع نموذجي خلال سير المرض وأثناء الهجمات .

**المعـالجة** : السـولفون غير مفيد في معـالجتـه . ويعـالج بنفس معالجات الفقاع الشائع حيث يمكن إعطاء الستيروئيدات بمقدار ١٠٠ مـلغ يـوميـاً مشـــتركة مع الأزاثيـوبـرين وبمقــدار ١٠٠ ــ ١٥٠ ملغ يومياً .

## مشاركة الفقاع والفقاعاني الفقاعي :

توجد في هذه الحالات النـادرة جداً حويصـــلات منحلة الأشواك من الناحية النسيجية ، وأضداد جوالة في الطريقة غير المبـاشرة الومضـانية وأضداد ما بين الخلايا البشروية بالطريقة المباشرة ، وتترافق بأضداد مضادة للغشاء القاعدي .

### الفقاع التبقي Pamphigus Vegetans :

**التعريف** : شكـل خاص من الفقـاع الشـائع يتصف بآفات حليمومية متنبتة عند مرضى لديهم مقاومة نسبية للمرض . ويميز منـه نموذجـين : نموذج نيـومان Neumann ونموذج هالوبو Hallopeau .

### الفقاع التبقي نموذج نيومان [ Neumann type 1876 ] :

يتشبكل هذا النموذج خلال سير الفقاع الشائع إما بشكل عفوي أو ينجم عن المعالجة بالستيروئيدات القشرية . يبدأ غالباً بحويصـــلات طرية بيضـــاء ، تتمزق بســرعة وتتشكـل نموات حـليموميـة أو ما يسمى بالتنبتـات Vegetations . تشـــاهد الآفـات خـاصـــة في الثنيـات التي تصـــاب بالمذح عادة ( في الصوارين ، الطية الأنفية الشفوية والمناطق الفرجية والشرجية وفي الثنيات الإبطية والأربية ) . ( راجع الشكل ١٥ ــ ٧ ) . هذه المناطق التي تتسحج وتعتبر ملائمة لنمو الجراثيم والمبيضات البيض وحـدوث الآفات الالتهـابيـة الضخامية . وغالباً ما نجد بقايا نفاطات حول السطح المتأَلل الناز ، أو نجد تنبتاً غير مغطى بالجلب . تجف الآفات وتأخذ سطوحاً ثؤلولية مفرطة التقرن مع تشققات مؤلمة .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد نفاطة فوق قاعدية منحلة الأشواك مع شواك وتحلم شديدين ، وتشاهد غالباً خراجات صغيرة Microabcesses تحتوي الحمضات .

**التشخيـص** : إجراءات التشخيص هي ذاتهـا كما في الفقـــاع الشائع .

**الإنذار** : يمكن أن يتطور إلى فقاع شائع مع حدوث نفاطات حادة . السير مزمن بشكل أطول ويؤدي المرض إلى مشـاكل علاجية كثيرة .

**التشخيص التفـريقي** : يجب تجنب الوقوع في الخطأ على أنه أورام قنبيطية منبسطة ناتجة عن الإفرنجي الثانوي . ويجب أن نضع في حسباننا أيضاً الأشكال المتنبتة من الفقاعاني الفقاعي والشواك الأسود والجلاد البرومي Bromoderma واليودي .

### الفقـــاع المتنبت نـموذج هــالوبو P. V. Hallopeau [ 1898 ] :

يشاهد هذا الشكل أيضاً في المناطق المذحية تحت الإبط وفي النـاحيـة الأربيـة ومنطقـة ما حول الشـرج . والآفات البدئية ليست نفاطات وإنما بثرات صفراء مع تكاثر حليمومي متأَلل على قاعدة من البـثرات والتآكلات وتتشكل في المحيط المتسع بثرات جديدة نموذجية للداء .

والسـطـوح المتنبتـة مؤلمـة ونازة وتميـل لإحداث الأخماج الجرثومية والفطرية وتشتم منها رائحة كريهة ، ( راجع الشكل ١٥ ــ ٨ ) .

**السير** : سيره مزمن ويمكن أن يتحول المرض إلى فقاع شائع يقود للموت .

**التشخيص التفريقي** : كما في التشخيص التفريقي لنموذج نيومان يجب أخذ الأمراض البثرية المشابهة والتؤلولية بالاعتبار أثناء وضع التشخيص .

**معالجة الفقاع التبقي** : يعالج نموذجاه السابقان معالجة جهازية كما في الفقاع الشائع ، ويحتاج نموذج هالوبو إلى كميات معتدلة من الستيروئيدات القشرية وهي كافية لتحسنه . وتستعمل أشعة X الطرية أو المعالجة الجراحية أو حقن معلق ترياميسنولون أسيتونايد بتمديد ١ : ٤ مع الليدوكائين وذلك داخل الآفة ويطبق المريض الحمامات المضاف لها المطهرات . ويمكن تطبيق الكريمات الكورتيزونية التي تحتوي الصادات ومضادات الفطور حيث قد تكون ذات فائدة ، كما أن المراهم الدهنية هي مضادات استطباب في هذه الحالات .

## الفقاع الورقي Pamphigus Foliaceus [ Cazenave 1850 ] :

**التعريف** : الفقاع الورقي شبيه جداً بالفقاع الشائع . باستثناء انحلال الأشواك حيث يتم في الفقاع الشائع فوق الطبقة القاعدية ، بينما في الفقاع الورقي فيتم في الطبقات السطحية من الطبقة الشائكة أو الطبقة الحبيبية ولهذا يكون سقف الفقاعة فيه قليل الثخانة وتنفتح بسهولة . تنز آفاته وهي ذات رائحة كريهة وتغطى بجلب ووسوف نموذجية . وكما في الفقاع الشائع ، يكشف الومضان المناعي فيه ، بطريقته المباشرة وغير المباشرة أضداداً بشروية فقاعية ، ترتبط مع غليكوبروتين الأجسام الرابطة والتي يبلغ وزنها الجزيئي ١٦٠ كيلو دالتون ( ديسموغلين I ، Desmoglein I ) موجودة في الأجسام الرابطة في الأحياز ما بين الخلايا في المناطق الجلدية المصابة .

**الحدوث** : المرض نادر المشاهدة . ويمكن مشاهدته عند الأطفال . وتحدث الإصابة عادة في الأعمار ما بين ٣٠ — ٦٠ . ويذكر أنه يصيب اليهود بنسبة أكبر .

**الإمراض** : كما هو الحال في الفقاع الشائع والموجودات في الفقاع الورقي هي نفسها كما في الفقاع البرازيلي والذي يفترض أن سببه عامل خمجي . يثار الفقاع الورقي بأشعة الشمس أو بالرضوح .

**الموجودات السريرية** : يبدأ ويتطور في أي مكان من الجلد ، ولكنه يبدأ غالباً على الفروة والوجه أو القسم الأمامي أو الخلفي من الجذع . وتنبثق الحويصلات المنبسطة الرخوة وتتعرى وتأخذ مجتمعة شكل ما يشبه الفطيرة ، وهي وسفية ومتجلبة . تؤدي إزالة الطبقات العليا من البشرة إلى تآكلات نازة ، تعطى رائحة مزعجة نتيجة تداخل الجراثيم مع المفرزات الجلدية . يتطور المرض إلى أحمرية ثانوية مع احمرار شامل تعلوه جلبات ووسوف رطبة وتكون ظاهرة نيكولسكي إيجابية عادة . ويمكن أن تؤدي الأخماج الثانوية إلى إنتان دموي . ونادراً ما تشاهد تآكلات صغيرة في الأغشية المخاطية ، ويمكن حدوث التهاب ملتحمة قيحي ( راجع الشكل ١٥ — ٩ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد النفاطات في طبقات البشرة العليا ( في الطبقات العليا من الطبقة الشائكة أو الطبقة الحبيبية ) . تحدث تغيرات بشروية ثانوية مع شواك وتحلم وفرط تقرن وكذلك خطل التقرن . وتحدث رشاحة التهابية في الأدمة مؤلفة أحياناً من أعداد كبيرة من الحمضات .

**اللطاخة الخلوية** : توجد خلايا فقاعية ( خلايا تزانك ) المأخوذة من التآكلات الفقاعية .

**المناعيات** : تبين الطريقة المباشرة ( DIF ) أضداداً فقاعية مضادة للظهارة وغالباً من نوع IgG . ولا توجد الأضداد الفقاعية الجوالة في جميع الحالات ، ويعتبر إجراء الاختبارات المتكررة بالطريقة المباشرة أمراً ضرورياً . وتشير الدراسات المناعية أن الأضداد الذاتية المصلية في الفقاع الورقي تختلف عن الأضداد الذاتية في الفقاع الشائع .

**السير** : سير الفقاع الورقي مزمن عادة . ويميل إلى السير المزمن عند الأطفال مع شفاء عفوي . وكذلك يكون سيره مزمناً ومتقطعاً عند البالغين . ويقود المرض بعد أشهر أو سنوات إلى الدنف ثم الموت في الحالات غير المعالجة ، ويترافق باضطرابات عامة ، وترفع حروري ، وأخماج ثانوية ، والتهاب رئة وقصبات ويوريمية .

**الإنذار** : إنذار المرض أفضل بوجه عام عند الفتيان منه في الفقاع الشائع ويمكن أن يكون أسوأ في سن الخمسين وبعده .

**التشخيص التفريقي** : يمكن لهذا الداء أن يشبه التهاب الجلد المثي إذا ما أصاب مركز الوجه ، أو الفروة ، أو الجذع وكذلك الذأب الحمامي تحت الحاد . تتسحج الآفات في الفقاع الورقي بسبب انحلال الأشواك ويكون للآفات رائحة خاصة .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : يعالج في البداية بالستيروئيدات القشرية لوحدها ، ثم يمكن إشراكها مع كابتات المناعة كما في الفقاع الشائع .

*المعالجة الموضعية* : ينصح بإجراء المغاطس التي يضاف إليها المطهرات والمنظفات ( برمنغنات البوتاسيوم ، أو سولفات

كحيوين ، أو المواد المهدئة ( النخالة ، دقيق الشوفان ) ، أو مواد مقبضة . ويمكن تجربة الستيروئيدات القشرية تحت ضماد كتيم ويجب مراقبة الأخماج الجرثومية والفطرية الثانوية ومعالجتها .

**الفقاع الحمامي Pemphigus Erythematosus** [ Senear and Usher 1926 ] :

*المرادفات* : الفقاع المثي ، متلازمة سينز – أوشر .

**التعريف** : يعتبر الفقاع الحمامي شكلاً موضعاً من الفقاع الورقي من الناحية السريرية والنسجية ومتشاركاً مع الذأب الحمامي .

**الإمراض** : يتوافق بإمراضه مع ما ذكرناه عن إمراض الفقاع الورقي ويعتبر المرض متشاركاً مع الذأب الحمامي حيث نجد ، بالإضافة إلى الأضداد الفقاعية ، أضداداً مضادة للنوى ( ANAs ) . يتفاقم الداء بأشعة الشمس والرضوح والأدوية ( مثال : البنسلامين ، الكابتوبريل ، بروبرانولول ، نابروسين ، تيازيدات ) .

**الموجودات السريرية** : المرض نادر جداً ، وينحصر توضعه في الأماكن المثية كالوجه ، والفروة ، والصدر ، والظهر ، ويمكن أحياناً تواجد بعض البقع المتناظرة . وتشبه الملامح السريرية للآفات في الوجه كلاً من آفات الإكزيمة المثية Seborrheic Eczema ، أو آفات الذأب الحمامي الجلدي المزمن ( SCLE ) على الظهر والصدر وتميل آفات المرض إلى التجلب وحدوث التآكلات السطحية ، وتشبه بذلك الفقاع الورقي . ولا تصاب الأغشية المخاطية ، بينما تكون الأعراض الشخصانية خفيفة .

**التشريح المرضي النسجي** : التشريح المرضي في الفقاع الحمامي كما هو في الفقاع الورقي وتوجد رشاحة أدمية ، ويثخن الغشاء القاعدي الملون بالباس كما في الذأب الحمامي .

**اللطاخة الخلوية** : توجد خلايا فقاعية متعددة ، وعدلات ، وخلايا خلل التقرن .

**التشريح المرضي المناعي** : تظهر الطريقة المباشرة DIF وجود أضداد فقاعية ضد ظهارية من نوع IgG في الأحياز ما بين الخلايا وعلى سطح الخلايا المنحلة الأشواك ، وكذلك وجود أضداد متجانسة متوزعة على الغشاء القاعدي تحت البشرة ( شريط الذأب ) في ٨٠٪ من الحالات . ويمكن أن نجد الأضداد المضادة للنوى ANAs في ٣٠٪ من الحوادث . ونجد بالومضان المناعي غير المباشر IIF ، أضداداً فقاعية وأضداداً مضادة للنوى في المصل ، وإذا كانت النتائج سلبية يعاد الاختبار بفاصل ٢ – ٣ أسابيع .

**السير** : قد يبقى الداء موضعاً ، ولكن يمكن أن يتطور إلى فقاع ورقي . وفي كثير من الأحيان يتشارك مع أمراض مناعية ذاتية ، كوهن العضلات الوبيل أو ورم التوتة أو الذأب الحمامي المجموعي .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن الإكزيمة المثية ( التهاب الجلد المثي ) ، وعن الذأب الحمامي القريصي أو الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد ، وتعتبر الموجودات النسجية والمناعية النسجية ذات أهمية حاسمة .

**المعالجة** : تستطب الستيروئيدات الجهازية فقط في الحالات الشديدة كي تحسن الآفة ، وتعطى بعيارات معتدلة ٦٠ – ٩٠ ملغ بردنيزولون ، أو ما يعادلها ، وتشارك مع الكلوروكين كما في معالجة الذأب الحمامي . ويمكن استعمال كابتات المناعة كما في الفقاع الشائع . ونحصل على نتائج جيدة بتطبيق الستيروئيدات القشرية وخاصة تحت ضماد كتيم . ويمكن حقن محلول التريامسينولون أسيتونوئيد في الآفات ( ١٠ ملغ تمدد بنسبة ١ : ٤ مع ١٪ من مخدر موضعي ) . ويوقى الجلد من الشمس .

**الفقاع البرازيلي Brazilian Pemphigus** :

*المرادفات* : الفقاع الورقي البرازيلي ، النار المتوحشة Fogo Selvagem .

**التعريف** : المرض شديد الشبه بالفقاع الورقي .

**الحدوث والتواجد** :يعتبر الداء مستوطناً في منتصف وغرب البرازيل وكذلك في شمال الآرجنتين والبارغواي وبوليفيا وفنزويلا . وكثيراً ما يشاهد الحدوث العائلي ، وتكثر إصابته للفتيات الشابات تحت سن ٣٠ ( ٦٥٪ من جميع المرضى و ١٥٪ عند الأطفال ) . وأكثر ما يتواجد الداء في المناطق الرطبة الحارة كثيرة الغابات ، ويصيب البائسين كثيراً . يفترض فيه السبب الخمجي وخاصة حمة راشحة تنتقل عن طريق المفصليات ، ولكن لم يثبت هذا الافتراض بعد .

**الموجودات السريرية** : تتشكل فيه حويصلات منبسطة على قاعدة حمامية تنفجر وتغطى بجلب ووسوف ، وتميل للتوضع في مناطق الوجه ، الرأس ، الصدر والظهر . وقد تبقى الآفات مستمرة بالتشكل لبضع سنوات ويمكن أن يتعمم إلى أحمرية ( احمرار الجلد ) تحمل صفات الفقاع الورقي ولا تصاب فيه الأغشية المخاطية ، يعاني المرضى من حس حرق في الجلد عندما يتكامل الداء ، ولهذا يسمى بالنار المتوحشة ، وتكون علامة

نيكولسكي I إيجابية في مناطق الإصابة من الجلد .

**السير** :نسبة الوفاة فيه ٥٪ . ويعافى المرضى بنسبة تفوق ٥٥٪ بمعالجتهم بالستيروئيدات القشرية جهازياً خلال ٢ – ٤ سنوات ، ويحتاج الآخرون إلى فترة معالجة بالستيروئيدات القشرية الجهازية لفترة طويلة .

**التشريح المرضي النسجي** : كما هو الحال في الفقاع الورقي .

**اللطاخة الخلوية من الحويصلات** : توجد خلايا فقاعية ( خلايا تزانك ) .

**المناعيات** : تظهر طريقة الومضان المناعية المباشرة وجود أضداد فقاعية ضد ظهارية . ونجد بالطريقة غير المباشرة الأضداد الفقاعية بعيارات عالية مقارنة مع الفقاع الشائع والورقي ، ولا يعرف سبب هذه الزيادة . وتتوافق هذه العيارات العالية من الأضداد مع شدة الداء .

**المعالجة** : كان انذار الداء في الماضي سيئاً جداً قبل اكتشاف الستيروئيدات القشرية . يعطى الستيروئيدات جهازياً في البدء ٦٠ – ٩٠ ملغ يومياً من البريدنيزولون وحتى يتحسن الداء . ويخفف الدواء ببطء وحتى جرعة صيانة ٥ – ١٠ ملغ والتي قد تعطى كل ٢٤ – ٤٨ ساعة ، ومدة المعالجة وسطياً هي ٢ – ٤ سنوات . وتعالج الأخماج الثانوية بما يناسبها . وتعالج الآفات البدئية الصغيرة كما في معالجة الفقاع الورقي ، ويمكن استخدام كابتات المناعة كما في الفقاع الشائع .

## الفقاع المزمن العائلي الحميد Benign Familial Chronic Pemphigus [ Haily and Haily 1939 ] :

*المرادفات* : داء هايلي – هايلي

**التعريف** : مرض عائلي لا صلة له بالفقاع الشائع ، أو الفقاع الورقي ، أو الأشكال الأخرى من الفقاع . يورث بصبغي جسدي سائد مع نفوذية جينيه Gene متبدلة ، وقد توجد حالات معزولة . سجل تشارك الداء بالنمط $HLA-B_8$ . المرض نادر وتثيره الرضوح أو الشمس أو ارتفاع الحرارة أو البرد أو الأخماج الجرثومية . وقد افترض ترافقه مع داء داريه .

**الإمراض** : وبسبب خلل التقرن Dyskeratosis . يفترض أن مرض هايلي – هايلي ما هو إلا شكلاً حويصلياً من مرض داريه . ويوجد في كلا المرضين ( داريه وهايلي – هايلي ) انحلال أشواك وخلل تقرن ، وقد يتواجد المرضان معاً . يبدو بالمجهر الألكتروني وجود خلل بتشكل الخيوط الموترة والجسيمات الرابطة ، وفي تركيب المادة ما بين الخلايا في البشرة . ويبدو من الواضح أن مرض هايلي – هايلي يتسبب عن عيب مورثي في تمايز البشرة تثيره عوامل خارجية كالرضوح ، أو أشعة الشمس ، أو الحرارة ، أو التماس الأرجي أو الأخماج الجرثومية ( جراثيم أو فطور ، والأغلب بالمبيضات البيض ) .

**الموجودات السريرية** : تتشكل حويصلات منفردة أو مجتمعة ، متلاقية مع بعضها عكرة المحتوى ، وذلك في المناطق التي تتعرض للاحتكاك كثيراً في سن المراهقة أو في سن اليفع الباكر . وتوضعاته الانتقائية هي المناطق التي يحدث فيها المذح : الوجه الوحشي للعنق ، تحت الإبط ، الناحية الأربية أو حول الشرج ( راجع الشكلين ١٥ – ١٠ و ١٥ – ١١ ) . وقد يصادف في منطقة واحدة أو أكثر . تتصف الآفات بأنها بقع عليها وسوف وجلب تشبه الإكزيمة مع تشققات بشروية . وتكون البقع دائرية حاكة ، أو بيضوية متحلقة ، وتكون الإصابات محددة نازة ، ذات رائحة مزعجة أحياناً عليها تشققات بشروية . وتميل هذه البقع لتشكيل سطوح منبسطة متبنة لحد ما . ونجد في محيطها ميلاً للاتساع حيث توجد حويصلات محيطية عكرة خاصة بها . يميل المرض للتحسن المؤقت ومن ثم النكس . وتكون علامتا نيكولكسي I و II إيجابيتين في المناطق المصابة .

**الأعراض** : لا توجد أعراض جهازية ، يشكو المرضى من حس تخريش موضع وحكة . تتواجد حطاطات مبعثرة على الراحتين أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : انحلال أشواك واضح في بشرة فيها أشواك وتشكل فلوح فوق الطبقة القاعدية يؤدي إلى عدم انتظام في توضع الخلايا البشروية ، حيث تأخذ ما يشبه الحائط المتهدم . ويتم انحلال الأشواك فوق الطبقة القاعدية ، وفوق ذرى الحليمات ويوجد أيضاً انحلال أشواك جزئي وتحول بعض الخلايا المنحلة إلى خلايا خلل التقرن ، ( وهذه الخلايا المقرنة اليوزينية لها نوى متغلظة Pyknotic وتسمى الجسيمات المدورة ) وخاصة في الطبقة الحبيبية لا يوجد تسرب في العدلات ولا يوجد حمضات في داخل الحويصل .

**اللطاخة الخلوية من الحويصل** : توجد بعض خلايا منحلة الأشواك وخلايا عسيرة التقرن .

**المناعيات** : لا توجد أضداد فقاعية لا في الجلد ولا في المصل .

**السير** : مزمن وناكس مع فترات من التحسس وقد يختلط المرض بالأخماج الثانوية .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن نفرق بين المذح والإكزيمة المذحية وبين مرض هايلي – هايلي . يشير السير الزاحف النابذ والهامشي إلى السعفة الأربية وتنفى الإصابة بالفقاع التبتي الذي يصيب الفم بالفحوص النسجية والومضانية . ويثير داء داريه

صعوبة في التفريق بينه وبين داء هايلي – هايلي ، وخاصة من الناحية النسجية ، غير أن داء داريه يتصف بحطاطات جريبية كافة أولية ، وله توضعاته الخاصة به أيضاً .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* تعطى الستيروئيدات الجهازية بمقادير معتدلة وذلك بالحالات الشديدة . ويفيد إعطاء الصادات التي تنتخب تبعاً للمشعر المردي لزروع الجراثيم الموجودة في الآفات . يمكن تجريب الأترتينيات أو إيزوترتينون. ( ويفيد السولفون في بعض الحالات – المترجم ) .

*المعالجة الموضعية :* يمكن تجربة الستيروئيدات موضعياً مع الصادات المنتخبة . وقد تفيد مغاطس برمنغنات البوتاسيوم ، وتضييق صبغة كاستلاني . يجب تجنب محرشات المرض كالحرارة والشمس والاحتكاك والأخماج الثانوية . وينبغي الانتباه إلى خمج المبيضات البيض التالي للمعالجة المديدة بالستيروئيدات الموضعية . تعتبر المعالجة الشعاعية الطرية ذات فائدة ( ثلاث مرات ٢ – ٣ Gy مع مراشح ٠,٢٥ – ٠,٥ ملم بفواصل أسبوعية ) . كما ذكرت حالات من الشفاء التام بعد استئصال الآفات بكاملها وإجراء طعوم مكانها .

### جلاد انحلال الأشواك العابر Transient Acantholytic Dermatosis [ Grover 1970 ] :

*المرادفات :* داء غروفر ، انحلال الأشواك الحطاطي .

**التعريف :** يتصف هذا المرض بانحلال أشواك وخلل تقرن يصيب الكهول ويتراجع عفوياً .

**الحدوث :** المرض غير نادر ، يصيب الرجال أكثر من النساء بثلاث مرات ويصيب الأعمار فوق ٤٠ سنة ، مع ذروة للإصابات حوالي الستين ، وغالباً ما يبدأ شتاءً ، وأحياناً بعد التعرض المفرط لأشعة الشمس .

**الإمراض :** لا توجد دلائل على وجود وراثة أو صلة لهذا بداء داريه أو بالأخماج ، وغالباً ما يشاهد انعدام الزهم لدى المرضى Asteatosis .

**الموجودات السريرية :** تتناثر الآفات على الجذع ( راجع الشكل ١٥ – ١٢ ) ولكن قد تتواجد في مناطق الأليتين والأطراف خلال سير الداء . يتظاهر الداء بحطاطات مبعثرة متقرنة طرية أو سطوح متجلبة ، وأحياناً قد نجد حطاطات حويصلية أو حطاطات ناتحة . ولهذا يمكن القول ، إن التظاهرات الجلدية تختلف من مريض إلى آخر إلى حد ما . وتميل الاندفاعات لتشكيل مجموعات ، ويشكو المرضى من الحكة .

**التشريح المرضي النسجي :** يتصف المرض تشريحياً مرضياً بانحلال أشواك في البشرة . ويمكن أن تكون النفاطة المنحلة الأشواك فوق الطبقة القاعدية أو تحت الطبقة المتقرنة ، وقد تترافق بالسفاج مع تنكس خلوي بشروي ، وخلل تقرن في بعض الحالات . ولهذا نجد اختلافاً في الموجودات التشريحية المرضية من مريض إلى آخر ، ومن خزعة إلى أخرى ، عند نفس المريض . ويشبه التشريح المرضي ، بوجه عام ، أربعة أمراض أخرى ، وهي : داء داريه ، داء هايلي – هايلي ، الفقاع الشائع أو الفقاع الورقي ، والتهاب الجلد المنحل الأشواك السفاجي .

**اللطاخة الخلوية من الحويصلات :** لا توجد الخلايا المنحلة الأشواك الفقاعية دوماً .

**التشريح المرضي المناعي :** لا تشير الطريقة المباشرة وغير المباشرة إلى وجود أضداد فقاعية لما بين الخلايا المالبيكية ، أو وجود أية أضداد أخرى . غير أنه وجد أحياناً ترسب IgG أو $C_3$ في الأحياز ما بين الخلايا البشروية .

**السير :** كما يشير إليه اسمه ، فهو مرض عابر . يتراجع خلال أسابيع أو أشهر . ولكن قد يبقى فترة أطول عند المسنين ( جلاد انحلال الأشواك الحطاطي الثابت ) . قد يثار المرض بالتعرض للشمس . والخلاصة يبقى داء غروفر مدة شهرين وسطياً ولكن قد يبقى لسنوات ( انحلال الأشواك الحطاطي ) .

**التشخيص التفريقي :** يدخل في تشخيصه التفريقي الحكاك تحت الحاد البسيط Subacute Prurigo Simplex ( الشرى الحطاطي عند البالغين Strophulus Adultorum ) ، داء الحطماوات Trombiculiasis ، الجرب ، التهاب الجريبات الشعرية ، الإكزيمة الجريبية ، والدخنية الحمراء ، وخاصة في حالة توضعها على الجذع لدى المتقدمين في السن . ويجب نفي التهاب الجلد الحلئي الشكل أيضاً .

أما جلاد انحلال الأشواك الحطاطي الذي وصفه وينكلمان ١٩٧٦ ، فيرجح أنه شكل حطاطي مزمن من هذا الداء .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* تعطى الستيروئيدات القشرية بمقادير قليلة ، خاصة الترايامسينولون بمقدار ٢ – ١٢ ملغ يومياً ، وقد تبين أنها تزيل التخريش وتكبت التفاعل الالتهابي ، ويمكن تجربة مضادات الهستامين . ويمكن إعطاء الرتينوئيدات ( الاترتينيات أو إيزوتريتينون بمقدار ٤٠ ملغ/باليوم .

*المعالجة الموضعية :* تطبق الرفادات الرطبة الحاوية على الرهيمات الستيروئيدية الخفيفة ودهونات Lotion الزنك . وتتحسن

بعض الحالات بشكل حسن بالتعرض للأشعة فوق البنفسجية أو المعالجة بالبوفا PUVA للتخفيف من الحكة .

### الأمراض الفقاعانية Pemphigoid Diseases :

تعتبر الأمراض الفقاعانية من الأمراض الفقاعية ، وتشبه سريرياً الفقاع الشائع ، ولم تكن في الماضي تميز عنه . وقد أصبح من المعروف الآن أن لا صلة للأمراض الفقاعانية مع الفقاع الشائع أو أشكاله الأخرى . تتصف هذه المجموعة المرضية باندفاعات حويصلية أو فقاعية ، ويحدث فيها انفصال تحت بشروي ، حيث يفقد الاتصال بين البشرة والأدمة . وعادة ما تكون ا لنفاطات متوترة ( الفقاعات المتوترة ) ، ولا يوجد فيها انحلال أشواك ، لأنه من خلال دراسة اللطاخة الخلوية من النفاطات ، لا نجد خلايا فقاعية منحلة الأشواك . أي أن خلايا تزانك سلبية .

يحدث الانفصال البشروي الأدمي ( النفاطة تحت البشروية ) بسبب الأضداد النوعية الموجهة ضد مكونات نوعية في الغشاء القاعدي ( أضداد فقاعانية أو أضداد مضادة للغشاء القاعدي Anti – BMZ ) . ويمكن كشفها بطريقة الومضان المناعي المباشر في الغشاء القاعدي ، وكذلك يمكن كشفها من مصل معظم المرضى وذلك بالومضان المناعي غير المباشر وتضم هذه المجموعة المرضية :

- الفقاعاني الفقاعي .
- الفقاعاني الندبي .
- الحلأ الحملي .

### الفقاعاني الفقاعي Bullous Pemphigoid [ Lever 1953 ] :

**التعريف** : يصيب المرض عادة المسنين ، وهو مرض مزمن سليم نسبياً سيره محدود ، يتصف باندفاعات نفاطية متوترة تحت بشروية على جلد سليم أو على قاعدة التهابية .

**الحدوث** : لا تتعلق الإصابة بهذا الداء بالعرق أو الجنس . ولا يترافق بمستضد نسجي نوعي معين ، بعكس التهاب الجلد الحلئي الشكل حيث يترافق بـ $HLA-B_8$ . غالباً ما يصيب الأشخاص المسنين ، فوق سن السبعين ، ونادراً في الطفولة المتأخرة ( الفقاعاني الفتوي Juvenile Pemphigoid ) .

**الإمراض** : أسباب المرض غير واضحة . ولكن الموجودات المناعية توحي بأنه مرض مناعي ذاتي يتصف بوجود أضداد ذاتية مصلية موجهة ضد بنى منطقة الغشاء القاعدي . ولقد بينت الدراسات الكيميائية – الحيوية أن هذه الأضداد الذاتية تتفاعل مع بروتينات ذات وزن جزيئي عالٍ وزنها حوالي ٢٣٠ كيلو دالتون تركبها خلايا البشرة . هذا ولقد تم معرفة المستضدات الفقاعانية حديثاً . ومن المقبول حالياً أن حدوث الفقاعة الالتهابية تحت البشروية يتم نتيجة تفاعل الضد مع المستضد وبالتالي تفعيل جملة المتممة . ومن الملاحظ أن الفقاعاني قد يكون من المتلازمات المواكبة للتنشؤات ، حيث قد نجد سرطانة الموثة عند المسنين المصابين به ، أو قد نجد خباثات أخرى . وقد تكون الأضداد المضادة للغشاء القاعدي قد أنتجت لتكون مضادة لنسيج السرطانة الذي يعتبر جسماً غريباً . ويمكن أن يحدث الفقاعاني الفقاعي بسبب الأدوية كالسالزوسولفابيريدين ، والبنسلين ، والفورسمايد ، والديازيبام أو حتى ٥ – فلوروبوراسيل موضعياً . ويمكن أن تحدثه أشعة X أيضاً .

أما ترافقه مع أمراض أخرى ناجمة عن مناعة ذاتية فهو أمر وارد : كالتهاب العضلات ، أو الفقاع الشائع ، أو التهاب الجلد الحلئي الشكل ، أو الذأب الحمامي المجموعي ، أو التهاب القولون القرحي ، أو التهاب الكلية ، أو التهاب المفاصل أو الحزاز المسطح أو الصداف . ولا يعرف حتى الآن عامل خمجي مسبب له .

**الموجودات السريرية** : تميل النفاطات في الفقاعاني للتوضع بشكل متناظر وذلك في العنق ، الحفرة الإبطية ، الثنية الأربية ، جانبي الفخذين وأعلى البطن . ( راجع الشكل ١٥ – ١٣ ) . تنشأ الحويصلات أو الفقاعات ذات المحتوى الرائق على جلد سليم ، أو على قاعدة حمامية مرتفعة قليلاً على الأغلب ، وتأخذ أشكالاً مختلفة . وتشبه الأعراض في البداية الحمامى عديدة الأشكال . وبعد فترة قد يصبح محتوى الفقاعات مدمى وذلك بسبب تخرب الشعريات الحليمية أثناء تشكلها . ولهذا نجد الجلب مدماة . وإن فقاعات الفقاعاني أكثر مقاومة للتآكلات ، من فقاعات الفقاع الشائع ، وتشفى هذه التآكلات من المحيط عادة . تنفجر فقاعات الثنيات بسرعة أكبر بسبب التعطين والاحتكاك . وقد يشبه توضع الحويصلات غير المنتظم ، التهاب الجلد الحلئي الشكل .

يمكن أن تكون علامة نيكولسكي I إيجابية في محيط الفقاعات أما علامة نيكولسكي II ، فهي إيجابية عادة ، أي إذا ما ضغطت الفقاعة يتوزع محتواها أفقياً وذلك بسبب الانفصال البشروي – الأدمي .

يمكن أن نلاحظ حويصلات أو تآكلات دون ترسبات فبرينية ( ليفينية ) ليفية على الأغشية المخاطية للفم وذلك في ٢٠ – ٣٠٪ من المرضى . وتشفى ببطء عادة . أما إصابة الأغشية المخاطية الأخرى في الحنجرة ، والبلعوم ، والملتحمة ،

وخصوصيات تحسسية فهي نادرة جداً .

**الأعراض** : تكون التآكلات والحكة في الآفات الباكرة مؤلمة ، وقد تحدث حكة قبل ظهور الاندفاعات ببضعة أشهر . وتبقى حالة نعمة جيدة . وقد يفقد المريض شهيته خلال سير المرض وكل قوته . وبالتالي ينقص وزنه ويصاب بالضعف العام . وقد يصاب بالترفع الحروري ، وبفقر دم ثانوي ، وكثرة الكريات البيض ، وارتفاع طفيف في الحمضات ، وارتفاع في سرعة التثفل . وهذه جميعها نموذجية لهذا المرض . وقد تقل كمية الألبومين في المصل ويرتفع IgE المصل في ٦٠٪ من الحالات ولا يلاحظ تغيرات حيوية كيميائية نوعية في الأحشاء الداخلية .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد الحويصلات الدقيقة بين البشرة والأدمة ، ويتألف سقف الفقاعة تحت البشروية من كامل البشرة ودون تأذيها أو دون تغيرات في خلاياها . تحتوي الفقاعات مصلاً ولييفات فيبرينية ، وأعداداً من الحمضات . وقد توجد الحمضات في البشرة أيضاً . وتبدي الأدمة التهاباً وعائياً مع توذم في بطانتها ، وثخانة في جدران الشعيريات ، ورشاحة التهابية مؤلفة من لمفاويات وعدلات مع تكسر خفيف في الكريات البيض وأعداد مختلفة من الحمضات . وقد نجد أحياناً تجمعات محدودة من المعدلات والحمضات في الحليمات الأدمية والتي تشبه الخراجات الصغيرة . ويبين المجهر الالكتروني حدوث الانفصال البشروي الأدمي في الصفيحة الصافية ، بين الغشاء الهيولي للخلايا القاعدية وبين الصفيحة الكثيفة في الغشاء القاعدي وذلك في موضع تواجد المستضد .

**اللطاخة الخلوية من الفقاعات** : لا توجد خلايا منحلة الأشواك ،وهذا يعني سلبية خلايا تزانك .

**التشريح المرضي المناعي** : يكشف الومضان المناعي المباشر ترسباً خطياً متجانساً من الغلوبولينات المناعية ، وبشكل رئيسي IgG ، والمتممة $C_3$ على الغشاء القاعدي في منطقة الصفيحة الصافية تحت البشرة في الفقاعة أو بجانبها . ويكشف الومضان المناعي غير المباشر وجود أضداد جوالة في المصل ، مضادة للغشاء القاعدي ، وذلك في ٧٠ – ٨٠٪ من الحالات . وهذه الأضداد الفقاعانية هي من نوع IgG وترتبط بالمتممة . لا يوجد توافق بين عيارات الأضداد في المصل وفعالية المرض . ( راجع الشكل ١٥ – ١٤ ) .

**سير المرض** : سير الفقاعاني الفقاعي مزمن مع هدآت وسورات وذلك لبضعة أشهر أو سنوات . ويمكن أن يشفى الداء عفوياً دون معالجة . والوفيات فيه أقل مما هي في الفقاع الشائع . ويفترض أن تبلغ نسبتها ٤٠٪ وتحدث في سياق المضاعفات الثانوية كالأخماج الجرثومية ( مثل : التهاب القصبات والرئة ، وإنتان الدم ) .

**الإنذار** : يجب وضع الإنذار بحذر ، وخاصة بالنسبة للمرضى متقدمي السن .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الفقاعاني عن الفقاع الشائع والتهاب الجلد الحلئي الشكل ، ( انظر الجدول ١٥ – ٤ ) ؛ وعن الحمامى عديدة الأشكال وهي مرض حاد ويندر أن تصيب المتقدمين بالسن . ويجب تفريقه عن الطفح الدوائي عديد الأشكال . كما يجب التفكير بالجلاد الفقاعي الذي يصيب السكريين ، وخاصة إذا كانت اندفاعاته الفقاعية محدودة وتوضعت على الساقين .

يوضع تشخيص الفقاعاني الفقاعي استناداً للقصة المرضية ، وعمر المريض ، وتظاهرات الداء السريرية الوصفية ، وبناء على الفحوص التشريحية المرضية لنفاطة حديثة ، والموجودات المناعية الموافقة .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى الستيروئيدات القشرية عن الطريق العام ، وتعطى بمقادير أقل مما هي عليه في الفقاع الشائع نظراً لأن الفقاعاني يصيب الطاعنين بالسن عادة ولسيره السليم نسبياً . ويكفي عادة ٤٠ – ٨٠ ملغ من البردنيزولون أو ما يعادلها من الستيروئيدات الأخرى كالمتيل بردنيزولون ، الفلوكورتولون ، لتحسن الداء في أغلب الحالات . ويجب الانتباه إلى التأثيرات الجانبية للستيروئيدات الجانبية بسبب عمر المريض . عندما يتحسن الداء تخفض الستيروئيدات حتى الوصول إلى جرعة الصيانة المناسبة . يمكن إضافة كابتات المناعة كالأزاتيوبرين ( ١٠٠ – ١٥٠ ملغ يومياً ) للوصول إلى التحسن . وينصح باستعمال الميتوتركسات ( مرة أسبوعياً ٢٥ – ٥٠ ملغ عن طريق الوريد ) مفرداً أو مشتركاً مع الستيروئيدات . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار إمكانية التداخل الدوائي والإخلال في النظام المناعي للمسنين ، حيث يعود ذلك إلى أخماج جرثومية وفطرية ثانوية . وقد استعملت أيضاً السولفاميدات ( السولفابيريدين ٣ – ٦ غ يومياً ) ، أو السولفون ( دابسون ) بمقدار ٥٠ – ١٥٠ ملغ يومياً . واستجابت بعض الحالات للمعالجة بالتراسكلين بمقدار ٥٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً ، أو مشركة مع النيكوتيناميد ٥٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً ، كما استجابت للمعالجة بالإريترومايسين .

*المعالجة الموضعية* : تطبق المطهرات خارجاً كالأصبغة أو المحاليل المطهرة الأخرى . يمكن تطبيق الصادات موضعياً ، وتجرى

للمريض حمامات تضاف لها المطهرات . ويمكن تطبيق الشاش بالفازلين للمناطق التآكلية الواسعة . وتعتبر الضمادات الجراحية الحديثة ذات فائدة كبيرة .

### أشكال خاصة نادرة من الفقاعاني الفقاعي :

**الفقاعاني الفقاعي الحمامي والوذمي Erythematous and Edematous B. P.** : هذان الشكلان شائعان نسبياً ويشبهان الحمامى عديدة الأشكال أو الشرى المزمن ، وقد تكون الحويصلات غير موجودة في البداية .

**التشريح المرضي النسجي** : يتصف بفقاعة تحت بشروية ، وتوضع IgG والمتممة $C_3$ بشكل خطي نموذجي على الغشاء القاعدي بالطريقة المباشرة . وقد نحتاج لإجراء عدة خزعات لهذا الغرض . وتكشف الأضداد الفقاعانية المصلية الجوالة في ٣٠٪ من الحالات .

**الفقاعاني الفقاعي الحويصلي** [ Bean et al 1976 ] :

هذا الشكل نادر المشاهدة جداً ويتظاهر بحويصلات فقط تتوضع على الجذع ، ولكن قد تشاهد في أي مكان آخر وخاصة على الأطراف . ويؤدي إلى حكة وحرقات شديدين . ويشبه المرض التهاب الجلد الحلئي الشكل . ويرجح حالياً أن هذا الشكل الحويصلي ما هو إلا جلاد IgG الخطي .

**التشريح المرضي النسجي والمناعي** : الموجودات النسجية والمناعية هي نفسها المشاهدة في الفقاعاني الفقاعي .

**المعالجة** : لا يستجيب هذا الشكل للسولفون ، وإنما يستجيب للستيروئيدات القشرية فقط ، ومن المحتمل مشاركتها مع كابتات المناعة .

**الفقاعاني الفقاعي الموضع Localized B. P.** :

هذا الشكل مزمن ، يصيب بصورة رئيسية المسنين . ويتوضع في عدة مناطق من الجلد كالفروة أو الساقين بشكل متناظر غالباً . ولكن أكثر توضعاته هي على الساقين . وتتشكل فيه فقاعات كبيرة غير عرضية على جلد سليم . ولا يحدث تعمم فيه .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد حويصلات تحت بشروية والموجودات المناعية هي نفسها المشاهدة في الفقاعاني الفقاعي ولكن ليس في كل حالة . ويكشف توضع IgG في الغشاء القاعدي والمتممة بالطريقة المباشرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن الفقاعاني الندبي الذي يصيب الفروة والعين ، وبشكل رئيسي عند المسنين من الذكور ( راجع الفقاع الندبي ) .

**المعالجة** : يعالج بنفس الإجراءات المتبعة في الفقاعاني الفقاعي . وإن تطبيق الستيروئيدات على شكل رهيم تحت ضماد كتيم يعطي نتائج جيدة .

**الفقاعاني المثي Seborrheic Pemphigiod** [ Schnyder 1969 ] :

أكثر ما يصيب هذا الشكل النساء المسنات ، ويأخذ سريرياً مظهر الفقاع المثي الحمامي ( مرض سنز – اشر ) . ويبدي التشريح المرضي فقاعة تحت بشروية . ويكشف الومضان أضداداً مضادة للغشاء القاعدي ، وعلى الأغلب من نوع IgG . ويغلب كشف الأضداد الجوالة في المصل ، وتكون عياراتها منخفضة ($\frac{١}{٤٠}$ أو $\frac{١}{٨٠}$) في غالبية الحالات . هذا وإن ارتفاع الحمضات في الدم المحيطي ليس نادراً .

**المعالجة** : أفاد الميتيل بردنيزولون في الحالات القليلة المشاهدة من هذا الداء . ويمكن تخفيض الجرعة بسرعة بعد التحسن .

**الفقاعاني الفقاعي التنبتي Vegetating B. P.** [ Winkelmann and Su 1979 ] :

*المرادفات* : الفقاعاني التنبتي .

**الأمراض** : يرجح أن الفقاعاني الفقاعي في مناطق الثنيات يميل إلى التنبت الذي يعزى إلى الخمج الجرثومي الثانوي .

**الموجودات السريرية** : هذا الشكل نادر جداً . ويعطي مظهره السريري انطباعاً بالإصابة بالفقاعاني الفقاعي والفقاع التنبتي . تكون الآفات متقيحة ثؤلولية الشكل متنبتة في الثنيات الكبيرة . وتوجد فقاعات متجلبة أو بقع وسفية على الفروة ، والوجه ، والمناطق المجاورة للمفاصل .

**التشريح المرضي النسجي والمناعي** : يبين التشريح المرضي وجود علامات الفقاعاني الفقاعي مع تغيرات ثانوية حليمية ثؤلولية الشكل . ويظهر الومضان المناعي المباشر الأضداد الفقاعانية النموذجية ، أما الومضان غير المباشر فيكشف الأضداد الفقاعانية الجوالة في المصل ضد مكونات الغشاء القاعدي وبعيارات عالية .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي الفقاع التنبتي ، الفطار البرعمي ، تقيح الجلد الفطاري البرعمي الشكل ، الجلاد البرومي ، والجلاد اليودي .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : كما في الفقاعاني الفقاعي . ويمكن أن يفيد السولفابيريدين .

*المعالجة الموضعية* : مطهرات موضعية ومقبضات . لا ينصح

ـرهم الدهنية . والمعالجة بأشعة X الطرية وارد .

**الفقاعاني شكل خلل التعرق Dyshidrosiform Pemphigoid [ Levin et al 1979 ] :**

هذا شكل نادر من الفقاعاني الفقاعي ، يتظاهر بحويصلات أو فقاعات مميزة على الراحتين والأخمصين تشبه اندفاعات داء الفقاعات Pompholyx ويمكن أن تكون الحويصلات – الفقاعات مدماة وقد تظهر أثناء تطور هذا الداء حطاطات على قاعدة حمامية أو فقاعات في مناطق أخرى من الجلد . ويبدي التشريح المرضي النسجي والمناعي نفس الموجودات في الفقاعاني الفقاعي . تكون المعالجة بالسولفون مفيدة وكافية . وقد تعطى الستيروئيدات بعيارات خفيفة عند الضرورة .

**الفقاعاني الفقاعي العقيدي Nodular B. P. [ Provost et al 1979 ] :**

*المرادفات :* الفقاعاني الفقاعي المفرط التقرن .

هذا الشكل نادر جداً ، ويتصف باندفاعات عقيدية مفرطة التقرن منتثرة تحتوي على نفاطات تحت بشروية على الساقين ومناطق الباسطة للذراعين . أما الموجودات المناعية فهي نفسها كما في الفقاعاني الفقاعي .

**سير المرض :** مزمن . ولا تعطي الستيروئيدات وكابتات المناعة الفائدة المرجوة .

**الفقاعاني الندبي Cicatricial Pemphigoid :**

مرادفات : الفقاعاني المخاطي الحميد ، التهاب الجلد الفقاعي المخاطي الملتصق القزحية (Lortat – Jacob 1985) ، الفقاعاني المندب ، الفقاع الندبي ، الفقاع العيني .

**التعريف :** الفقاعاني الندبي مرض نفاطي مزمن يؤدي إلى ندبات ويصيب بشكل رئيسي الملتحمة والأغشية المخاطية .

**الحدوث :** المرض نادر المشاهدة ، وأكثر ما يصيب النساء بنسبة ٢ إلى ١ . ولا يتواجد في عرق أكثر من غيره ، وأكثر ما يصيب الأعمار المتقدمة فوق سن الستين .

**الإمراض :** توحي الموجودات الشكليائية السريرية والمناعية بأنه على الأرجح شكل ندبي من الفقاعاني الفقاعي . ويدعم ذلك حالات من الطفوح الفقاعية المعممة ذات تشابه كبير بالفقاعاني الفقاعي . ولا يعرف على وجه التحديد آلية حدوث الندبات الضمورية التي تشاهد على الأغشية المخاطية . وتعتبر المستضدات التي تتوضع فوق الصفيحة الكثيفة في الغشاء القاعدي ذات أهمية وظيفية في شفاء الجروح البشروية .

**الموجودات السريرية :** ( راجع الشكلين ١٥ – ١٥ و ١٥ – ١٦ ) . يصيب الملتحمة والأغشية المخاطية للفم بنسبة ٦٠ – ٩٠٪ من المرضى ، ويصيب الأغشية المخاطية للأنف ، والحنجرة ، والأغشية المخاطية التناسلية والأغشية المخاطية في الشرج بنسبة ٢٥٪ ، وتندر إصابته للجلد . يمكن له أن يتعمم فيشبه بذلك الفقاعاني الفقاعي ، ويكون هذا لفترة قصيرة ، أو قد يأخذ عدة بقع حمامية ضمورية مع فقاعات مدماة تخلف ندبات بعد الشفاء . وتلاحظ الندبات النموذجية التي تؤدي إلى تضيق القزحية أو التصاقها .

*إصابة العين :* قد تصاب العين لوحدها ، وقد يبدأ المرض بإصابة عين واحدة وبعد سنة – إلى سنتين تصاب العين الثانية ، وتبدي علامات التهاب ملتحمة نزلي ، ويمكن أن تشاهد فقاعات رائقة المحتوى تنفجر بسرعة ، وتتطور على أعقابها الالتصاقات الندبية ، وهذا ما دعى إلى تسمية هذا المرض في السابق « التصاق الملتحمة الأساسي » .

وتؤدي الالتصاقات الندبية بين ملتحمة الجفن وملتحمة بصلة العين إلى صعوبة إغلاق الأجفان ، كما تحدد حركة العين أيضاً . ويؤدي الشتر الداخلي إلى تغيرات ثانوية في القرنية وحدوث السبل Pannus أو إلى تندب وعمى بسبب التقرح في القرنية . ويؤدي تندب الأجفان وضمور الغدد المخاطية وانسداد مجرى الدمع ، إلى جفاف الملتحمة ثم التهاب العين الشامل الذي يقود إلى العمى الكامل .

*إصابة الأغشية المخاطية الفموية :* يتعاقب ظهور النفاطات في الفم وتؤدي بسرعة إلى تآكلات مؤلمة ، تتراجع بعد أن تترك ندبات . وإذا ما أصابت لجام اللسان أدت الندبات إلى تحدد في حركته . وإذا أصابت النفاطات الحنك في منطقة اللوزتين أو في جوف الفم أدت التقلصات الندبية إلى صعوبة تناول الطعام . ويمكن أن تصاب الأغشية المخاطية الأخرى كما في الفرج وتؤدي إلى نفس الالتصاقات الندبية والتضيق .

*إصابة الجلد :* تكون الآفات الجلدية خفيفة بعكس آفات الأغشية المخاطية للعين والفم وتبلغ نسبتها ٢٥٪ لدى المرضى . وتتظاهر الإصابة الجلدية بنفاطات راجعة على قاعدة حمامية تظهر في مكان واحد أو أكثر ، وتتراجع لتترك ندبات ضمورية مكانها . وإذا ما ظهرت النفاطات على الفروة أدت إلى ضمورات تشبه ندبات الحاصة الكاذبة لبروك . ونادراً ما تتضخم الفقاعات كما في الفقاعاني الفقاعي ولكن تعقبها ندبات ثانوية .

**اللطاخة الخلوية :** لا تشاهد الخلايا المنحلة الأشواك .

**التشريح المرضي النسجي :** فقاعته تحت بشروية ولا توجد فيها خلايا منحلة الأشواك . توجد رشاحة التهابية تتألف من

اللمفيات . وخلايا مصورية وحمضات في الأدمة العليا . ثم يظهر بوضوح فعالية الأرومة الليفية التي تؤدي إلى تليف وتنسج وعائي وتندب في الأدمة العليا تحت الغشاء القاعدي .

**التشريح المرضي المناعي** : يبدي الومضان المناعي المباشر ترسب الغلوبولينات المناعية ، وخاصة IgG و IgA والمتممة $C_3$ ، $C_4$ في منطقة الغشاء القاعدي ، وتشكل خطاً متجانساً يشبه ما هو عليه الحال في الفقاعاني الفقاعي . وتظهر إيجابية الأضداد المضادة للغشاء القاعدي بالطريقة غير المباشرة بنسبة أقل من ١٠٪ وبعيارات خفيفة . ينصح بخزعة جديدة من الحمامى بجانب الاندفاعات إذا كانت الطريقة الومضانية المباشرة سلبية الومضان في الخزعة الأولى .

**السير** : يمر بفترات من النكس والتحسن لسنوات عدة دون تأثير ملحوظ على الصحة العامة . وكلما ترقى الداء بسرعة كلما كان الإنذار أسوأ . نتيجة لصعوبة تناول الطعام ونقص التغذية والهزال . يحدث العمى بنسبة ٢٠ ـ ٦٠٪ من الحالات . ولقد ذكر حدوث سرطانات في مكان الندبات المزمنة في الأغشية المخاطية في حالات نادرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق المرض في توضعاته الفموية عن الفقاع الشائع ، والحزاز المسطح التآكلي ، وداء خلوصي بهجت ، والذأب الحمامي . ويفيد في تفريقه عن هذه الآفات فحص اللطاخة الخلوية والفحوص النسجية والمناعية . ويكون تشخيص المرض عند حدوث التصاقات القزحية سهلاً . ويجب تفريق المرض عند إصابته للجلد عن انحلال البشرة الفقاعي الكسبي .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعتبر المعالجة بالستيروئيدات أو بالهرمون الموجه لقشر الكظر ACTH ناجعة في الحالات المتعممة ، ولكن ليس في إصابات الملتحمة المزمنة أو الأغشية المخاطية . يمكن تجربة الدابسون والسولفابيريدين ، والأتريتينات والإيزوتريتينون أو السيكلوفوسفاميد .

*المعالجة الموضعية* : يجب استشارة الطبيب العيني في حالات إصابة العين . وتتضمن احتمالات المعالجة حقن الستيروئيدات داخل الآفة ، وكذلك وضع العدسات للوقاية ، وتعالج الآفات الفموية عرضياً بالستيروئيدات وبالصادات موضعياً . وتستأصل التقلصات والتضيقات في الأغشية المخاطية ويوضع طعم جلدي مناسب . وتكون الطعوم الجلدية ناجحة في الإصابات الجلدية المحددة .

**حالات خاصة نادرة من الفقاعاني الندبي :**

**الفقاعاني الندبي الموضع [ Brunsting and Perry 1957 ] :**

يتصف بظهور فقاعات ندبية ، وأكثر ما تظهر على الفروة ، والجبهة والعنق ؛ ولكن دون إصابة العين والفم .

**الفقاعاني المندب المنتشر Disseminated Scarring Pemphigoid [ Provost 1979 ] :**

يعتبر هذا الشكل نادراً جداً ، ويتصف بآفات جلدية دون إصابات عينية أو فموية . وتظهر الفقاعات التي يعقبها التندب بشكل رئيسي على الجذع ، ولكنها قد تظهر على الأطراف أيضاً . يمكن أن نجد لطخات حمراء أو بيضاء متناثرة ضامرة أو متندبة تصل أقطارها إلى عدة سنتمترات ، حيث تظهر فقاعات مدماة راجعة . ويمكن أن تكون هذه الآفات حاكة .

**التشريح المرضي النسجي والمناعي** : الفقاعات تحت بشروية كما في الفقاعاني الفقاعي ، ولكنها تتندب ثانوياً ( تنسج ليفي ) . ويبين المجهر الألكتروني حدوث الفقاعة تحت الغشاء القاعدي ( فقاعة بانحلال الأدمة ) ولهذا يحدث التندب .

**التشخيص التفريقي** : يصعب تمييز هذا المرض عادة ، وقد يشخص على أنه التهاب جلد مفتعل ( صنعي ) ، وقد يشخص أكالاً مزمناً بسبب الحكة . ويشير توضع المستضدات تحت الصفيحة الكثيفة من الغشاء القاعدي في هذه الحالات إلى أنها مماثلة لانحلال البشرة الفقاعي الكسبي .

**المعالجة** : يصعب معالجة هذه الآفات المزمنة ، وقد تكون معالجتها بالستيروئيدات القشرية ، أو الدابسون ، أو أزاتيوبرين ، أو الريتينوئيدات العطرية ( إتريتينات ) مفيدة .

**الحلأ الحملي Herpes Gestationis [ Bunes 1811, Milton 1872 ] :**

*المرادفات* : الفقاعاني الحملي ، الفقاع الحملي ، التهاب الجلد عديد الأشكال الحملي .

**التعريف** : الحلأ الحملي مرض فقاعي عديد الأشكال . يتصف بحكة شديدة يستمر حتى نهاية الحمل وبعد الوضع . ثم يشفى الحلأ الحملي عادة عفوياً ، وقد ينكس في الحمول اللاحقة .

**الحدوث** : جلاد حملي نادر ويشاهد بنسبة واحد لكل خمسة آلاف إلى عشرة آلاف حمل . وقد اعتبر في الماضي أنه شكل من التهاب الجلد الحلئي الشكل وذلك بسبب تنوع اندفاعاته . إلا أنه في الوقت الحاضر يعتبر وحدة مرضية مستقلة أكثر قرباً إلى

الفقاعي الفقاعي . ويتكرر وجود الأنماط النسجية HLA – DR4, HLA – B8, HLA – DR3 في هذا الجلاد .

**الإمراض** : تبدي الدراسات المناعية ترسب الأضداد الذاتية من نوع IgG ويدعى عامل الحلأ الحملي ، وله قيمة كبيرة في حدوث هذا الالتهاب الجلدي الفقاعي الحملي . يمكن أن تنتقل هذه الأضداد من الأم إلى الجنين ، وهذا ما يفسر الولادات المبكرة والإملاصات لدى الأمهات المصابات بالحلأ الحملي أحياناً . يؤدي توضع عامل الحلأ الحملي في منطقة الغشاء القاعدي إلى تفعيل المتممة ، ويحتمل أن يكون لهذا تأثيراً سيئاً على الغشاء الخلوي . ومن الملاحظ أن تخرّب خلايا الطبقة القاعدية في هذا المرض يفوق ما هو عليه في الفقاعاني الفقاعي . وتتوضع المعقدات المناعية من نوع IgG ، IgM ومكونات المتممة في الأوعية الدموية الصغيرة وما حولها . هذا ويمكن أن تلعب الهرمونات دوراً في إمراض الحلأ الحملي . كما في التهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي (Shelly et al 1964) . ومما يؤيد هذا الرأي تفاقم الداء بعد الوضع اثر تناول مانعات الحمل Gestagens . ويفترض في إمراض الحلأ الحملي أن يكون هناك دور للأضداد المضادة للهلا HLA والموجهة ضد المستضدات الأبوية .

وفي النهاية يمكن القول إن عدم استجابة الداء جيداً للسولفون يدل على أنه لا يماثل التهاب الجلد الحلئي الشكل إضافة إلى أن الموجودات المناعية غير متماثلة بينهما أيضاً .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الإصابة بالحلأ الحملي عادة في الثلث الثاني أو الثالث من الحمل . ويتظاهر باندفاعات عديدة الأشكال ، شبيهة بالاندفاعات الفقاعانية الفقاعي . وهي حمامية حاكة بشدة ومرتفعة أو شروية أو حويصلية ، أو فقاعية متوترة . وتتوضع في منطقة السرة والأطراف . ( راجع الشكل ١٥ – ١٧ ) . وقد يصاب الصدر ، والوجه ، والراحتان ، والأخمصان .

ويمكن أن تكون علامتا نيكولسكي I ، II إيجابيتين ، كما في الفقاعاني الفقاعي . تصاب الأغشية المخاطية بنسبة ٢٠٪ من الحالات ويصاب الولدان من أمهات مصابات بنفس الاندفاعات بنسبة ٥٪ منهم ، حيث يوجد عامل الحلأ الحملي في دم الحبل السري . ويمكن كشف ترسب IgG والمتممة في منطقة الغشاء القاعدي عند بعض الولدان مع غياب التظاهرات السريرية للمرض .

**الأعراض** : يمكن أحياناً أن تعاني الحامل المصابة من ضعف عام وحمى . وتؤدي الحكة الشديدة إلى كرب نفسي عند المصابة . وقد تزداد الحمضات في الدم إلى أكثر من ٥٠٪ .

**اللطاخة الخلوية من الحويصل** : اللطاخة الخلوية سلبية من الخلايا المنحلة الأشواك التي تشاهد في الفقاع . ويمكن أن نجد كثرة في الحمضات .

**التشريح المرضي النسجي** : النفاطة في هذا المرض تحت بشروية ، ويمكن أن نجد في منطقة الحمامى عدة حويصلات صغيرة بشروية ، ونجد في الأدمة تفاعلاً التهابياً خلوياً فيه خلايا لمفية ، وقليل من العدلات ، وأعداد متفاوتة من الحمضات ، وتكسر في الكريات البيض أحياناً . ويبين المجهر الألكتروني أن تشكل النفاطة يحدث من جراء انحلال خلايا الطبقة القاعدية .

**التشريح المرضي المناعي** : تكشف الطريقة الومضانية المباشرة ، كما في الفقاعاني الفقاعي ، خطاً متجانساً من الغلوبولين المناعي IgG و IgA في منطقة الغشاء القاعدي تحت البشرة بنسبة ٣٠ – ٤٠٪ من الحالات والمتممة $C_3$ في كل الحالات ، وأحياناً $C_4$ و $C_5$ و $C_1$ وكذلك البروبيردين Properdin وعامل البروبردين ب . وتلاحظ هذه الموجودات في النفاطات وما حولها في الجلد السليم . وتكشف الطريقة الومضانية غير المباشرة أضداداً جوالة في المصل من نوع IgG بعيارات خفيفة في ١٠ – ١٥٪ من الحالات . ويمكن تحري عامل الحلأ الحملي HG Factor بالومضان غير المباشر في المصل ، حيث يفعل المتممة في الغشاء القاعدي للجلد السليم بالطريقتين العادي والبديل .

**الإنذار** : يزداد المرض شدة أثناء الوضع ويميل إلى التراجع خلال ٢ – ٣ أسابيع بعده . والنكس في الحمول التالية وارد ، ويُحرض المرض بتناول الاستروجينات أو الجستاجين Gestagen . وينصح بمثل هذه الحالات بمانعات الحمل غير الهرمونية . يحدث موت الأجنة أو تحدث الولادة قبل الأوان بنسبة ١٥ – ٣٠٪ من الحالات .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بتشخيص الحلأ الحملي في حالة إصابة الحامل بطفوح عديدة الأشكال ، ويجب نفي الحمامى عديدة الأشكال دوائية المنشأ . ويفرق الحلأ الحملي عن التهاب الجلد الحلئي الشكل استناداً للتشريح المرضي والنسجي والمناعي . بالإضافة إلى أن التهاب الجلد الحلئي يحدث قبل الحمل ويستمر بعده ويستجيب للسولفون أيضاً .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : يجب تجنب المعالجة الجهازية في الحالات الخفيفة . ولا تفيد فيه المسكنات ولا مضادات الهستامين أو السولفون . يعطى البيريدوكسين (vit B6) بمقدار ٤٠٠ – ٩٠٠ ملغ يومياً ، وقد يكون ذو فائدة في بعض

الحالات . ويعطى في الحالات الشديدة وفي الأسابيع الأخيرة من الحمل البريدنيزولون بمقدار ٢٠ ــ ٨٠ ملغ أو ما يعادلها من الأنواع الأخرى من الستيروئيدات .

وتستعمل مانعات الحمل ذات التأثير البروجستروني بعد الولادة .

*المعالجة الموضعية :* يمكن تطبيق الرهيات الستيروئيدية بكثافات خفيفة ومحاليل الزنك ومضادات الحكاك كالإيكتامول Ichthammol ٢ ــ ٦٪ أو المنظفات الكربونية السائلة أو مضادات الهستامين . وينصح بالمغاطس التي يضاف إليها مضادات الالتهاب أو التي يضاف إليها الزيت ، وكذلك المطهرات إذا احتاج الأمر .

### التهاب الجلد الحلئي الشكل Dermatitis Herpetiformis [ Duhring 1884 ] :

*المرادفات :* مرض دورنك ــ بروك ، التهاب الجلد عديد الأشكال المؤلم .

**التعريف** : التهاب الجلد الحلئي الشكل مرض حميد ، متناظر ، مزمن ناكس وتتصف اندفاعاته بأنها عديدة الأشكال ، وبأنها حاكة وحارقة ، وتكون حويصلاته حلئية الشكل . يغلب ترافقه باعتلال أمعاء تحسسي نحو الغلوتين .

**الحدوث** : المرض نادر ( مريض واحد من كل ٨٠٠ مريض جلدي ) . تغلب مشاهدة حوادثه عند البالغين ، ولكن قد يشاهد عند الأطفال . يكون سن البدء عادة ٣٠ ــ ٤٠ سنة من العمر ، ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، وبنسبة ٣ إلى ٢ . ولا توجد دلائل على كونه مرض وراثي ، ولكن عامل التوافق النسجي HLA – B8 يكون لدى المصابين بنسبة ٨٠٪ من الحالات و HLA – DR3 و HLA – A1 بنسبة ٩٠٪ من الحالات . يترسب IgA على شكل حبيبي في ذرى الحليمات المصابة من الغشاء القاعدي . يرتبط اعتلال الامعاء بالتحسس للغلوتين دون وجود التهاب جلد حلئي وذلك بوجود المستضدات HLA – B8, HLA – A1, HLA – DR3 .

**الإمراض** : أسباب الداء غير معروفة . يشير ارتفاع عدد الحمضات في الدم والنسج إلى أنه تفاعل أرجي . بينما تشير الدراسات المناعية الحديثة إلى أنه مرض مناعي ذاتي . وثمة ترافق للداء باعتلال أمعاء ملحوظ ، وكذلك تحسس المصابين للهاليدات Halides ، وخاصة يود البوتاسيوم . ولذلك ينبغي الانتباه إلى وجود الهالوجينات في الحشوات التي تحتوي اليود ، أو الأطعمة الطبيعية مثل لآلىء عشب البحر ( غني باليود ) ، أو اليود في السمك البحري .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض فجأة أو ببطء . ويشكو المرضى من حس حرقان أو حكة . تتوضع الاندفاعات بشكل متناظر على الكتفين ، والمنطقة الأليوية ، والفروة ، والأوجه الباسطة للذراعين وتشمل منطقة المرفقين والركبتين وأسفل الساقين . ( راجع الشكل ١٥ ــ ١٨ ) ولا تصاب الأغشية المخاطية للفم في أغلب الحالات أبداً . تتزامن الآفات الجلدية مع بعضها ، أي أن أعمارها واحدة ، وخاصة في الحالات النموذجية . وفي بادىء الأمر تظهر الحمامى ، أو الاندفاعات الشروية ، أو الحطاطية وذلك في المناطق المفضلة لتوضع الداء . وحالما تظهر مجموعات الحويصلات الحلئية الشكل يسهل تمييز المرض . وتكون الحويصلات صغيرة جداً ، بحيث يكون جسها أفضل من مشاهدتها . ويمكن أن تتواجد الحويصلات المتوترة عند الأطفال والمسنين . كما يمكن أن تصبح الاندفاعات أكبر حجماً بعد إيقاف المعالجة وتشبه فقاعات الفقاعاني الفقاعي ( التهاب الجلد الحلئي الشكل الفقاعي ) . وقد تشاهد تغيرات إكزيمية تؤدي إلى التحزز . وتترك الاندفاعات تصبغات لدى ٥٠٪ من المرضى .

**الأعراض** : يشكو المرضى من حكة حارقة في مناطق الإصابات . وقد يؤدي التخديش الشديد إلى تسحجات متقوبئة ، الأمر الذي يجعل تشخيص الداء صعباً ، ويؤدي النكس والسحجات Excoriations والتقوبؤ إلى ما يشبه جلد المشردين Vagabonds' Skin .

*اعتلال الأمعاء التحسسي للغلوتين في التهاب الجلد الحلئي الشكل :* توجد تغيرات اعتلال أمعاء في الصائم في حوالي ٧٠٪ من حالات الداء ، وهذه التغيرات شبيهة بتلك المشاهدة في الإسهال الدهني الغامض ( ضمور زغابات بدرجات مختلفة ، رشاحة لمفية ، ونقص في الفعالية الإنظيمية ) . هذا وتندر مشاهدة التهاب الجلد الحلئي الشكل عند المرضى المصابين بالداء الزلاقي Celiac Desease . وليعلم أن حوالي ٣٠٪ من مرضى التهاب الجلد الحلئي الشكل لديهم مخاطية صائمية طبيعية من الناحية الوظيفية والنسجية . تتحسن التغيرات المعوية والاندفاعات الجلدية على القوت الخالي من الغلوتين لدى المصابين بالإسهالات في هذا المرض . وبالمقابل يتحسن اعتلال الأمعاء في بعض المرضى بواسطة القوت الخالي من الغلوتين . دون تحسن الأعراض الجلدية .

*التهاب الجلد الحلئي الشكل والسبيل المعدي المعوي :* يمكن أن نجد العلامات التالية :

- ضمور زغابات الصائم مع فرط تنسج خفي .
- تضيق مري ، رتوج في المري .
- إسهال دهني .
- التهاب معدة ضموري .
- حثل شحمي معوي .
- التهاب مستقيم وقولون .

*الأعراض العامة* : لا توجد عادة أعراض عامة . تزداد الحمضات في الدم المحيطي غالباً وبشكل جلي كما تزداد في سائل النفاطات وفي نقي العظم أيضاً .

*حساسية لليود* : تتفاقم الاندفاعات باليود وهذا التفاقم غير نوعي . ويؤدي إعطاء يود البوتاسيوم ( ١٠ غ يود بوتاسيوم تذاب في ١٥٠ مل ماء مقطر ويعطى المريض نصف ملعقة إلى ملعقة شاي من مرة إلى ٣ مرات يومياً ) إلى تفاقم المرض وإلى خطورة سورته أحياناً . يؤدي تطبيق مرهم يود البوتاسيوم على الجلد ( ١٠ - ٣٠٪ يود بوتاسيوم في مستحلب زيتي ) إلى تشكل اندفاعات حلئية الشكل مكان التطبيق غير أن هذا الاختبار ذو قيمة قليلة في تشخيص المرض .

**اللطاخة الخلوية من الحويصلات** : لا توجد فيها خلايا منحلة الأشواك فقاعية لأن الحويصل تحت بشروي . ونجد أعداداً من الحمضات في اللطاخة .

**التشريح المرضي النسجي** : نجد بالتشريح المرضي ، نفاطة تحت بشروية ، دون وجود خلايا منحلة الأشواك . تحوي الحويصلات عدلات وحمضات ويبقى الغشاء القاعدي إيجابي الباس PAS مثبتاً إلى الأدمة العليا . ويمكن أن نجد وذمة ورشاحة التهابية في الأدمة الحليمية مؤلفة من ناسجات ، ولمفيات وعدلات في الخزع المأخوذة من البقع الحمامية أو من محيط الحويصلات . ونجد خراجات مجهرية في ذرى الحليمات تحتوي على عدلات وحمضات وغبار نووي . ويكون التحوصل تحت الطبقة المتقرنة نادراً .

يبين المجهر الالكتروني أن بدء تشكل الحويصل هو في المنطقة الحليمية وتحت منطقة الغشاء القاعدي ، حيث تحدث الوذمة والبلى الفيزيولوجي في ألياف الكلاجين وتفاعل خلوي التهابي أيضاً . أما التغيرات النموذجية فتحدث في منطقة الغشاء القاعدي وفي الغشاء الهيولي للخلايا القاعدية مع اضطراب في استمرارية الموصل البشروي الأدمي . ( راجع الشكل ١٥ - ١٩ ) .

**المناعيات في التهاب الجلد الحلئي الشكل** : لا توجد أضداد مضادة للبشرة عند المرضى المصابين بهذا المرض . ولكن توجد أضداد جوالة من نوع IgG ، IgA تتفاعل مع الألياف الشبكية أو مع الغليادين Gliadin ، وتكشف بطرائق مختلفة ، وبنسبة ٤٠ - ٦٠٪ من الحالات . وتحتوي مصول مرض التهاب الجلد الحلئي الشكل والمترافق باعتلال معوي ، على أضداد مصلية من نوع IgA مضادة لمكونات غشاء الليف العضلي Endomysium في العضلات الملساء (IgA – EmA) . ولا توجد هذه الأضداد عند المصابين بالتهاب جلد حلئي الشكل غير-مترافق باعتلال أمعاء بالتحسس نحو الغلوتين ، وهي علامات نوعية لالتهاب الجلد الحلئي الشكل المترافق باعتلال أمعاء . ينقص مقدار IgM في المصل ويرتفع مقدار IgA كما هو الحال في الداء الزلاقي عند البالغين . يكشف الومضان المناعي المباشر ترسب IgA في ذرى الحليمات الأدمية وأحياناً الغلوبولينات IgG ، IgM والمتممة $C_3$ في ٨٥٪ من الحالات ، ويمكن أن نجد $C_5$ أيضاً . وإن لتوضع IgA الحبيبي على الغشاء القاعدي قيمة كبيرة في تشخيص الداء ويعتبر علامة وصفية له ، ويأخذ في ١٥٪ من الحالات شكلاً خطياً . ( راجع الشكل ١٥ - ٢٠ ) .

يمكن أن نجد الفيبرينوجين و IgA في الشعيرات الدموية وما حولها في الأدمة الحليمية ، وقد يترافق الداء باعتلال أمعاء في جميع الحالات التي يكون فيها ترسب IgA حبيبياً ، بينما لا يترافق ترسب IgA الخطي باعتلال أمعاء بالتحسس نحو الغلوتين . ويمكن أن نجد معقدات مناعية جوالة في الدم .

**سير الداء** : المرض سليم . يبدأ بشكل حاد أو تحت حاد ، ويتصف المرض بسيره الناكس مع هدآت تستمر حتى أشهر وتقتصر أعراضه على أعراض خفيفة أو حتى دون أعراض . ويبقى الداء سنوات عديدة ، وبذلك يؤثر على حالة المريض النفسية وعلى حياته وذلك بسبب شدة الأعراض وخاصة الحكة الحارقة .

**التشخيص التفريقي** : تتصف الصورة النموذجية للمرض بالاندفاعات الحويصلية التي تتشكل على قاعدة حمامية ، وهي متناظرة وعديدة الأشكال وحاكة حِكّة حارقة شديدة . ويعتبر الومضان المناعي الذي يجرى على خزعة مأخوذة من حويصل حديث التشكل أو من الحمامى بجانب الاندفاعات ذو أهمية أساسية في التشخيص ( الطريقة المباشرة ) . وتفيد استجابة الداء للسولفون في تشخيصه ، إذ يستجيب المرض بسرعة وخلال أيام من بدء المعالجة ( دابسون ٥٠ - ١٥٠ ملغ/يومياً ) . يجب نفي الحمامى عديدة الأشكال وذلك في بدء الداء ، وكذلك الفقاعاني الفقاعي ، والداء البثري ( البثار ) تحت الطبقة المتقرنة في الحالات التي يأخذ بها التهاب الجلد الحلئي الشكل أشكالاً متحلقة . ويدخل

في التشخيص التفريقي الإكزيمة التأتبية أو الحكاك الحاد البسيط . ويغلب على الأخير الحطاطات الأكالية والعقيدات .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* السولفون ( الدابسون ) ويعطى للبالغين بمقدار ٥٠ ــ ١٥٠ ملغ/يومياً ، وتعتبر هذه الجرعة كافية لاختفاء الأعراض . وتختلف الجرعة باختلاف الأشخاص ، حيث أن ٥٠ ملغ كل يومين قد تكون كافية أحياناً . بينما يلزم في بعض الحالات ١٥٠ ــ ٢٠٠ ملغ/يومياً . ومن الواجب مراقبة المريض والتأثيرات الجانبية الدموية ( تشكل ميتموغلوبين ، فقر الدم مع جسيمات هنز Heinz Bodies وانحلال الدم ، وخاصة عند من لديهم عوز في خميرة G6PD ، حيث يصابون بانحلال دم شديد ) . أما آلية تأثير فعل هذا الدواء فغير معروفة بشكل نهائي .

إضافة لذلك ، تفيد بعض أنواع السولفاناميدات وخاصة السولفابيردين وتعطى بمقدار ٠,٢٥ ــ ٠,٥ غ ثلاث مرات يومياً . وتعطى في حالات عدم تحمل الدابسون لدى الأشخاص المسنين ، أو عند المصابين بآفات رئوية قلبية . ويمكن الحصول أحياناً على نتائج جيدة بإعطاء السولفاناميدات المديدة كالسولفاميتوكسي بيريدازين Sulfamethoxypyridazine . يجب تخفيض جرعة الدابسون أو السولفاناميدات إلى الحد الأصغري وذلك بعد اختفاء الأعراض ، وتستمر هذه المعالجة الموقفة لأعراضه واندفاعاته سنوات عديدة ، وحتى مدى الحياة أحياناً . ويجب إجراء الاختبارات الدورية مخافة حدوث التأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث .

*الكولشيسين :* يعطى بمقدار ٠,٥ ملغ ثلاث مرات يومياً .

تعطى **الصادات المناسبة** عند حدوث التقيح الثانوي .

أما **الستيروئيدات القشرية فتؤثر** تأثيراً معتدلاً ولذلك تعطى بجرعات عالية . ويمكن أن تؤدي إلى تأثيرات جانبية .

تعطى **مضادات الهستامين** للتخفيف من الحكة الشديدة لفترات محدودة . ويعطى منها الفينوتيازين ليلاً ، أما الأدوية الجهازية الأخرى فليس لها قيمة تذكر .

يعتبر القوت ذو أهمية في تدبير المرض ، فالقوت الخالي من الغلوتين ضروري للمرضى الذين يبدون علامات اعتلال معوي بالتحسس نحو الغلوتين سريرياً ونسجياً . أما المرضى الذين لا يبدون علامات اعتلال أمعاء نحو الغلوتين فيفيد القوت الخالي منه في التقليل من جرعة الدابسون اللازمة لتدبير المرض .

ويجب حذف أملاح اليود ، والسمك البحري ، والأدوية الحاوية على اليود من طعام المصابين .

*المعالجة الموضعية :* تطبق المعالجة الموضعية للتخفيف من الحكة والحرقان وتشمل دهونات Lotion الزنك ومطهرات كربونية سائلة بنسبة ٥ ــ ١٠٪ ، أو الإكتامول Ichthammol بنسبة ٥ ــ ١٠٪ ، ورهيات أو هلامات مضادات الهستامين ، والستيروئيدات في راغ مائي ، وحمامات القطران .

## الجلاد خطي IgA Linear IgA Dermatosis

[ Chorzelski and Jablonska 1979 ] :

**التعريف** : يتميز المرض عن التهاب الجلد الحلئي الشكل وعن الفقاعاني الفقاعي بترسب IgA في الغشاء القاعدي ، آخذاً شكلاً خطياً ، ولا يترافق باعتلال أمعاء نحو الغلوتين . يكشف المستضد HLA – B8 في ٣٠٪ من حالاته . ويرجح أن الجلاد خطي IgA هو شكل وسط أو مشترك بين الفقاعاني الفقاعي والتهاب الجلد الحلئي الشكل . ويمثل الشكل الكهلي من المرض الفقاعي السليم المزمن لدى الأطفال .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر باندفاعات حويصلية ــ فقاعية ، تأخذ ترتيباً حلئي الشكل ، وتتصف بالحكة وحس الحرقان . ولا يوجد ميل لتوضعها في منطقة معينة من الجلد ، غير أن الثنيات أكثر إصابة .

**التشريح المرضي النسجي** : يتصف بنفاطات تحت بشروية ، وقد نجا خراجات مجهرية داخل حليمية .

**التشريح المرضي المناعي** : يعتبر توضع IgA الخطي في منطقة الغشاء القاعدي وصفياً للمرض ، وقد تتوضع المتممة . ويبين المجهر الألكتروني توضع IgA في الصفيحة الصافية في أعلى الأدمة كما هو الحال في الفقاعاني الفقاعي وفي غالبية الحالات ــ وليس في الصفيحة الكثيفة في أعلى الأدمة ــ كما في الحالات النموذجية من التهاب الجلد الحلئي الشكل ، ونادراً ما نجد أضداداً جوالة من نوع IgA مضادة لمكونات غشاء الليف العضلي الأملس (IgA – EmA) .

**السير** : يبقى الداء سنوات عديدة . ولا يترافق باعتلال أمعاء تحسسي بالغلوتين .

**المعالجة** : يستجيب في البداية للسولفون والمعالجة المثلى هي إشراك السولفون مع الستيروئيدات بكميات قليلة .

## الأمراض الفقاعية المختلطة Mixed Bullous Dermatoses :

قدمت الدراسات المناعية بالطريقتين المباشرة وغير المباشرة

فهماً أفضل للأمراض الفقاعية ، وبينت وجود تشارك بعض هذه الأمراض مع بعضها أو تشكيل حالة وسط بين مرضين فقاعيين .

## مشـاركة الفقـاع الشـائع والفقـاعاني الفقـاعي [ Chorzelski and Jablonska 1974 ] :

هذه المشـاركة نادرة جداً . وتوجد الأعراض والعلامات السريرية والنسجية والنسجية المناعية للمرضين معاً في نفس الوقت أو تباعاً . مما يحتم ضرورة إجراء الدراسات النسجية والنسجيـة المنـاعيـة دوماً إذا كانت الصورة السريرية غير مؤكدة . وقد ذكرت حالات عن مشـاركة الفقاع الشـائع والتهـاب الجلد الحلئي الشكـل [Emmerson and Wilson 1968] ، وكذلك الفقـاع الورقي والفقـاعاني الفقـاعي [Jons 1968] [Harrington and Sneddon 1978] وأخيراً ورد ذكر فقاع شائع ترسب فيه IgA بين الأحياز الخلوية للبشرة .

## الجلادات الفقاعية المزمنة عند الأطفال :

يصاب الأطفال بأمراض فقاعية كسبية إضافة إلى انحلالات البشرة الفقاعية الوراثية الأكثر مشـاهدة لديهم . الأمر الذي يشكل معضلة تشخيصية أحياناً .

### الفقاع الشائع :

نادر المشاهدة في الطفولة . وتتطابق الصورة السريرية لديهم مع الصورة السريرية التي تشاهد عند الكبار . أما نتائج اللطاخة الخلوية والتشريح المرضي النسجي والتشريح المرضي المناعي فهي نفسهـا في الفقـاع الشـائع عمومـاً . يدخل في التشخيص التفريقي : التهاب الفم المزمن ، والحمامى عديدة الأشكال أو التهاب الفم القلاعي . يصيب الفقاع الورقي الأطفال أيضاً . وقد يشخص على أنه إكزيمة مثية ، أو قوباء معدية ، أو إكزيمة مزمنة . وإن عدم الاستجابة للمعالجات المناسبة لهذه الأمراض يجعلنا نفكر بالفقاع الورقي . ويجب إجراء الاختبارات الأخرى المساعدة في تشخيصه .

## الفقـاعاني الفقـاعي عند الأحداث Juvenile Bullous Pemphigoid :

*المرادفات : فقاع الأحداث .*

**التعريف** : جـلاد فقـاعي مزمن نـاكس يصيب الأطفـال . والمناطق الجلدية التي تميل الاندفاعات للظهور بها هي الوجه ، والمناطق التناسلية وتغلب إصابته للأطراف .

**الحدوث** : المرض نادر جداً . يبدأ غالباً قبل سن الخامسة أو تغلب إصابته للذكور ، أما تأثير العوامل الوراثية فغير مؤكد .

**الإمراض** : السبب فيه غير معروف وقد تكون العوامل المسببة كما في الفقاعاني الفقاعي ، ويغلب تراجعه قبل البلوغ .

**الموجودات السريرية** : يتصف بظهور نفاطات متوترة تظهر على جلد سـليم أو على قاعدة حمامية وذلك في مركز الوجه والمناطق التناسـلية والأربية ( التوزع المركزي ) أو يميل إلى التـوزع والانتشـار في الأطراف ( التوزع المحيطي ) . يكون محتوى الفقاعات مائياً رائقاً عادة ، ولكن قد يكون مدمى أو قيحيـاً بسبب الأخمـاج الثـانوية . تميل النفـاطات لتشكيـل مجموعـات أو حلقـات أو أشكـال عديدة الحلقـات . تندمل التـآكلات ببطء ولا تصـاب الأغشية المخاطية الفموية عادة . تبقى الحـالة العـامة جيدة ، والمرض غير حاك . يتفـاقم الداء بأملاح اليود ( يود البوتاسيوم ) كما في التهاب الجلد الحلئي .

**التشـريح المرضي النسجي والمنـاعي** : تتطـابق الموجودات النسجيـة والنسجيـة المنـاعيـة فيـه مع مثيـلاتها في الفقـاعاني الفقاعي ، ( انظر الفقاعاني الفقاعي ) .

**سير المرض** : يمر المرض بهدآت بعد أسابيع أو أشهر ولكنه قد يستمر عادة ٣ ـ ٤ سنوات . ولا يشاهد بعد البلوغ .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقـه عن التهاب الجلد الحلئي الشكـل عند الأطفـال . وتتطـابق بعض حالاته مع الجلادات الفقاعية المختلطة أو مع الجلاد خطي IgA .

**المعـالجة** : تجرب المعـالجـة بالسـولفـابيريدين أو بالسـولفون ( دابســون ) قبـل تقرير المعـالجة الستـيروئيدية ، وإلا تعطى الستـيروئيـدات بكميـات متوسطـة كما في معـالجة الفقـاعاني الفقاعي .

## التهاب الجلد الحلئي الشكل عند الأحداث Juvenile Dermatitis Herpetiformis :

**التعريف** : هو شكل من التهاب الجلد الحلئي الشكل ، حيث يبدأ في الطفولة وله صفات خاصة نوعية .

**الإمراض** : إمراضه كما في إمراض التهاب الجلد الحلئي الشكل عند الكبار . وهنا لا بد من الإشارة إلى أن الاحتشار بالديدان وأملاح اليود تفاقم الداء .وتكون أهبة المستضد HLA – B8 متمثلة بتواتر متزايد ( في ٥٠٪ من حالاته ) وكذلك HLA – DR3 .

**الموجودات السريرية** : الصورة السريرية في هذا المرض مطابقة للصورة السريرية في التهاب الجلد الحلئي الشكل عند الكبار . ويشـاهد عادة عند الأطفـال فوق السـادسـة من أعمارهم . ويتصف باندفاعات متنـاثرة أو مجتمعـة مؤلفـة من حطاطات شـروية ، أو حطـاطيـة حويصـليـة ونادراً ما تكون نفاطية .

وتتواجد التآكلات دوماً وذلك بسبب الحكة الشديدة . وغالباً ما تجتمع الحويصلات بجانب بعضها وتأخذ شكلاً حلقياً أو متعدد الحلقات . وقد تأخذ الصورة أشكالاً مختلفة نتيجة وجود التآكلات بسبب الحكة والأخماج الثانوية . أما التصبغ فهو خفيف نسبياً .

**الأعراض** : حكة واضحة وقد تكون حارقة ومؤلمة أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي والمناعي** : كما هو الحال في التهاب الجلد الحلئي الشكل عند البالغين ( انظر التهاب الجلد الحلئي الشكل ) .

**السير** : يمر بفترات من التراجع والنكس ، تتراجع بعض حالاته قبل سن البلوغ ، وقد يستمر بعضها حتى بعد البلوغ .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي الفقاعاني عند الأحداث . يتفاقم هذان المرضان بأملاح اليود . وتجرى للمريض خزعة نسجية ونسجية مناعية وذلك من حويصلات حديثة التشكل ومن محيطها . ويجب نفي الإكزيمة التأتبية والجرب .

**المعالجة** : كما في معالجة التهاب الجلد الحلئي الشكل .

**الجدول ١٥ ــ ٥ : يبين صفات الفقاعاني الفقاعي ( فق ) والتهاب الجلد الحلئي الشكل ( ت جـ ) والجلاد الفقاعي المزمن السليم في الطفولة ( جـ ف م س ط )**

| المرض | التظاهرات السريرية | سن البدء | الحكة | إصابة الأغشية المخاطية | تشريح مرضي نسجي | الومضان المناعي: مباشر IgG | مباشر IgA | مباشر $C_3$ | غير مباشر IgG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| فق | حويصلات وفقاعات متناثرة | غالباً > ٥ سنوات | غير موجودة عادة | لا يصيب الأغشية المخاطية | فقاعية تحت بشروية | + | − | + | + |
| ت جـ | مجموعات من حويصلات حلئية الشكل | عادة > ٥ سنوات | حس حرقان شديد | لا تصاب عادة | نفاطة تحت بشروية ، خراجات مجهرية في الحليمات ، حمضات | +/− | + حبيبي | +/− | − |
| جـ ف م س ط | حويصلات على الوجه ، وأسفل الجذع ، والناحية | عادة أقل من ٥ سنوات | متباينة من حالة لأخرى | لا تصاب عادة | حويصل تحت بشروي | +/− | + خطي | +/− | +/− |

### الجلاد IgA الخطي عند الأطفال :

يمكن مشاهدة الجلاد IgA الخطي للبالغين عند الأطفال ، وهو أكثر شيوعاً من الفقاعاني الفقاعي عند الأطفال .

### الجلاد الفقاعي المزمن السليم عند الأطفال Benign Chronic Bullous Dermatosis in Children [ Bean et al 1971 ] :

**التعريف** : مرض فقاعي مزمن غير وراثي يصيب الأطفال ، وهو أكثر مشاهدة عند الأطفال الأفارقة والأسيويين منه عند الأطفال الغربيين . يماثل هذا المرض الجلاد خطي IgA في الطفولة . ( انظر الجدول ١٥ ــ ٥ ) وتتطابق صورته السريرية مع صورة الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث في بعض الحالات . ويبدي الومضان المناعي توضع IgA خطي على طول الغشاء القاعدي . ولا تكشف الأضداد الفقاعانية (IgA, IgG) في المصل . ومن الأهمية بمكان إعادة الاختبارات المناعية كل ٢ ــ ٣ أسابيع . ويدخل في التشخيص التفريقي معه الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث ، والتهاب الجلد الحلئي الشكل عند الأحداث ، والجلاد خطي IgA .

**الموجودات السريرية** : يتصف بظهور اندفاعات حويصلية فقاعية مع ميل لإصابة المنطقة التناسلية . تجتمع الحويصلات حلقية الشكل على هيئة إكليل الزهر أو الحلقات . لا يترافق المرض باعتلال أمعاء بالتحسس نحو الغلوتين .

**الأعراض** : حكة أو حكة حارقة .

**التشريح المرضي النسجي** : نفاطة تحت بشروية ، ويلاحظ أحياناً خراجات مجهرية في الحليمات في محيط الآفات .

**السير** : مزمن .

**المعالجة** : يعالج بالستيروئيدات القشرية ، ويفضل تجربة الدابسون في البدء .

# الفصل السادس عشر

# الأمراض البثرية

# Pustular Diseases

د . صالح داود

يطلق مصطلح الأمراض البثرية على أمراض بدئية غير معروفة الأسباب . أما الأمراض التي تتصف باندفاعات بثرية ومن منشأ خمجي بالحمات الراشحة ، أو بالجراثيم ، أو بالفطور ، أو التي تظهر في تفاعلات عدم التحمل الدوائي فستدرس في فصولها المناسبة من هذا الكتاب ومن ضمنها الصداف البثري الذي سيدرس مع الصداف .

تصيب الطفوح البثرية البدئية النهايات ، وخاصة اليدين والقدمين ، أو أنها تنتشر في أنحاء الجلد الأخرى . ويُمَكِّننا التوضع أو الانتشار من التفريق بين أدواء النهايات البثرية والأدواء البثرية المعممة .

## بثار النهايات Acropustuloses :

### التهاب جلد النهايات المستمر المقيح Acrodermatitis Continua Suppurativa [ Hallopeau 1897 ] :

*المرادفات :* التهاب الجلد الزاحف (Crocker 1888) .

**التعريف** : مرض مزمن وناكس ، يتظاهر باندفاعات بثرية على قاعدة محمرة ملتهبة ، تتوضع على السلاميات القاصية لأصابع اليدين والقدمين ، حيث قد تؤدي إلى تشوهات شديدة وإلى فقدان الأظفار . ويمكن أن يترافق باندفاعات بثرية معممة دورية ، وقد يؤخذ المرض على أنه شكل من أشكال الصداف البثري الراحي الأخمصي .

**الحدوث** : المرض نادر المشاهدة جداً ، يصيب النساء أكثر من الرجال .

**الإمراض** : السبب فيه غير معروف . ويذكر المرضى أحياناً بدأة بعد أذية أو بعد خمج موضعين . تتطور آفاته مترافقة بآفات صدافية شائعة ، أو مع آفات صداف بثري معمم ( نموذج فون زامبوك ) . ويشابه المرض سريرياً الصداف البثري الراحي - الأخمصي ( نموذج Konigsbeck – Barber ) ، هـذا بالإضافة إلى التشابه النسجي في كلتا الحالتين : أي التهاب جلد النهايات المستمر المقيح والصداف البثري . كل هذا يدعو للافتراض بأن هذا المرض شكل من أشكال الصداف البثري الراحي الأخمصي ، ويعود ضمور الجلد وانحلال العظم فيه إلى شدة المرض .

ولقد سجل ترابط الداء مع HLA – B27 .

**الموجودات السريرية** : يبدأ الداء غير متناظر ، حيث يمكن أن يصيب أية سلامية قاصية ، إما بشكل عفوي أو بعد رضح Trauma ( كوخزة شوكة ، أو لسعة ، أو التهاب حول الظفر ) .

تظهر البثرات المعاودة ( الناكسة ) فيه على قاعدة حمامية ملتهبة محدودة في جوار الظفر ، ثم تندمج مع بعضها وتأخذ أشكالاً مختلفة . يكون محتوى البثرات عقيماً دوماً . وتتراوح أحجامها بين رأس الدبوس وحتى عدة مللمترات . يؤدي جفافها وتجلبها إلى تشكل وسوف صفاحية وإلى جانبها بثرات ومفرزات قيحية .

تتطور البثرات الجديدة والبثرات الجافة بجانب بعضها ، وهي أقل على ظهر السلاميات القاصية منها على الأوجه الراحية . ( راجع الشكل ١٦ – ١ ) . وتكون حواف الآفات مقطوعة الحدود وتأخذ أشكالاً مقوسة في الغالب . ويحدث تعجر Clubbing السلاميات في المراحل المتأخرة . ويمكن أن يؤدي استمرار تشكل البثرات في سرير الظفر إلى حثول الأظفار ، وبالتالي إلى انحلالها . ويفقد الجلد حروفه الطبيعية في المناطق المصابة ، ويبدو لماعاً وضامراً .

والضمور هذا ليس ضموراً حقيقياً وإنما هو ضمور ثانوي باعتبار أن المعالجة المناسبة تعيد الجلد إلى حالته الطبيعية .

**الأعراض** : لا يؤدي المرض إلى الدعث Malaise ، ولكنه قد يشوه اليدين ،وقد يشعر المريض أحياناً بالحكة وحس الحرقان . وقد وصفت تغيرات عظمية في عظام السلاميات الإنتهائية بتصويرها بالأشعة السينية .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي الحالات النموذجية وجود بثرات ذات مسكن وحيد وذلك في أعلى الطبقة المالبيكية تحتوي العدلات وخاصة في القسم العلوي منها ، ويلاحظ تنكس إسفنجي في خلايا البشرة بسبب الكريات البيض ( البثرة الإسفنجية الشكل لـ كوجوج (Spongiform Pustule of Kogoj) . ونجد توسعاً وعائياً في الأدمة الحليمية ، ورشاحة التهابية مؤلفة من اللمفيات ، والمنسجات والعدلات .

**السير** : يبقى المرض في البداية موضعاً على أصبع واحد أو أكثر أو على عدة أصابع لبعض الوقت . يمكن أن تنتشر البثرات أو تتراجع في أي وقت ، وقد تنتشر الاندفاعات البثرية على مناطق واسعة من الجلد نتيجة إصابات مجموعية شديدة . وتصاب

الأغشية المخاطية للفم في مثل هذه الحالات وتبدو البثرات بيضاء اللون بقدّ رأس الدبوس على اللسان . ولا يمكن تميز هذا المرض عن الصداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك . وإن احتمال حدوث مثل هذه الاندفاعات المعممة تجعلنا نتحفظ بالإنذار .

**التشخيص التفريقي** : يستثنى عند الأطفال أخماج المبيضات البيض وكذلك حبيبوماتها عند مضعفي المناعة . ويصيب الداء الجلدي المخاطي بالمبيضات البيض ( حبيبومات المبيضات ) الأجفان ومنطقة حول الفم . ويدخل بالتشخيص التفريقي أيضاً التهاب جلد النهايات معوي المنشأ بعوز الزنك حيث يصيب النهايات وحول الفوهات وقد يترافق بالبثرات ويسهل تفريق التهابات ما حول الأظفار المزمنة الجرثومية أو الفطرية ، وذلك بالفحوص الجرثومية والفطرية .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : تعطى الإتريتينيات Etretinte ( بمقدار ٥٠ – ٧٥ مغ/يومياً ) وتعطى في الحالات الشديدة الميتوتركسات كما هو الحال في الصداف البثري المعمم . تعطى الستيروئيدات القشرية بمقدار ٤٠ – ٦٠ ملغ يومياً ثم تخفض تدريجياً ، ولها تأثيرات جانبية خطيرة . يمكن إعطاء الكولشيسين بمقدار ١ – ٢ ملغ يومياً ، والدابسون ١٠٠ ملغ يومياً ، وقد نلجأ لإعطاء التتراسكلين . تستطب المعالجة بالمعالجة الكيميا – ضوئية « البوفا » وقد تشرك مع الاتريتينيات . ويجب معالجة البؤر الخمجية . راجع بحث ١٤ . ( المعالجة الجهازية في الصداف ) للاستزادة .

*المعالجة الموضعية* : ينصح بالضمادات الرطبة والمغاطس المقبضة في البداية ، ويمكن تطبيق الستيروئيدات المفلورة في سواغ مائي تحت ضماد كتيم ، وبالتناوب مع الأنترالين أو القطران . ويمكن تطبيق الأشعة الطرية في الحالات المعندة ( ١ – ٢ Gy ٣ مرات ) وبفاصلة أسبوع . ويمكن استعمال حقن معلق بلورات تريامسنولون أسيتونيد ( محلول ١ : ٣ إلى ١ : ٥ مع مخدر موضعي ) . وتفيد المعالجة بالبوفا كما أسلفنا .

## البثار الراحي الأخمصي Pustulosis Palmaris et Plantaris [ Andrews 1943 ] :

*المرادفات* : الطفحة الجرثومية البثرية .

**التعريف** : مرض مزمن يصيب الراحتين والأخمصين . يتظاهر باندفاعات بثرية عقيمة ناكسة على جلد سليم . ويفترض ترافقه مع بؤرة خمجية . ويرجح كثيراً أن هذا المرض يشبه الصداف البثري الراحي الأخمصي .

**الحدوث** : تتعرض النساء للإصابة بهذا الداء أكثر من الرجال بقليل . وتبدأ الإصابة غالباً في سن ٣٠ – ٦٠ سنة من العمر .

**الإمراض** : يرى أندروز أن الداء عبارة عن طفحة « id » تفاعلية نحو خمج بدئي جرثومي ، وإن استئصال هذه البؤرة ومعالجتها يقي من الرجوع ، وبالتالي يؤدي إلى الشفاء من الداء . غير أن ذلك ليس بقاعدة . والظاهرة المفاجئة هي إيجابية حقن الجلد بمستضدات المكورات العقدية والعنقودية . ولم تعرف بعد حقيقة العلاقة بين الصداف البثري الراحي الأخمصي ( نموذج Königsbeck – Barber ) وهذا المرض . هذا وإن التأتب Atopy عند المصابين غير نادر ، وقد يكون المرض تفاعلاً دوائياً .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٦ – ٢ ) . **يصيب** المرض مركز الراحتين والأخمصين ، يكون في البدء في ناحية واحدة لا يلبث أن يترق ليصيب الناحية الأخرى ، وتتناظر الإصابة بعد ذلك . لا تصاب الأفوات ولا أصابع اليدين والقدمين على الأغلب ولمدة لا بأس بها . تظهر الاندفاعات البثرية العقيمة بشكل عفوي ، وتتراوح أقطارها بين ١ – ٢ إلى ٥ ملم . ولا تتمزق البثرات ، لكنها تجف وتتوسف بعد ذلك . وتبدي اللوحة السريرية تزامناً وصفياً للمرض بين بثرات حديثة صفراء اللون ، وبثرات صفراء آخذة بالجفاف تكسوها جلب ووسوف بنية اللون ، وتحدث كل هذه التطورات بجانب بعضها البعض . وتترك الجلب طويقاً وسفياً عندما تنفصل عن مكانها . يبدي الجلد المحيط بالبثرات الحديثة درجة صغرى من الالتهاب وهي علامة مميزة للداء ، وحيثما يستمر الداء يصبح الجلد حمامياً قليلاً . وغالباً لا يبدي هامشاً واضحاً .

**الأعراض** : لا توجد تغيرات أو أعراض مجموعية . ويمكن أن نجد كثرة العدلات مع اضطراب في وظيفة البلعمة . وقد وجد تحمل للسكر غير طبيعي . وقد تحدث حكة معتدلة .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البثرات وحيدة المسكن وتحتوي العديد من العدلات التي تهاجر من الأدمة العليا إلى البشرة ، وقد تصاب البشرة بالشواك ، ويمكن أن نجد تفاعلاً التهابياً في الأدمة العليا مع تكسر في الكريات البيض .

**السير** : سير المرض مزمن حيث يستمر سنوات عديدة أحياناً . ويمكن أن يمر بهدآت قصيرة . لم تسجل عقابيل خطيرة للداء كما لم يسجل انتشار الآفات إلى أجزاء أخرى من الجلد . قد يختلط المرض بأخماج جرثومية أو فطرية ( وهذا يستدعي الفحص المجهري ) . والعبور إلى الصداف البثري الراحي الأخمصي وارد كما أسلفنا .

**التشخيص التفريقي** : تتوضع البثرات في البثار الراحي الأخمصي في مركز الراحتين والأخمصين كما ذكرنا ، وتعاكس بهذا توضع آفات التهاب جلد النهايات المستمر المقيح ، وخلل التعرق ، وإكزيمة خلل التعرق والسعفة من شكل خلل التعرق في القدم واليد . ويكون الفحص النسجي من حويصل حديث ضرورياً للتشخيص التفريقي ، ويسمح بنفي حالات خلل التعرق والتهاب الجلد بالتماس الأرجي . ويمكن إثبات تشخيص السعفة من شكل خلل التعرق بفحص الفطور . ويصعب تحديداً التفريق بينه وبين الصداف الراحي الأخمصي نموذج (Königsbeck – Barber) حيث يترافق الأخير ببثرات سفاجية الشكل وحيدة المسكن بشروية ودون تفاعل سفاجي . ومن المهم نفي التهاب الأوعية .

**المعالجة** : ليس التحسن بقاعدة بعد معالجة البؤر الخمجية ويجب البحث عن الأدوية المحرشة للداء .

*المعالجة الجهازية :* تعطى الاتريتينات والميتوتركسات بنفس الجرعات العلاجية للصداف في الحالات المزمنة والشديدة فقط . وهذه الأدوية موقفة للمراضة فقط . ومن المعالجات أيضاً السولفون ( دابسون ١٠٠ – ١٥٠ ملغ يومياً ) ، أو الصادات ( تتراسكلين ، إريترومايسين ) ، أو الكولشيسين أو المنبهات المناعية كالكلوفازيمين ٣٦٠ ملغ يومياً . ومن الأهمية بمكان مراقبة التأثيرات الجانبية حيث يجب الأخذ بالحسبان عوامل الخطورة الناجمة عن أية معالجة من هذه المعالجات .

*المعالجة الموضعية :* يمكن تجربة الستيروئيدات الموضعية بسواغ مائي تحت ضماد ( فيلم بلاستيكي ) كتيم وحقن الآفات بمحلول التريامسينولون ( بنسبة ١ : ٣ إلى ١ : ٥ مغ مبنج موضعي ) ولا ننسى المعالجة الكيميا – ضوئية باستعمال المحسسات الموضعية أو عن الطريق التحسيس الضوئي بمادة ٨ – ميتوكسي بسورالين .

## بثار الأطراف الطفلي Infantile Acropustulosis : [ Kahn and Rywlin 1979 ]

*المرادفات :* بثار الأطراف في الطفولة .

**التعريف** : مرض جلدي يصيب صغار الأطفال ويتصف باندفاعات حاكة حويصلية بثرية ناكسة تتوضع على الراحتين والأخمصين .

**الحدوث** : سجلت حالات ٤٠ طفلاً صغيراً في الأدب الطبي العالمي ، ولم تقتصر الإصابات على السود فقط كما ذكر سابقاً . يبدأ المرض عادة خلال الأشهر الأربعة من عمر الطفل وبلغ عمر آخر إصابة مسجلة ٧ أشهر ، والذكور أكثر إصابة من الإناث .

**الإمراض** : الإمراض غير واضح ، وذكر في سوابق بعض الحالات إصابة المرضى بالجرب . مما يجعلنا نفترض أن بثار النهايات عند الأطفال إن هو إلا تفاعل مناعي ثابت تجاه هامة الجرب . غير أنه لم يعثر لدى أغلبية الحوادث على إصابة بالجرب .

**الموجودات السريرية** : يصيب الراحتين والأخمصين بصورة رئيسية . ولكن توجد الآفات في بعض الحالات على الفروة ، والجذع والأقسام الدانية من الأطراف أيضاً . تكون الاندفاعات حاكة بدرجة معتدلة إلى شديدة . وتتصف هذه الاندفاعات بأنها حويصلات قطرها ١ – ٢ ملم عقيمة على قاعدة حطاطية حمامية تتبثر خلال ٢٤ ساعة ثم تجف مشكلة جلباً مسمرة مع وسوف طوقية الشكل .

**الأعراض** : تبقى الحالة العامة للطفل طبيعية ، ويصاب بحكة معتدلة إلى شديدة ويلاحظ كثرة الحمضات في بعض الحالات .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي التشريح المرضي النسجي حويصلياً بشروياً وحيد المسكن مع سفاج خفيف في محيطه ، أو سفاجاً في طبقات البشرة السفلى كما ذكر (Wallach, Vignon, Pennamen) . تحتوي النفاطة خلايا مقرنة وخلايا التهابية من حمضات ، وعدلات ، ووحيدات الخلايا . أما دراسات الومضان المناعي المباشر فهي سلبية .

**التشخيص التفريقي** : يشمل التشخيص التفريقي الجرب ، والتهاب الجريبات البثري عند الأطفال ، والحمامى السمية عند الوليد ، والملان البثري عند الوليد ، والأمراض الخمجية كالقوباء ، وداء المبيضات ، والحلأ البسيط . أما بالنسبة لخلل التعرق والصداف البثري فلا يعرف أنهما يصيبان الصغار في هذه السن المبكرة ؛ ويستجيبان للستيروئيدات .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية :* تعطى الصادات ( الإريترومايسين ) ، الستيروئيدات القشرية ، السولفاميدات ( السولفابيريدين ) ، والسولفون ( ٢ ملغ/كغ من وزن الطفل يومياً ) والنتائج غير محددة : غير أن إعطاء السولفون بمقدار ٢ ملغ/كغ/يومياً أدى إلى إيقافه للمراضة Morbidostatic ويجب أن نضع في بالنا التأثيرات الجانبية للسولفون وخاصة انحلال الدم لدى الأطفال . ولذا يجب مراقبة هذه المعالجة دورياً .

*المعالجة الموضعية :* لا يفيد تطبيق الستيروئيدات القشرية أو

المعـدت موضعياً . يمكن تجربة دهونات الزنك أو الدهونات المخـددة نحكة .

**بثار الأطراف الحاد Acropustulosis Acute :**

وهو ضرب من البثار الحاد المعمم ، كما سيأتي ذكره في هذا الفصل .

**جلاد الفروة البثري التآكلي Erosive Pustular Dermatosis of the Scalp [ Pye, Peachey and Burton 1979 ] :**

*المرادفات :* جلاد الفروة البثري التقرحي .

**التعريف :** جلاد بثري تآكلي ، ندبي على الفروة مجهول السبب يؤدي إلى حاصة ندبية [ حاصة ( ثعلبة ) كاذبة ] .

**الحدوث :** مرض نادر يصيب النساء المسنات ، وذكرت بعض حوادثه عند الذكور الأفارقة ، ووصفت بعض الحالات على أنها تقيح جلد مواتي .

**الإمراض :** الإمراض غير معروف . ولكن وجد في بعض الحالات التهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، ولهذا يفترض بأن المرض قد يكون تفاعلاً يشبه تقيح الجلد المواتي . ولقد بيّن الفحص الجرثومي وجود المكورات العنقودية المذهبة والعنقودية سلبية المخثرة Coagulase في بعض الحالات ولكنها قد تكون ثانوية .

**الموجودات السريرية والأعراض :** يتصف المرض بإزمانه وباندفاعاته البثرية والمتجلبة . ويؤدي أحياناً إلى آفات تآكلية في فروة الرأس ، ينجم عنها حاصة ندبية محددة أو ما يسمى أيضاً بالحاصة الكاذبة . وتكون البثرات غير مرتبطة بالجريبات الشعرية .

**التشريح المرضي النسجي :** نجد رشاحة التهابية غير نوعية ، مع نخر في ملحقات الجلد وتشكلات ندبية . ويلاحظ في بعض الحالات زيادة عدد الخلايا المصورية والتهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، ويكون الفحص الومضاني سلبياً .

**السير :** سير المرض مزمن ويؤدي إلى ضمور يشبه الحاصة الكاذبة على الفروة ، ولقد شوهدت سرطانة كعقابيل لهذا التندب .

**التشخيص التفريقي :** يتضمن التشخيص التفريقي الإكزيمة الخمجية ، وتقيح الجلد التنبتي المزمن ، وتقيح الجلدالمواتي ، والتهاب الجريبات الحاص Decalvans والصداف البثري ، والجلاد البثري تحت الطبقة المتقرنة ، والتهاب الجريبات البثري اليوزيني ، والأمراض الجرثومية والفطرية على الفروة .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يمكن أن تستطب المعالجة بالستيروئيدات ، وبالأخص في الحالات التي لا تستجيب للمعالجة بالستيروئيدات الموضعية . وليس للصادات أية تأثيرات مفيدة . يمكن تجربة سولفات الزنك وبجرعات متوسطة كالتي توصف في تقيح الجلد المواتي .

*المعالجة الموضعية :* تفيد الستيروئيدات القوية موضعياً طالما تطبق ( تأثير موقف للمراضة ) ، ويجب معالجة الأخماج الثانوية جرثومية كانت أو فطرية ( المبيضات ) .

## البثارات المعممة Generalized Pustuloses :

**الجلاد البثري تحت الطبقة المتقرنة Subcorneal Pustular Dermatosis [ Sneddon and Wilkinson 1956 ] :**

*المرادفات :* مرض سنيدون ويلكنسون ، البثار تحت الطبقة المتقرنة .

**التعريف :** مرض جلدي مزمن ، يتصف بظهور بثرات عقيمة تصيب الجذع بشكل رئيسي . ويبدي التشريح المرضي بثرات تحت الطبقة المتقرنة في بشرة سليمة . ويترافق أحياناً بنظائر البروتينات في الدم ( البارابروتينيمية Paraproteinemia ) .

**الحدوث :** المرض نادر وأكثر ما يصيب النساء بأعمار ٣٠ ــ ٧٠ سنة وليس للداء أهبة عائلية . وتوجد تقارير تشير إلى اعتلال غاما غلوبولين IgA و IgG مرافقة للمرض وإلى التهاب قولون قرحي .

**الإمراض :** لم يتمكن الباحثون من إيجاد عامل ممرض في بثرات الداء المتشكلة حديثاً ، ولم يلاحظ ترافقه مع أمراض أخرى كالفقاع الورقي ، أو التهاب الجلد الحلئي الشكل ، أو الصداف البثري . والإمراض فيه غير معروف في الوقت الراهن . ومما يجدر ذكره ، ترافقه في بعض الحالات مع تقيح الجلد المواتي .

**الموجودات السريرية :** يصاب الجذع والمناطق الدانية من الأطراف . ( راجع الشكل ١٦ ــ ٣ ) . وقد تصاب الثنيات المقابلة أحياناً . ويغلب ألا تصاب الفروة والراحتين والأخمصين والأغشية المخاطية . وتكون الاندفاعات البثرية متناظرة في توزعها . تتألف الاندفاعات الأولية من بثرات صغيرة متوترة قيحية صفراء اللون ، ثم تصبح رخوة حيث تكبر وتحاط بحمامى التهابية ضيقة . ويمكن أن تجتمع البثرات على هيئة مجموعات . تترسب الكريات البيض في قاع البثرات الكبيرة ، ونظراً لرقة سقف البثرات تنفجر وتؤدي لتآكلات متحلقة أو

متعددة الدوائر وتبقى بقايا سقف البثرات في المحيط . وقد يستمر ظهور البثرات في هذه المناطق التي ظهرت فيها سابقاً . وغالباً ما تترك بعد تراجعها فرط تصبغ في مكانها .

**الأعراض** : تبقى الحالة العامة للمصاب طبيعية ، ويصاب بحكة خفيفة .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البثرات وحيدة المسكن وتحتوي أعداداً كبيرة من العدلات وهي تحت الطبقة المتقرنة مباشرة . والبثرات كما ذكرنا عقيمة لا تحتوي على جراثيم . وقد تبدي البشرة شواكاً خفيفاً وتبقى الطبقة الحبيبية طبيعية . ويظهر أيضاً سفاج دون وجود انحلال أشواك . ويلاحظ وجود تفاعل التهابي حول الأوعية في الأدمة العليا .

**السير** : سير المرض مزمن . حيث قد يبقى لمدة عشرين سنة أو أكثر . وقد يصاب المريض بورم المصوريات ( المصوروم Plasmacytoma ) وبالأخص عند المسنين .

**التشخيص التفريقي** : إن وجود البثرات في الداء البثري تحت الطبقة المتقرنة والتي يزداد حجمها تدريجياً وتحتوي على تجمعات من الخلايا القيحية تجعلنا نفكر بنفي القوباء الفقاعية ، والصداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك الذي يترافق بالحمى Pyrexia . ويجب أن نلحظ بالتشخيص التفريقي أيضاً الصداف البثري الشبيه بالحمامى الحلقية النابذة ، والحمامى النخرية ، والتهاب الجلد الحلئي الشكل ، والفقاع الورقي .

أما تفريقه عن الطفحة الجرثومية البثرية المعممة الحادة ( البثار المعمم الحاد ) فيرتكز إلى أن هذا المرض الأخير يحدث بثرات تحت الطبقة المتقرنة لكنه مرض حاد يخمد بسرعة .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يعطى الدابسون بعيار ٥٠ ـ ١٥٠ ملغ يومياً كما في التهاب الجلد الحلئي الشكل حيث تحققت فائدته ، ولكن تأثيره بوجه عام ليس أكثر من تأثير موقف للمراضة Morbidostatic . ويؤدي إعطاء مضاد الهستامين Mebhydroline ٣ ـ ٥ مرات يومياً إلى تخفيف تطور الداء في بعض الحالات . ويمكن تجربة الاتريتينات وإيزوتريتينوين أيضاً .

*المعالجة الموضعية :* تطبق المطهرات المناسبة في مناطق التآكلات . ويمكن تطبيق الستيروئيدات القشرية على شكل رهيات ودهونات ولكن لا يستحب تطبيق المراهم الدهنية .

## القوباء الحلئية الشكل Impetigo Herptiformis

[ Hebra 1872, Kaposi 1887 ] :

**التعريف** : مرض جلدي نادر جداً . يتصف بحمامى وبثرات على مساحات واسعة من الجلد تترافق بأعراض أساسية ، وقد تؤدي إلى الوفاة . وتعتبر القوباء الحلئية الشكل بكل الاحتمالات شكلاً من الصداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك مع اختلال في وظيفة الدريقية .

**الحدوث** : المرض نادر المشاهدة . يبدأ عادة في منتصف الحمل وقد يرجع ( ينكس ) مع كل حمل لاحق . ولقد شوهد حدوثه بعد الولادة وبعد استئصال الدرق . ويمكن أن يصيب النساء غير الحوامل وتندر إصابته للرجال .

**الإمراض** : البثرات عقيمات دوماً ، والصورة السريرية مشابهة تماماً للصداف البثري نموذج فون زامبوك ، والموجودات النسجية مطابقة للموجودات النسجية في الصداف البثري والتهاب الأطراف المستمر القيح Acrodermatitis Continua Suppurativa . وتوجد في بعض الحالات علامات نقص نشاط الدريقات ( تكزز Tetany ، ونقص كالسيوم المصل ، وارتفاع في فوسفات المصل ) . ويحتمل أن يكون المرض ليس سوى تظاهرة لصداف بثري كامن معمم اثارة عوز هرمون الدريقات خلال الحمل أو تطور بعد استئصال الدرق أو الدريقات .

**الموجودات السريرية** : أماكن توضع الداء هي الجذع ، وأغلبية الثنيات والطيات الجلدية ، ويمكن أن تصاب الأطراف أيضاً . تتشكل البثرات في هذا الداء على قاعدة حمامية ، قد تتطور وتصبح رخوة . وبعد ذلك يجف مركزها ويتوسف محيطها وتؤدي إلى طوق وسفي . وقد يؤدي توضع البثرات إلى أشكال متحلقة أو زاحفة ، ويمكن أن تترك تصبغات ثانوية . يمكن أن يصاب الغشاء المخاطي في الفم وتأخذ الآفات فيه شكلاً نقطياً أبيضاً غيمي اللون على الظهارة ، وقد تتطور الحالة إلى أحمرية تقشرية .

**الأعراض** : تكون المريضة منهكة وتصاب بالقهم والصداع والحمى مع عرواءات مرافقة لظهورالطفوح البثرية . ويكون المرضى عليلون إلى درجة الخطر . وتشير الفحوص البولية إلى التهاب الكلية . وتوجد علامات تشير إلى نقص نشاط الدريقات ( إيجابية علامة شفوستوك وتروسو ، ونقص مستوى كلسيوم المصل والتكزز ) . وقد ينخفض ألبومين المصل ويمكن أن يكون مستوى كلسيوم المصل طبيعياً وترتفع سرعة التثفل . وقد يظهر خلل بروتينات الدم وكثرة العدلات . ويمكن أن نجد عوزاً في الحديد خلال سير الداء . قد يصاب

ـرعي ـإقيء . والإسهال ، والتهاب الصفاق والشلل حركي . هـ ويذكر أن المرض مميت أحياناً في الحالات التي يحدث فيه لاندفاع بالترقي والسورات الدورية Periodic Exacerbation أما بالنسبة للجنين فقد يولد خديجاً أو مليصاً Still Birth أو غير قابل للحياة .

**التشريح المرضي النسجي** : يتصف التفاعل النسجي بتشكل ـثرة ـسفـاجية والمطابق تماماً للموجودات النسجية في الصدف البثري ، ويوجد في محيط البثرة خلايا منحلة الأشواك . يوجد في أعلى الأدمة والبثرة أحياناً خليط من حمضات والعدلات .

**السير** : مرض خطر ، وقد تمتد خطورته عدة أشهر . ولقد سجلت حالات حادة منه انتهت بالوفاة بسبب فرط الحرارة ، أو بسبب القصور الكلوي . أو القلبي ، وخلال أيام أو أسابيع . والرجوع ( النكس ) وارد في الحمول اللاحقة أو مع تناول مانعات الحمل .

**التشخيص التفريقي** : يتم تشخيص القوباء الحلئية الشكل استناداً إلى الآفات الموضعية المترافقة بعلامات نقص نشاط الدريقات . وفي الحالات الأخرى ، تتوافق المتلازمة السريرية مع الصداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك . ويجب نفي الجلاد البثري تحت الطبقة المتقرنة .

**المعالجة** : يتوجب إنهاء الحمل في الحالات الخطيرة ، إذا لم تستجب الحالة الخطرة للمعالجة الدوائية .

*المعالجة الجهازية* : إنه لمن المهم معالجة نقص نشاط الدريقات بعقار Dihydrotachysterol (A. T. 10) وبمشاركته مع أملاح الكالسيوم حقناً وريدياً . ويجب مناظرة Monitoring ( مراقبة دورية ) مستوى الكالسيوم في الدم خلال المعالجة ووظيفة الكلية أيضاً . يمكن إعطاء الفيتامين $D_2$ بمقدار ١٠ آلاف وحدة يومياً بعد ذلك . تعطى الستيروئيدات عن الطريق العام بمقدار ٣٠ ـ ٨٠ ملغ يومياً غير أنها لا تؤثر على نقص نشاط الدريقات . أما العلاج المنتخب في الوقت الحاضر فهو إشراك A. T. 10 والستيروئيدات . والمعالجة بسامات الخلايا ( الميتوتركسات ) أو الاتريتينات غير مستطبة في الحمل . كما أن المعالجة بالبوفا PUVA مع الاتريتينات أو ما يسمى ـ (Re PUVA) فيمكن التفكير به في حالات خاصة . ويمنع الاستطباب بهذه المعالجات أثناء الحمل أيضاً .

وفي الحالات الخطرة جداً أو إذا كان الحمل بعمر متقدم يمكن التفكير بإجراء قيصرية قبل الأوان .

معالجة موضعية : يمكن تطبيق المواد المقبضة Astringent كدهون الزنك ، وبعض الأصبغة والستيروئيدات المفلورة بسواغ مائي . ويجب أخذ الحذر والحيطة من حدوث الأخماج الثانوية وخاصة بالمبيضات البيض .

وبسبب الخطورة العالية على حياة الأم والجنين يمكن التفكير جدياً بإيقاف الحمول مستقبلاً حفاظاً على حياة الأم .

**البثار الحاد المعمم Pustulosis Acuta Generalisata** [ MacMillan 1973, Tan 1974 ] :

*المرادفات* : الطفحة الجرثومية المعممة الحادة ، البثار الحاد المعمم Acute Generalized Pustulosis .

**التعريف** : المرض حالة حادة ، ويتصف باندفاع بثري معمم ، وهو محدد لذاته أو يشفى عفوياً خلال بضعة أسابيع . ويرجح أن يكون منشؤه أرجياً نحو خمج و/أو أدوية .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : البثرات عقيمة ويرجح أن يكون المرض تفاعلاً أرجياً نحو خمج حاد ( التهاب قصبات ، التهاب بلعوم وغيرها ) ، أو قد يكون تفاعلاً دوائياً . وتبين الموجودات المناعية النسجية والتشريحية المرضية ، وهي عبارة عن التهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، بأن المرض هو تفاعل من نمط أرتوس ( التهاب أوعية بمعقدات مناعية ) .

**الموجودات السريرية** : تلاحظ البثرات المنتشرة على الفروة ، والجذع ، وعلى الأقسام القاصية من الأطراف ، مع كثافتها على اليدين والقدمين وثنيات الرسغ . ( راجع الشكل ١٦ ـ ٤ ) . ويعف عن الراحتين والأخمصين والأغشية المخاطية للفم . تكون البثرات صفراء اللون ، تنفجر وتبقى بقايا سقفها في المحيط ، وبعد ذلك يتظهرن مكانها ، ويجف بعضها ويأخذ لوناً بنياً . ومما يجدر ذكره هو إصابة المرض لليدين والقدمين فقط ويدعى في هذه الحالة بثار النهايات الحاد Acropustulosis Acuta .

**الأعراض** : يمكن أن تتأثر الحالة العامة للمصاب . وتشمل ترفعاً حرورياً وزيادة سرعة التثفل ، وكثرة العدلات وأحياناً الحمضات . وذكر كذلك حدوث حَبَر Petechiae ، وبيلة دموية في بعض الحالات ووجود معقدات دموية جوالة .

**اللطاخة الخلوية من البثرات** : تحتوي على عدد كبير من العدلات .

**الجرثوميات** : البثرات عقيمات لا تحتوي على جراثيم .

**التشريح المرضي النسجي** : تتصف البثرات بأنها داخل بشروية أحادية المسكن مع وجود خلايا منحلة الأشواك إفرادية في محيطها . وقد تبدي البشرة سفاجاً إكزيمياً . تبدي الأدمة

رشـاحة التهابيـة مع علامات التهاب أوعية كاسرة للكريات البيض .

**التشريح المرضي المناعي** : يترسب الغلوبولين IgG والمتممة $C_3$ في جذر الأوعية . وقد نجد ترسباً حبيبياً خطياً بالغلوبولينات وبالمتممة $C_3$ على الغشاء القاعدي . هذه الموجودات تشابه الموجودات في الصداف البثري .

**الســير** : يبدأ المرض بعد ٧ ـ ١٠ أيام من إصـابة خمجية بالمكورات العقدية الحالة للدم ـ بيتا والتي عولجت بالصادات . ويتراجع المرض عفوياً خلال عشرة أيام إلى ٤ أسـابيع ، وقد يحدث نكس بعد إيقاف المعالجة .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي الحالات الخمجية المنشأ ( التقيحات الجلدية ، والدخنيات البثرية ) والصداف البثري المعمم نموذج فون زامبوك ، والأدواء البثرية المعممة الأخرى . ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار الأمراض التي تصيب اليدين والقدمين والأغشية المخاطية والناجمة عن حمة كوكساكي .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* الستيروئيدات القشرية بعيارات متوسطة ٦٠ ملغ بريدنيزولون يومياً .

*المعالجة الموضعية :* دهونات الزنك ورهيات الستيروئيدية .

## البثار اليوزيني العقيم Sterile Eosinophilic Pustulosis : [ Ofuji et al 1970 ]

*المرادفات :* التهاب الجريبات اليوزيني البثري ، البثار اليوزيني .

**التعريف** : يصيب الداء اليافعين ويتظاهر باندفاعات بثرية فيها الكثير من الحمضات مع ارتفاع نسبتها في الدم أيضاً .

**الحدوث** : المرض نادر . يصيب الشباب الصغار وخاصة الذكور . ونادراً ما يصيب الأطفال ، ولقد شوهد الجلاد عند المرضى المخموجين بحمة المعمم (HIV) .

**الإمراض** : آليته الإمراضية غير واضحة . ويؤدي التفاعل الالتهابي في الجلد إلى تشكل بثرات يوزينية بشروية مع التهاب أدمي حول الجريبات الشعرية تحوي الكثير من الحمضات ( التهاب جريبات ) .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر باندفاعات حطاطية محمرة منتشرة قطرها ١ ـ ٣ ملم حكتها معتدلة . يمكن أن تتلاقى وتؤدي إلى مساحات أكبر . وتتشكل البثرات العقيمة في الحطاطات نتيجة تطورها ثم تتراجع تاركة ندبات وفرط تصبغ . ويحدث أحياناً آفات عقيدية مع تشكلات خراجية . ولقد ذكرت حالات أخذت أشكالاً حلقية أو عديدة الدوائر مع شفاء مركزي ، وترقٍ محيطي نتيجة تشكل بثرات في المحيط . تبدأ بآفة على الوجه ثم تنتشر إلى الجذع ، وخاصة في منتصف القص والنهايات وتصاب الراحتين والأخمصين ، وتؤدي إصابة الفروة إلى حاصة ندبية تشبه الحاصة الكاذبة .

**الأعراض** : يتصف الداء بحكة خفيفة . ولا توجد أعراض عامة ولا أرج لمؤرجات جرثومية . يرتفع الغلوبولين IGE في المصل ، وترتفع الكريات البيض قليلاً ، وتصل الحمضات حتى ١٠ ـ ٢٠٪ في الدم المحيطي .

**التشريح المرضي النسجي** : تحوي البثرات الجريبية داخل البشرة أعداداً كبيرة من الحمضات ، ويتواجد تفاعل التهابي غير نوعي مع كثير من الحمضات في كل من الجريبات الشعرية والغدد الزهمية والغدد العرقية الناتحة .

**التشريح المرضي المناعي** : لا توجد ترسبات مناعية ، ونادراً جداً ما توجد أضداد مضادة للبشرة من نوع IgG و IgM بالومضان المناعي المباشر في الآفات وفي مصل المرضى .

**السير** : المرض مزمن وناكس ، وقد يحدث تراجع عفوي بعد عدة سنين ويتلو تراجع الآفات فرط تصبغ ونادراً ما تتلوه الندبات .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي ، الصداف الشائع مع بثرات الإكزيمة الثمية المتقوبئة ، وداء المبيضات البيض ، والإفرنجي البثري ، والبثار الراحي الأخمصي . وإذا ما انحصرت الآفة في الفروة يجب نفي التهاب الجريبات الحاص وذلك بالفحص الجرثومي والنسجي وتنفى سعفة الرأس بالتحريات الفطرية .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يعطى السولفون بمقدار ١٠٠ ـ ١٥٠ ملغ يومياً ويمكن إعطاء الستيروئيدات القشرية لفترة طويلة وقد تشرك مع الإريترومايسين .

*المعالجة الموضعية :* المقبضات ( الكليوكينول ، دهونات الزنك ٥٪ ) ، الدهونات الستيروئيدية أو الرهيات .

# الفصل السابع عشر

# التقرانات

# Keratoses

د . وليد حناوي

## البشرة Epidermis :

تشكل البشرة طبقة الجلد الخارجية والتي تحمي الإنسان من محيطه ، وتتواجد الطبقة المتقرنة في أعلاها ، بينما تتكون بنية البشرة الوسفية المتقرنة من الأديم الظاهر ، وتتألف هذه البشرة الوسفية من الطبقة القاعدية ، ومن الطبقة الشائكة والطبقة الحبيبية اللتين تتشكلان من الخلايا المقرنة Keratinocytes ومن الطبقة المتقرنة التي تحوي على الخلايا المتقرنة Conneocytes ، كما توجد في الجلد أنماط خلوية أخرى تقدر بحوالي ١٠٪ تقريباً من عدد الخلايا الكلي ، وتضم كلاً من :

- الخلايا الملانية التي تشكل الملانين وتشاهد في المنطقة العابرة بين البشرة والأدمة وتتوضع بين الخلايا القاعدية .
- خلايا لانغرهانس التي تنتمي إلى نظام البلاعم الوحيدة وتتوضع في الطبقات السفلى من البشرة .
- خلايا مركل التي ينظر إليها كخلايا متقرنة متمايزة .
- ومن خلايا شوان القادمة من العرف العصبي والتي قد تقوم بعملها في المحاوير العصبية كمستقبلات آلية .

**الشكلياء Morpholog** : تشكل البشرة باستطالاتها أبعاداً ثلاثية تتداخل بشكل شبكة مع حليمات الأدمة بنسيجها الضام . وتشكل أنصاف الجسيمات الرابطة والموصل البشروي الأدمي المعقد الارتباط الأقوى بين البشرة والأدمة . ويحدث انفصال البشرة عن الأدمة ( نفاطة تحت بشروية ) بعوامل حرارية ( تسخين الجلد ما يقارب ٦٠° ) أو بعوامل آلية ( احتكاك ) . كما يضمن النظام ثلاثي الأبعاد لليفات الموترة داخل الخلية – التي ترى بالمجهر الألكتروني – الثبات الآلي للبشرة ذاتها . وتتألف هذه الليفات من حزم من الخيوط الموترة والتي تلج أنصاف الجسيمات الرابطة على جدار الخلية القاعدية أو بالتماس مع هذه الجسيمات في أي مكان داخل الخلية ، بينما تشكل هذه الجسيمات توضعات خاصة لمرتكز بين الخلايا . وتتألف بنيتها المعقدة من زوج متقابل من قطع من الغشاء الخلوي . أما في الطبقات السفلية من البشرة ، فتكون بنية هذه الجسيمات وقتية حيث تنفتح وتنغلق كي تسمح بهجرة بعض الخلايا بعد انقسامها في الطبقة القاعدية . وإذا ما تخربت هذه الوظيفة ، كما في الفقاع الشائع ، فيكون نتيجتها انحلال الأشواك . وتغلف مادة الكنان السكري Glycocalyx الغشاء الخلوي للخلايا المتقرنة من الخارج ، وهذه المادة هي طبقة من الغليكوزأمينوغليكان Glycosaminoglycans وتعادل الملاط بين الخلايا .

تتألف البشرة من عدة طبقات :

*طبقة الخلايا القاعدية* ***Basal Cell Layer*** *( الطبقة القاعدية ) :* وتترتب الخلايا فيها على محاور أفقية طويلة ، وتحتوي هيولاها على بروتين بنياني ، وعلى خيوط موترة قاتمة اللون الكترونية القد ، ويتراوح قطرها بين ٥ – ٨ ن م . تشكل هذه الخيوط الألياف الموترة والتي يبلغ قطرها ٢٥ ن م تقريباً ، وفيها يبدأ تشكل القرنين . ولهذا السبب توصف الخلايا البشروية بالخلايا المتقرنة .

*طبقة الخلايا الشائكة أو الوسفية* ***Spinous or Prickle Cell Layer*** *( الطبقة الشائكة ) :* تخضع الخلايا المتقرنة لإعادة ترتيبها البنياني في هذه الطبقة ، فتصبح أكثر تسطحاً وتتعدد زواياها ، وتبدو الجسيمات الرابطة بالمجهر الألكتروني أكثر وضوحاً كروابط للخلايا ببعضها . كما تلج حزم من الخيوط الموترة في الجسيمات الرابطة وترافقها ارتباطات بين الخلايا أكثر ديمومة وترقياً ، وهذا يؤدي إلى ثبات البشرة واستقرارها . وفي القسم العلوي من الطبقة الشائكة والطبقة الحبيبية ، تشكل الخلايا المتقرنة الجسيمات المتقرنة Keratinosomes ( أجسام أودلاند Odland Bodies أو الحبيبات المغلفة بالغشاء ) . وتتألف هذه الجسيمات من حبيبات صفاحية يتراوح قدها بين ٦٠ – ٢٠٠ ن م ، كما توجد في هذه الخلايا عضيات هيولية تحت مجهرية تتوضع على الغشاء الهيولي للخلايا المقابل لسطح الجلد . وتتحرر هذه العضيات في الأحياز بين الخلايا ، وتصنف بانتمائها إلى النظام اليحلولي . وتتميز بأهميتها في ربط الخلايا المتقرنة ببعضها ، وبالتوقيت الصحيح لتوسف هذه الخلايا على سطح الجلد .

*الطبقة الحبيبية* ***Granular Layer*** *:* ويبلغ سماكة هذه الطبقة بين ٢ – ٣ طبقات من السماكة الخلوية باستثناء الراحتين والأخمصين ، وتأخذ اسمها من وجود حبيبات الكيراتوهيالين في خلاياها والتي يتراوح قدها بين ١٠ ن م إلى عدة ميكرومترات ، وتظهر هذه الحبيبات الخشنة والغنية بالهستيدين بالمجهر الضوئي بعد تلوينها بالملون الأسسي ، بينما تظهر بشكل عتمات متجانسة بالتصوير المجهري الالكتروني . ولا تنجم هذه الحبيبات عن تنكس عادة ، إلا انها قد تتداخل في التقرن

الأخير ، ويفترض أنها تتشكل من بروتين غني بالهستيدين حديث التركيب ومن شحوم ولييفات موترة أيضاً . ( راجع الشكل ١٧ – ١ ) .

*الطبقة الشفافة* ***Stratum Lucidum*** : وتبلغ سماكة هذه الطبقة في الحالة الطبيعية سماكة طبقة خلوية واحدة فقط ، وذات بنيان مستقل في الراحتين والأخمصين فقط ، حيث تتطور فيها بشكل جيد . وتسير الخيوط الموترة في هذه الخلايا متوازية مع سطح الجلد ، وتنغمس في مادة خيطية غنية بالكبريت ، وذات كثافة الكترونية سميكة نسبياً . وتتسطح هذه الخلايا ذاتها ولكنها ليست كالعضيات المسطحة أو المجردة التي توجد في خلايا الطبقة المتقرنة .

*الطبقة المتقرنة* ***Stratum Corneum*** : وتتثخن الأغشية الخلوية فوق الطبقة الحبيبية والشفافة ، كما توجد منطقة انتقال مفاجئة إلى الطبقة المتقرنة . ويجب أن تكون هذه المنطقة ، والتي تقع في قاعدة الطبقة المتقرنة ، مكاناً لجميع الاحداث ، وفيها تتحول الخلايا الحية المنواة وعضياتها الهيولية وبروتينها البنيوي ( اللييفات الموترة ) إلى خلايا قرنية ميتة خلت من نواها ومن عضياتها الهيولية ، وتحتوي هذه الخلايا على تراكيز عالية من الأنظيات التقويضية والمحلمهة كالأسترازات ، والفوسفاتازات التي تتقوض بدورها في الحدث النهائي للتقرن ، ولهذا فمن الواضح وجود منطقة ولوعة بالماء تحت الطبقة المتقرنة مباشرة ، وهي غنية في شحومها وعديدات السكاريد فيها والمركبات المعقدة الأخرى . وهذا يجعلها تقوم بدور الحاجز الذي يمنع نفوذ المواد المنحلة في الماء .

هذه المواد معاً ، والتي تنجم عن تقويض الخلايا البشروية ، هي المسؤولة عن ارتباط الماء بالمواد في الطبقة المتقرنة ، وتمثل ما يسمى الجزء غير المتقرن من الطبقة المتقرنة . وإذا تحطم هذا القسم الذي يسمى العامل المرطب الطبيعي **Natural Moisturizing Factor** نتيجة الغسل الزائد أو تطبيق ضمادات مرطبة لفترة طويلة تفقد الطبقة المتقرنة قدرتها الرابطة للماء ، ويصبح سطح الجلد جافاً خشناً وقَشِفاً ( انعدام الزهم ، جفاف الجلد ) .

ويكشف المجهر الالكتروني عن نموذج القرنين في الخلايا المتقرنة ذات اللييفات منخفضة التباين والتي يبلغ قطرها حوالي ٧ ن م ، وعن المطرق المتجانس ( البروتين الغني بالكبريت فلاغرين **Fillagrin** ) . ويكون تقرن الغشاء الخلوي واضحاً ومن الواضح أن البنية هنا أقوى مما عليه في الطبقات السفلية من البشرة ، وينجم هذا البنيان عن الكسائين **Involucrin** ، وهو بروتين غني بالسستين غير ذواب ويغلف الخلية . وتبلغ سماكة غشاء الخلايا المتقرنة حوالي ١٧,٥ ن م ، هي عادة ما تكون مترابطة مع الجسيمات الرابطة المتجانسة بين هذه الخلايا ، والتي تصل سماكتها إلى ٢٠ ن م .

وتتسطح هذه الخلايا بشكل مترق ثم تتوسف على سطح الجلد أخيراً نتيجة للانحلال الخلوي ، وتقرن الخلايا الكلي ، وضياع الماء المستمر . ولا يلاحظ هذا الحدث بشكل طبيعي ، ولذا يوصف بالتوسف غير المحسوس ( اللا حسوس ) ، وقد قورنت الخلايا المتقرنة والمادة بين هذه الخلايا – مكونا الطبقة المتقرنة – بالملاط والقرميد . كما ينتج قرنين الطبقة المتقرنة نموذجاً خاصاً انعراجياً بالأشعة السينية ( قرنين ألفا ) ، ومن المقبول به حالياً ، أن ارتباط السلاسل عديدات الببتيد خيطية الشكل في القرنين مترابط بروابط ملحية وهيدروجينية ، وبروابط ثنائية الكبريت بشكل خاص ، وتجعل هذه الروابط الثنائية الكبريت من القرنين مادة قاسية غير ذوابة في الماء . كما تؤدي حدثية التموج الدائم في الأشعار إلى اختزال الروابط ثنائية الكبريت إلى مجموعة هيدريل الكبريت ، والتي تعالج رأب الأشعار ، حيث يعيد التأكسد التالي الحزم ثنائية الكبريت للحالة السابقة ، وكنتيجة لذلك تحتفظ الأشعار بالشكل المرغوب فيه .

**تشكل البشرة Epidermopoiesis** : لا توجد جليدة خاصة أو وسوف صلبة أو مخاط يحمي البشرة الإنسانية من العوامل المحيطية ، ولكن تحميها الخلايا المتقرنة فقط ، والتي تنفصل بشكل مستمر عنها ، ثم تتشكل ثانية من جديد ، ويمكن اعتبارها شكلاً من الإفراز الغدي المنفرز ، ومن وجهة نظر وظيفية ، يمكن تقسيم البشرة إلى قسمين :

*القسم التكاثري* ***Compartment of Proliferation*** : ويتضمن هذا القسم كل من طبقة الخلايا القاعدية والقسم السفلي من الطبقة الشائكة ، وحيث تكون البشرة ذات شواك .

*القسم التمايزي* ***Compartment of Differentiation*** : ويتضمن كل من القسم العلوي من الطبقة الشائكة ، والطبقة الحبَيبية ، والطبقة المتقرنة .

يحدث الانقسام الفتيلي في طبقة الخلايا القاعدية فقط ، وبمعدل انقسام فتيلي واحد في كل ٤٠٠ خلية قاعدية تقريباً ، وتبين باستعمال التيميدين الموسوم [ $^3H$ ] أن ما يقارب ٥٪ من الخلايا البشروية القاعدية تكون في طور تركيب الدنا **DNA** من دور الخلية بشكل طبيعي . وتنطلق بعد هذا الانقسام الفتيلي خلية قاعدية واحدة فوق القسم القاعدي ، وتهاجر ببطء إلى سطح الجلد . ويعتقد أن زمن العبور من طبقة

خلايا القاعدية إلى الطبقة الحبيبية يعادل الأسبوعين تقريباً ، ومن طبقة الخلايا الحبيبية إلى سطح البشرة يعادل أسبوعين أخرين أيضاً . ولذا فإن زمن العبور الكلي يعادل ٢٨ ( ـ ٤٠ ) يوماً . وإذا أصاب تشكل البشرة تسارع معين كما في الصداف الشائع أو النخالية الحمراء الشعرية **Pityriasis Rubra Pilaris** نتيجة لتكاثر فوق طبقة الخلايا القاعدية إلى الخلايا المقرنة فوق القاعدية ، ويقصر زمن العبور الكلي إلى حد كبير في مثل هذه الحالات . بحيث لا يزيد هذا الزمن على ٥ ـ ١٠ أيام في الصداف .

وعندما يتسارع تشكل البشرة ، فقد يبقى التقرن سوياً تقرن سوي **Orthokeratosis** ) أو يصبح مرضياً ( خطل تقرن **Parakeratosis** ) . ويظهر ذلك أن تمايز البشرة محكوم بعوامل أخرى أكثر مما هو محكوم بعوامل التكاثر ( الكمية ) وحدها .

ولا يوجد جواب محدد عن العوامل التي تسيطر على تجدد النسيج البشروي المستمر ، ويعتبر ضمن هذه العوامل كل من الكيتيكول أمين ، والنيوكليوتيدات الحلقية داخل الخلية **cGMP, cAMP** ) ، وتأثيرات الوسطاء مثل البروستاغلاندين . وقد تؤثر الستيروئيدات وأشكالها الأخرى بالإضافة إلى الهرمونات الجنسية ( اندروجين ) هنا على تشكل البشرة أيضاً . ومن المعروف جيداً الفعل المثبط لهذه الستيروئيدات .

**وظيفة البشرة** : تعتبر الحماية الوظيفة الأساسية للبشرة ، فتقي الطبقة المتقرنة الجسد من الماء الزائد أو من نقص الحرارة ، ويصبح هذا واضحاً عندما يتأذى التقرن كما في الصداف ، حيث يضيع كل من الماء والحرارة أكثر بعدة مرات منهما في الحد السوي ، كما تغطي طبقة رقيقة ( فلم ) من الشحميات سطح الطبقة المتقرنة ، ويُصنع أكثر من ٩٠٪ من هذه الشحميات الزهمية من الشحميات التي يمكن استخلاصها ، بينما يشتق أقل من ١٠٪ منها من البشرة نفسها ( شحميات البشرة ) . وتشكل طبقة الشحم مستحلباً يجعل من الطبقة المتقرنة ناعمة ملساء ، وأقل نفوذية للمواد الذوابة في الماء . ويبدو أن الشحميات البشروية وخاصة السيراميدات مسؤولة بشكل خاص عن قدرة البشرة للارتباط بالماء وعن نعومة الطبقة المتقرنة .

يكون سطح البشرة حامضياً وتبلغ درجة الباهاء ( PH )فيه حوالي ٥,٥ ـ ٧,٥ . ويحتمل أن يكون لحمض المانتل أهمية في حماية البشرة من الأخماج الجرثومية ، ويتخرب هذا الحمض في طيات الجلد ( المناطق المذحية ) بشكل عام ، وقد يصبح الباهاء فيها قلوياً وهذا يزيد من خطورة حدوث الأخماج الجرثومية والفطرية ( كالسعفة القدمية ) ويثيرها التطهير الحيوي المتكرر باستعمال « الصوابين » الحمضية ( منظفات درجة الباهاء فيها حمضية ) . وليست القدرة الدارئة للبشرة نحو السوائل الحمضية والقلوية كبيرة كما هو واضح في الأذيات الأتكالية . وينطبق هذا على وظائف البشرة الواقية والآلية وخاصة وظائف الطبقة القرنية منها ، حيث يسبب التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ب تسمكاً في الطبقة المتقرنة ( الشثن الشعاعي ) .

**اضطرابات التقرن** : وفي جميع التقرانات ، يوجد تبدل نسبي بين الاستبدال **Replacement** والتوسف ، ولذا يزداد عدد كل من الوسوف والخلايا المتقرنة الملتصقة بثبات ، ويوجد بالإضافة إلى ذلك شذوذات كيفية في حدثية التقرن والتي تثبت نسجياً ، وبالمجهر الألكتروني ، وبالطرق الكيمياوية الحيوية . وإن مسببات اضطرابات التقرن هذه غير معروفة عموماً ، وتتحدد وراثياً في كثير من الحالات والتي تعرف بالجلادات الوراثية **Genodermatoses** ، كما يتصف العديد من هذه الجلادات بسير شديد ، ولذا من الأهمية بمكان أن ينصح هؤلاء المرضى بما يناسبهم إذا رغبوا بانجاب الأطفال ( استشارة وراثية ) . ويمكن التنبؤ بهذه الحالات بإجراء الاختبارات المجهرية الالكترونية ، والكيمائية الحيوية خلال الحمل وبعد بزل السُلى **Amniocentesis** ، وبالتالي التنبؤ بعدم إصابة الجنين بأحد هذه الأمراض .

ويُكتسب التقرن أحياناً ، كما في التفاعلات الدوائية ، أو قد يكون علامة لمرض بدني مختلف ، وينجم تسمك الطبقة المتقرنة أي فرط التقرن ، بشكل أساسي عن أحد الحدثين التاليين :

١ ـ تسارع في تكون البشرة ، ويتشكل فيها كثير من الخلايا المتقرنة ، وهذا هو فرط التقرن التكاثري ( مثال : الصداف ، النخالية الحمراء الشعرية ) .

٢ ـ تأذي حدثية التوسف ، وينفصل فيها قليل من الخلايا المتقرنة عن سطح الجلد ، وهذا ما يسمى بفرط التقرن الاحتباسي ( مثال : السماك الشائع ) .

ويحدث تخرب نوعي في حديثة التمايز أحياناً ، فتصبح الخلايا المعزولة متقرنة في مرحلة باكرة من تمايزها في البشرة الحية ، وبحديثة تدعى خلل التقرن **Dyskeratosis** ، أو قد تبقى النوى في الخلايا المتقرنة في الطبقة المتقرنة ويُسمى هذا الحدث خطل التقرن **Parakeratosis** . وفي مثل هذه الحالات ، قد تحتوي الطبقة المتقرنة على إنظيمات وركائز توجد بشكل سوي في المنطقة المولدة للقرنين فقط ( خطل التقرن الكيميائي النسجي ) ، أو قد يكشف المجهر الألكتروني عن قطيرات

شحمية وتعضيات هيولية جزئية في الخلايا المتقرنة المتمايزة ( خطل التقرن بالمجهر الألكتروني ) . وأخيراً ، قد يسبب كل من تلاشي الليفات الموترة الباكر ، وتخرب تشكل الكيراتوهيالين ، تنكساً حبيباً ( فرط التقرن الحال للبشرة ) في أعلى الطبقة الشائكة .

ويتوافق تمايز التقرن مع المناطق المتأثرة :

- التقران المنتشر ( أدواء السماك ) .
- التقران الراحي الأخمصي .
- التقران الجريبي .
- التقران المحدد الذي لا يرتبط بالجريبات .

## التقران المنتشر Diffuse Keratoses

ويتألف التقران المنتشر من أشكال من السماك يمكن تمييزها على أسس سريرية ، ووراثية ، ونسجية مرضية ، وببنياتها المستدقة ، وبمميزاتها الكيميائية الحيوية في بعض الحالات ، ولكن يصاب كامل الجلد بتقرن شاذ في أغلب هذه الحالات .

**الجدول ١٧ ـ ١ : تصنيف التقرانات**

I ـ التقران المنتشر ( أدواء السماك ) .
آ ـ أدواء السماك الوراثية .
١ ـ زمرة السماك الشائع .
السماك الشائع ( صبغي جسدي سائد ) .
السماك الصاغر الصبغوي X .
متلازمة ريفزوم Refsum's Syndrome .
٢ ـ زمرة السماك الولادي .
السماك الولادي الوخيم I. C. Gravis .
السماك الولادي الخفيف الشدة I. C. mitis .
السماك الولادي المتأخر .
السماك الصفاحي ، الصاغر .
السماك الصفاحي ، السائد .
متلازمة جوكرين ـ لارسون Sjögren – Larsson .
متلازمة رود Rud's S. .
متلازمة وينتال Wubenthal's S. .
٣ ـ زمرة السماك القنفذي .
السماك القنفذي Ichthyosis Hystrix (Lambert, Curth Macklin, Rheydt, and Böfversedt Types) .
الأحمرية سماكية الشكل الولادية الفقاعية .
ب ـ أدواء السماك المكتسبة ( العرضية ) .
المواكبة للأورام .
المواكبة للأخماج .
في عوازات الفيتامين .
المحدثة بالأدوية .
الأخرى ( الجلد الشيخي ، الديال ، الغذائي Trophic ) .

---

II ـ التقران الراحي الأخمصي .
التقران الراحي الأخمصي المنتشر والمحدد .
التقران الراحي الأخمصي النافذ .
تقران الأطراف الوراثي المترقي .
التقران الراحي الأخمصي الخطاطي البقعي .
التقران الراحي الأخمصي البقعي .
أشكال نادرة : متلازمة بابيلون لوفيفر Papillon – Lefevre, S. ، التقران الراحي الأخمصي الجادع ، متلازمة ريشنر ـ هانهارت Richner – Hanhart ، التقران الراحي الأخمصي مع سرطانة المري .

---

III ـ التقران الجريبي .
التقران الشعري .
الحمامى التندبية محجبية المنشأ .
فرط التقرن الجريبي ونظير الجريبي في الجلد الثاقب .
التقران الجريبي .

---

IV ـ التقران المحدد وغير المحصور بالجريبات .
تقران النهايات الثؤلولي .
فرط التقرن العدسي المستمر .
تقران لعوة الثدي وحمي الشكل .
التقران المسامي لميبلي .
التقران المسامي السفعي السطحي المنتثر .
احمرار الجلد القرني الشكلي المتغير .
احمرار الجلد القرني المتناظر والمترقي .
الأحمرية الولادية المترافقة بالصمم .
السماك الخطي المنعطف .
التقران الحزازاني المزمن .

---

## التقران الوراثي Hereditary Keratoses :

### زمرة السماك الشائع Ichthyosis Vulgaris Group :

### السماك الشائع Ichthyosis Vulgaris :

*المرادفات :* السماك الشائع بالصبغي الجسدي السائد ، السماك البسيط .

**التعريف** : السماك الشائع حالة وراثية من التقرن الشاذ المعمم وبدرجات مختلفة الشدة ، ويتسم بوسوف جافة تلتصق بالجلد بثبات .

**الحدوث** : يشيع حدوث هذا الاضطراب نسبياً ، وتبلغ نسبة المراضة فيه حوالي ١ : ١٠٠٠ ، وقد يتظاهر كتقران جريبي وحيد او منفرد ، ويبدأ هذا الاضطراب في نهاية السنة الأولى من العمر ، ويترقى حتى سن البلوغ ، ثم يميل إلى التراجع بعدها .

**الوراثة** : وتكون الوراثة في هذا السماك بالصبغي الجسدي سائد .

**الإمراض** : يبدي تصوير الإشعاع الذاتي سوية كل من معدل تكاثر البشروي وزمن عبور الخلايا المقرنة ، ولذا يجب أن يعزى التقران إلى نقص في انفصال الخلايا المتقرنة عن البشرة ، وتوصف هذه الآلية على أنها فرط تقرن احتباسي ، ويبدو أن الخلل الأساسي في هذا السماك يتواجد في تشكل الكيراتوهيالين ( تشكل كيراتوهيالين شاذ وبكمية قليلة جداً ) .

**الموجودات السريرية** :تتجلى التبدلات المتناظرة لهذا الداء جلية وواضحة وخاصة على السطوح الباسطة للأطراف ، وكامل الجذع ولا سيما القسم السفلي منه ،بينما تبقى السطوح المُثنية الكبيرة غير مصابة بشكل ملفت للنظر . (راجع الشكل ١٧ ـ ٢ ) يكون الجلد في هذا الداء جافاً دائماً لانعدام الزهم فيه ، كما لا تصاب به المخاطيات واستناداً على وخامة التبدلات الجلدية السريرية ، يمكن تمييز الأشكال التالية .

ـ *السماك البسيط* ***Ichthyosis Simplex*** : وتطلق هذه العبارة على الشكل البسيط من هذا الاضطراب ويتسم الجلد فيه بجفافه وخشونته وسوية تلونه ، وبتوسف دقيق ناعم نخالي الشكل ، رمادي اللون أبيضه ، وإذا جر ظفر الأصبع على الجلد ، فإن علامة التخديش هذه تشبه « الطحين » .

ـ *السماك الشائع* ***Ichthyosis Vulgaris*** : ويحدث تأذي التقرن فيه بشكل أكثر وخامة من مثيله في السماك البسيط ، وتكون توسفاته عاكسة للضوء وتشبّه بحراشف السمك ، وتلتصق بالجلد بشدة .

ـ *السماك الأسود* ***Ichthyosis Nigricans*** :وتكون وسوفه وسخة داكنة اللون .

ـ *السماك الثعباني* ***Ichthyosis Serpentina*** : والوسوف فيه أكبر من أظفار الأصابع ، تلتصق في مركزها وترتفع قليلاً في حوافها ، ولذا فإنها تذكرنا بجلد الأفعى .

وفي جميع هذه الأشكال ، يصاب الوجه والفروة بوسوف جافة ناعمة فقط في أغلب الحالات ، وقد تترافق بحاصة منتشرة معتدلة الشدة أيضاً ن بينما تتضخم العلامات السوية في الراحتين والأخمصين أي تصبح أكثر عمقاً ووسعاً وتعدداً ، ولذا يبدو الجلد فيهما سميكاً لامعاً ويدل على كبر السن بشكل مبكر ( سماك اليد ، سماك القدم ) . ( راجع الشكل ١٧ ـ ٣ ) .

*السماك الجريبي* : وقد يبدي مريض السماك الشائع ذو الإصابة المعتدلة الشدة تقراناً جريبياً أيضاً ، فيصيب الجذع والأقسام الدانية من الأطراف بشكل خاص ، وتوصف مثل هذه الحالات بالسماك الجريبي ، وهو مجرد تصادف ليس أكثر . ويقترح هذا الترافق الاستقصاءات العائلية .

**الأعراض** : الأعراض الشخصانية في السماك الشائع قليلة نسبياً ، فالحكة فيه خفيفة الشدة دائماً ، ويحدث جفاف الجلد فيه في فصل الشتاء بشكل رئيسي ، كما ينقص التعرق والزهم .

**الاضطرابات المرافقة** : لا يعتبر كل من فرط البيلة الحمضينية ، ونقص تركيز المغنزيوم في الكريات الحمر علامات قليلة الحدوث ، كما يترافق هذا السماك بإكزيمة تأتبية أيضاً ( حتى ٥٠٪ من المرضى ) أو بحالات تأتبية أخرى . ويصاب بعض مرضى السماك باضطرابات عقلية تتجلى بنقص في الذكاء أو بتبدلات في مخطط كهربية الدماغ ( جلادات الأديم الظاهر العصبية ) . وقد يترافق هذا الداء بشذوذات عينية وأذنيةوسنية وعظمية أيضاً . وقد وصف براون فالكو ولاندثالر Broun – Falco and Landthaler 1978 متلازمة تتألف من سماك شائع وأشعار ملتوية Pili Torti ، وصمم ، وشذوذات سنية .

**التشريح المرضي النسجي** : وتكشف نسجيات هذا الداء عن فرط تقرن سوي بين الجريبات وجريبي في بعض الحالات ، وتغيب فيه الطبقة الحبيبية في مناطق واسعة ، كما يبدي المجهر الالكتروني خللاً في بُنى الكيراتوهيالين .

**السير** : لا يبدي هذا السماك أية تبدلات جلدية عند الولادة ، ولكنه يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر ، ويندر أن يسبب هذا الداء آفات جلدية شديدة ، ويميل للتحسن العفوي مع تقدم عمر المريض ، كما يترطب الجلد بشكل أفضل في فصل الصيف ، وتكون آفاته أقل وضوحاً في هذا الفصل مما هي عليه في فصل الشتاء .

**المضاعفات** : يكون مرضى السماك عرضة للتأكزم بسبب نقص مقاومة طبقاتهم المتقرنة للغسولات المتكررة والمواد التماسية المختلفة ، ويكثر حدوث الإكزيمة السمية التراكمية في هؤلاء المرضى لتلك الأسباب والتي يطلق عليها التهاب الجلد في السماك . ويكون التأتبيون منهم أكثر أهبة للإصابة بهذه

الإكزيمة ، وبالإضافة إلى ذلك ، يشيع حدوث التحسيس بالتماس الثانوي ويسبب التهاب جلد أرجي .

ويجب أن يتجنب اليفعان من مرضى هذا الداء العمل بالمواد المحسسة بالتماس واستعمال مذيبات الشحوم ، أو حيث يضطرون فيها للقيام بالإجراءات التنظيفية المتكررة .

**التشخيص** : ويتم تفريقه بالقصة المرضية ، وصورته السريرية ، وغياب آفاته عن ثنيات المفاصل الكبيرة ، وطراز انتقاله ، ونسجياته .

**التشخيص التفريقي** : ويجب استبعاد كل الأشكال الأخرى من السماك ، والتقران المحدد ، والإكزيمة أيضاً .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : لقد أصبح ممكناً علاج السماك بالإيتريتينيت Etretinate أو بمستقلبه الرئيسي إتريتين Etretin . ويتراوح معدل الجرعة منه للبالغين بين ٢٥ ـ ٥٠ ملغ يومياً . ويندر إعطاء جرعة ٧٥ ملغ منه في هذا العلاج العرضي .

*المعالجة الموضعية* : ويتألف العلاج العرضي من حمل الماء والشحوم إلى الطبقة القرنية ومن إجراءات تساعد على التوسف ، وتفيد الحمامات التي فيها كميات كبيرة نسبياً من كلور الصوديوم الصناعي ( ١٪ ـ ٣٪ أي ١ ـ ٣ كغ لكل حمام ) ، أو الحمامات بالزيت في علاج هذا السماك . ويحدث الاستحمام في البحر تأثيرات مماثلة ، كما يفيد تكرار تطبيق البارافين اللين الأبيض أو مستحلب زيتي مائي في هذه الآفات ، لأن هذه المواد تثبط التعرق اللا حسوس وتضمن ترطيب الطبقة المتقرنة بشكل أفضل ، كما تبدي مستحلبات كلور الصوديوم أو البولة فعالية خاصة .

| | |
|---|---|
| كلور الصوديوم | ١٠,٠ |
| بولة | ١٠,٠ |
| ماء مقطر | ٢٠,٠ |
| مرهم دهني صوفي مميه | ١٠٠,٠ |

إن المستحضرات التجارية الحاوية على البولة متوفرة . أعطى تطبيق التريتينون موضعياً نتائجاً جيدة ( فيتامين آ الحامضي ) . ويتطلب العلاج بالتريتينون تراكيزاً أقل في علاج هذا الداء منه في المستحضرات التجارية المعيارية التي تستعمل في علاج العد ، ولذا يجب أن تمزج هذه المستحضرات بسواغ من المراهم وبنسبة ١ : ١ أو ١ : ٢ .

## السماك الصاغر الصبغوي X – Chromosomal X Recessive Ichthyosis [ Wells and Kerr 1965 ] :

*المرادفات* : السماك الشائع الصاغر ، السماك الشائع المرتبط بالجنس ، السماك الصاغر المرتبط بالصبغي X الصاغر .

**التعريف** : وهذا الداء هو شكل من السماك الذي يشبه السماك الشائع سريرياً .

**الحدوث** : ويندر حدوث هذا الداء ، وينحصر ظهوره في الذكور كلياً ، ويكون البنين من الإناث غيريات الزيجوت حملة لهذا الداء ، وقد يبدي هؤلاء الحملة شذوذات خفيفة ، وتغيم في القرنية أحياناً .

**الوراثة** : الوراثة في هذا السماك وراثة صاغرة بالصبغوي X .

**الإمراض** : يبين التصوير الإشعاعي الذاتي سوية معدل التكاثر في البشرة وزمن العبور البشروي ، ولذا يجب أن يتجلى فرط تقرن احتباسي في هذا الداء . ويكشف المجهر الألكتروني عن تشكل الكيراتوهيالين السوي وعن نقص عدد الجسيمات المتقرنة أيضاً ، وهذا مخالف للسماك الشائع . وتدعم هذه الموجودات نظرية مفادها أن للجسيمات المتقرنة دور في حدثية التوسف السوي في الطبقة المتقرنة . ويفسر نقص التشكل في الجسيمات المتقرنة وتنكسها المتأخر انطراح الخلايا القرنية المتأخر .

ومن الأهمية بمكان في التشخيص ، إثبات نقص فعاليات Arylsulfate E و Steroid Sulfate في كل من البشرة والأرومات الليفية والكريات البيض والأرومة الغازية المشيمية في هذا النوع من السماك .

**الموجودات السريرية** : تعتبر السطوح الباسطة في الأطراف والأقسام السفلية من الجذع ولا سيا البطن ، من المناطق ذات الإصابات الأكثر شدة تماماً كما في توضعات السماك الشائع ، ولكنه يختلف عنه بإصابته للسطوح المُثْنِية الكبيرة أيضاً ، كما يغيب فيه كل من « سماك اليدين » و « سماك القدمين » والسماك الجريبي . وتتجلى المظاهر السريرية النموذجية في هذا الشكل من السماك بتوسفات كبيرة بنية متسخة وملتصقة بثبات كما في جلد التمساح وفي السماك الأسود . ويندر أن يصنف الطفل الكولوديوني ضمن هذا السماك المرتبط بالجنس .

**الاضطرابات المرافقة** لا يبدو أن هذا السماك يترافق بالأهبة للتأتب . ولا يزال أهمية ترافقه بالتخلف العقلي ، والشذوذات الهيكلية ، واعتلال الغدد الصماء الذي يضم اختفاء الخصية وقصور القندية ، مثار للجدل . ويكثر ظهور العتامات القرنية العرضية نقطية الشكل ، أو التي تشبه الفاصلة ، في أعمار تتراوح بين ١٠ ـ ٣٠ عاماً لدى كل من المرضى والإناث متغايرات الزيجوت الحاملات لهذا الداء .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكون فرط التقرن بين الجريبات في الطبقة المتقرنة سوياً فيها وتعادل سماكته عشرة أضعاف

حركته الطبيعية تقريباً ، بينما تكون الطبقة الحبيبية طبيعية وكما هي في جميع الطبقات الأخرى من البشرة ، وبشكل مغاير للسماك الشائع .

**السير** : تظهر علامات هذا الاضطراب في الرضع دائماً ، ولكن قد توجد عند ولادتهم أحياناً ، وتختلف الشدات فيه ولكن التغيرات قليلة في ذات المريض ، كما يتصف هذا السماك بميله للتحسن قليلاً خلال حياة المريض .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على كل من القصة المرضية ، والصورة السريرية التي تتصف بوجود وسوف كبيرة قاتمة وحصبة الثنيات ، وغياب المرض عن الراحتين والأخمصين وغياب التقران الجريبي أيضاً ، وطراز انتقاله ، ونسجياته المرضية بوجود الطبقة الحبيبية ، والاختبارات الكيمياوية الحيوية التي تبدي غياب فعالية الستيروئيد سلفاتاز الصغرية في الكريات البيض .

**التشخيص التفريقي** : يمكن أن يفرق هذا الاضطراب عن جميع أشكال السماك الأخرى .

**المعالجة** : المعالجة ملطفة ، ويجب أن تتبع ذات الطرق العلاجية في السماك الشائع ، ولكن استجابة هذا الداء لهذه المعالجة ضعيفة نوعاً ما .

**متلازمة ريفزوم Refsum's Syndrome [ 1946 ]** :

*مرادفات :* الاعتلال الوراثي الرنحي ذو الالتهاب العصبي الشكل ، داء ريفزوم ، الكناز بالحمض الفيتاني .

**الحدوث** : يندر حدوث هذا الداء المترقي كثيراً ، وتبدأ تظاهراته في الطفولة الباكرة عادة .

**الإمراض** : ينجم هذا الداء عن شذوذ إنظيمي ولادي ، وينتقل هذا الشذوذ بصبغي جسدي صاغر ، ولقد سجلت حوالي ٦٠ حالة تقريباً في الأدب الطبي ، حيث يمنع هذا الإنظيم المعيب ( هدروكسيلاز حمض الفيتاني ) من حدوث الاستقلاب الطبيعي للحمض الفيتاني في الطعام ، وهذا الحمض هو حمض شحمي ذو سلسلة فرعية ( حمض رباعي ميتيل هيكزاديكانوئيك Tetramethylhexadecanoic Acid ) . ويسبب هذا الاضطراب تراكم الحمض الفيتاني الذي توجد آثار منه فقط في أجزاء من الشحوم في عديد من الأعضاء بشكل طبيعي . ويعتبر حمض الفيتاني ناتج نكوصي للفيتول ، حيث يرتبط الكحول بحلقة البيرول الرابعة في الكلوروفيل ، ويتناوله المريض في طعامه .

**الموجودات السريرية** : توضح التبدلات النسجية في كل من الجلد والعينين والأعصاب هذه الحالة ، ولقد وصفت التبدلات الجلدية لهذا السماك في الشكل البسيط من السماك الشائع في ٥٤٪ من الحالات .

وتتضمن الموجودات المجموعية كل من العمى الليلي ، واضطرابات الرؤية الأخرى التي تترافق بالتهاب الشبكية الصباغي الشاذ ، وفقد السمع العصبي الحسي ( ويتراوح من ٥٠٪ - ٦٠٪ تقريباً وحتى فقد كامل السمع ) ، والتهاب الأعصاب المترقي المزمن مع شلول في الأطراف القاصية ، وثدن مفصلي ، وعلامات دماغية كالهزع .

**التشخيص** : ويعتمد تشخيص هذا السماك على الصورة السريرية ، وإثبات وجود الحمض الفيتاني بالمصل بطريقة الاستشراب الغازي Gas Chromatography .

**المعالجة** : وتتم كما في أشكال السماكات الأخرى ، فالمعالجة ملطفة ، وتعطي الحمية الخالية من الكلوروفيل تحسناً لهذا الداء .

**زمرة السماك الولادي Ichthyosis Congenita Group** :

وتتصف هذه الزمرة من السماكات بتبدلات كبيرة ، وينتقل معظمها بالصبغيات الجسدية الصاغرة ، كما تلتبس تسمياتها حسب القصة المرضية . وبالاعتماد على الأسس السريرية ، فقد ميّز ريك Riecke ثلاث درجات من الشدات لهذه السماكات هي ( ريك I ، II ، III ) أو السماك الولادي الوخيم ، والسماك الولادي الخفيف الشدة ، والسماك الولادي المتأخر . ويتناسب هذا التصنيف مع الناحية العملية ، ويمكن تفريق هذه السماكات بالطرق التشخيصية الحديثة جداً .

**السماك الولادي الوخيم**
**Ichthyosis Congenita Gravis** :

*المرادفات :* الجنين الهارج Harlequin Fetus ، التقشر الصفيحي عند الوليد ، السماك الولادي المميت ، التوسف الصفيحي عند الوليد ، السماك الولادي نمط ريك الأول ، القرنوم الخبيث .

**الحدوث** : يندر حدوثه كثيراً ، ومن المحتمل أنه ينتقل عن صبغي جسدي صاغر . يمثل هذا المرض نمطاً وراثياً مميتاً من التقرن الشاذ ، ويحتمل أن يحدث تشكل الكيراتين بيتا مكان تشكل الكيراتين ألفا الطبيعي ، ويعتبر الكيراتين بيتا من المكونات السوية في جلد الطيور والزواحف ، كما يوجد زيادة في عدد الجسيمات الشحمية في هذا الشكل من السماك .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ١٧ - ٤ ) . يولد الأطفال المصابون بهذا الداء خدجاً ، ويبدون شذوذات غريبة من تسمك في الجلد شبيه بالآمور Amor . ويتصف بوجود شقوق عميقة فيه ، ومن تقفعات ، وشتر خارجي في الأجفان

وفي مخاطية الفم والناحية التناسلية ، ويكون الأطفال في هذا السماك غير عيوشيين Viable دائماً ويموت كثير منهم في الرحم ، ولقد تحسن أطفال عديدون بالمعالجة الستيروئيدية أو بالريتينوئيدات الجهازية .

**السماك الولادي الخفيف الشدة والسماك الولادي المتأخر : Ichthyosis Congenita Mitis and Tarda**

*المرادفات :* الأحمرية السماكية الشكل الولادية غير الفقاعية ، السماك الولادي نمط ريك II ونمط ريك III .

**التعريف :** ويعتبر هذا الداء تقرناً شاذاً ذو شدات مختلفة ، وينتقل بصبغي جسدي صاغر .

**الحدوث :** يندر حدوث هذا الشكل من السماك كثيراً .

**الإمراض :** ينجم هذا الداء عن عيب وراثي يحدث ازدياداً كبيراً في تكاثر البشرة ، ويكون فيه مرور الخلايا المقرنة عبر البشرة سريعاً جداً ، كما تنقص فيه كل من الليفات الموترة وحبيبات الكيراتوهيالين ، ولا يكشف المجهر الألكتروني أية تبدلات كيفية . وتمثل سماكة الطبقة المتقرنة توازناً بين معدل الاستبدال الزائد وانفصال الوسوف ويعني هذا فرط تقرن تكاثري .

**الموجودات السريرية :** تختلف الصورة السريرية لهذا الشكل من السماك في شداتها ، ولذا ، واستناداً لهذه القاعدة ، قد يوصف فيها كل من السماك الولادي الخفيف الشدة ، المتأخر أو الخفي ، ويكون التقرن الشاذ ذو الوسوف السمكية الشكل واضحاً عند الولادة عادة ، ولكنه يتظاهر بذاته في الأشكال الأقل شدة في الأشهر الأولى من الحياة فقط ( السماك الولادي المتأخر من نمط ريك الثالث III ) وتطلق عبارة السماك الولادي الخفي على الحالات السليمة التي تتلاشى العلامات فيها ببطء ، تاركة جلداً سوياً تماماً ، وتبقى بقايا تبدلات هامة في أغلب الحالات . يصاب الجلد بكامله في مثل هذه الحالات ، وتشمل الإصابة كلاً من ثنيات المفاصل والراحتين والأخمصين ، بينما يبدو جلد الوجه شبيهاً بورق البرشمان Parchment ، ويشكل مع شتر الأجفان الخارجي المرافق تعبيراً صملياً ، ويكون جلد الجسم جافاً ورخواً وينثني بسهولة ، وتغطيه وسوف قرنية صفيحية الشكل ( راجع الشكل ١٧ ــ ٥ ) . كما يترافق هذا الشكل من السماك بشذوذات في الأظفار ، وبنقص في الأشعار ، وبتخلف عقلي ، وبقامة صغيرة ، وبعيوب قلبية ، وبتشوهات أخرى أحياناً . كما تحدث في الفم آفات شبيهة بالطلوان في بعض الحالات .

**التشريح المرضي النسجي :** الآفات هي نفسها في جميع أشكال هذا الداء ولكنها تختلف في درجاتها ، تبدي البشرة فيها شواكاً غير منتظم ، وتتثخن فيها الطبقة الحبيبية أيضاً ، بينما تبدي الطبقة المتقرنة فرط تقرن سوي كتلي الشكل وقد تزيد عدد الطبقات فيها إلى مئة طبقة من الخلايا بدلاً من ١٥ ــ ٢٠ طبقة في المنطقة السوية . كما تحتوي البشرة على مناطق من خلل التقرن البقعي أحياناً .

**المعالجة :** أثبتت المعالجة الموضعية والجهازية بالستيروئيدات قدرتها على إنقاذ حياة الولدان المصابين بالسماك الولادي ، كما يمكن تجربة الريتينوئيدات العطرية ، ومن ناحية أخرى ، يتوافق العلاج العرضي في هذا الشكل من السماك مع الطرق العلاجية التي تطبق في جميع أشكال السماك كافة ( انظر معالجة السماك الشائع ) .

**السماك الصفاحي Lamellar Ichthyosis :**

*المرادفات :* السماك الصفاحي ، التقشر الزيتي عند الوليد ، التوسف الصفاحي في الوليد .

**التعريف :** يعتبر بعض المؤلفين هذا السماك الصفاحي حالة معزولة ، بينما يعتبره آخرون شكل من السماك الولادي .

**الحدوث :** ينـدر حدوث هذا السماك جداً ، ويوجد له شكلين ، أولهما ينتقل بالصبغي الجسدي الصاغر ، بينما ينتقل ثانيهما بالصبغي الجسدي السائد .

**الموجودات السريرية :** لقد وصفت درجات مختلفة في شدتها في هذا السماك ، وقد يبدي الولدان احمراراً منتشراً وتوسفاً صفاحياً ، ويولد الطفل أحياناً مغطى بغشاء يشبه الفلم ، ويكون جافاً ومتثنياً ، وبني اللون مصفرة فيذكرنا بالفلم الكولوديوني أو بورق البرشمان ، ويختفي هذا الغشاء عادة بعد ثلاثة أسابيع بتوسفه أو بتبدله إلى صورة نموذجية للسماك الولادي .

ومن ناحية أخرى ، فإن الطفل الكولوديوني يمثل متلازمة سريرية ذات تأويلات عديدة ، وقد تصنف في بعض الحالات كشكل آخر من السماك ( ومثاله : الشكل السائد بالصبغي X ) ، أو كاضطراب مختلف تماماً ( ومثاله : الخثل الغضروفي التكلسي الولادي ) .

**المعالجة :** وتتم بالستيروئيدات الموضعية . كما يمكن المعالجة بالستيروئيدات الجهازية ( راجع معالجة السماك الشائع ) .

**متلازمة سوجرين ــ لارسون [ Sjogren – Larsson Syndrome 1957 ] :**

تكشف كل من الموجودات السريرية والنسجية

والموجودات بالمجهر الألكتروني عن آفات جلدية تتوافق مع موجودات السماك الولادي ، وبالإضافة إلى ذلك ، تضم هذه المتلازمة تبدلات أخرى ثابتة من تخلف عقلي وشلل مزدوج أو رجعي تشنجي ، كما تترافق هذه المتلازمة بالصرع أو بتبدلات شبكية وهيكلية وشبكية أحياناً ، وتنتقل هذه المتلازمة بصبغي جسدي صاغر ،ومنذ أن وصفت هذه المتلازمة لأول مرة في شمال السويد عام ١٩٥٧ ، سجلت حالات عديدة في الأدب الطبي ومن بلدان متعددة أصابت القوقازيين والأشخاص ذوي الجلد القاتم .

**متلازمة رود Rud's Syndrome (1927) :**

يثور الجدل حول اعتبار هذه المتلازمة حالة مستقلة ، ويختص أن تنتقل هذه المتلازمة بالصبغي X الصاغر ، وتتألف من آفات جلدية تشبه آفات السماك الشائع ، ومن شواك أسود ، وقامة قصيرة ، وتخلف عقلي ، والتهاب الأعصاب ، وقصور القندية ، ومن صرع أيضاً .

**متلازمة وينتال Wubenthal's Syndrome :**

*مرادفات :* عته سماكي مع رنح .

**التعريف** : وصفت هذه المتلازمة الصاغرة والنادرة جداً في توءم وحيدات الذيجوت ، وتتألف من سماك ، وتأخر في النمو ، وتغار ( تسنين ) متأخر ، وتخلف عقلي ، ورنح دماغي ، ورعاش أيضاً .

**زمرة السماك القنفذي Ichthyosis Hystrix Group :**

*مرادفات :* فرط التقرن المسخ ، السماك Sauriasis .

**التعريف** : لا تصف عبارة السماك القنفذي مرضاً متجانساً في علم تصنيف الأمراض ، وتطلق هذه العبارة على جميع أشكال السماك التي تتظاهر على شكل حروف مفرطة التقرن كثيرة الشدة ، وذات لون بني مسود ، وثؤلولية تشبه البوركوبين Porcupine ( حيوان شائك ) ، وحيثما تحدث هذه الآفات في أمراض محددة يجب أن توصف بأنها من أدواء السماك القنفذي . وقد تصنف هذه المتلازمات النادرة جداً كأشكال من السماك القنفذي ، وسوف تذكر بشكل موجز فيما يلي .

**السماك القنفذي من نمط Gravior – Lambert** : وُصف هذا النمط من السماك ولأول مرة عام ١٩٣٧ لدى عائلة لامبرت في بريطانيا ، وفيه يغطي فرط التقرن الذي يشبه جلد البوركوبين – كامل الجلد باستثناء الوجه والناحية التناسلية والراحتين والأخمصين ( الأشخاص البوركوبيين ) ، وتنتقل هذه الحالة بصبغي جسدي سائد ، ولم تذكر الفحوص النسجية لهذا النمط من السماك في الأدب الطبي .

**السماك القنفذي من نمط Gravior – Curth – Macklin :** لقد وُصفت الصورة السريرية لهذا النمط من السماك ولأول مرة عام ١٩٥٤ ، حيث تبدو على شكل تبدلات شبيهة بالقنفذ وتترافق بتقران راحي أخمصي ، وتختلف الموجودات النسجية وبالمجهر الألكتروني في هذا الداء عن تلك الموجودات في جميع أشكال السماك . حيث يرتفع فيها معدل الانقسام الفتيلي ، وتحدث الخلايا ذات النواتين في جميع طبقات البشرة فوق الطبقة القاعدية . وبالإضافة إلى ذلك تتشكل ليفات موترة شاذة في الطبقة الشائكة وتبقى مرتبطة بالجسيمات الرابطة . ولهذا يبدو من الناحية الإمراضية إمكانية حدوث فرط تقرن تكاثري في ارتباطات هذه الخلايا وتأذي في تمايزها .

**السماك القنفذي من نمط Gravoir – Rheydt** : لقد وصف شنايدر Schnyder ورفاقه هذه الحالة ولأول مرة عام ١٩٧٧ في مريض يقطن في Rheydt ، ولذا أطلقت عليها هذه التسمية ، ويتألف هذا النمط من السماك من تقران نمطه قنفذي يصيب الأطراف خاصة بما فيها الثنيات ، أما امتداده إلى الوجه والأذنين فقليل ، كما يترافق بتقران منتشر في الراحتين والأخمصين ، وبصمم في الأذن الداخلية . ويكشف المجهر الالكتروني عن علامة نموذجية تتألف من حبيبات مخاطية تتوضع في تخوم الأغشية الخلوية في الطبقة الحبيبية من البشرة .

**السماك القنفذي من نمط Gravior – Bafverstedt** : لقد وصفت الحالات معزولة فقط عن هذا النمط من السماك .

## احمرار الجلد السماكي الشكل الولادي الفقاعي Erythrodermia Ichthyosiformis Congenitalis Bullosa [ Brocq 1902 ] :

*المرادفات :* فرط تقرن الحال للبشرة ، الأحمرية سماكية الشكل الولادية الفقاعية ، التقران الأحمر الولادي .

**التعريف** : وهذا الداء عبارة عن تقرن شاذ ولادي يرافقه احمرار معمم وسفي وحويصلي أحياناً .

**الحدوث** : يندر حدوث هذا الداء ، وينتقل بشكل غير منتظم عن صبغي جسدي سائد .

**الموجودات السريرية** : ويتظاهر هذا الداء باحمرار الجلد ويعني احمرار كامل الجلد وتوسفه الصُّفاحي منذ الولادة عموماً ، وتظهر فيه طفوح دورية تتألف من فقاعات كبيرة رخوة تتمزق تحت الضغط الميكانيكي ، ثم تترك مكانها تآكلات تشفى دون تندب ، وغالباً ما تصيب المكورات المقيحة محتويات الفقاعات ، ولكن تندر إصابة الوجه في هذا الداء ، بينما يمتد

التقران المنتشر فيه على الراحتين والاخمصين إلى ظهر اليدين والقدمين أحياناً ، ويتناقص ميل الإصابة لحدوث النفاطات فيها خلال سير الحياة ، ولكن يصبح فرط التقرن الأصفر الصفيحي الشكل رطباً غالباً وأكثر وضوحاً ، ولا سيما على الجذع والإبطين ، وأخيراً فإن الصورة السريرية لهذا الداء تشبه صورة السماك الولادي ، ولكن يسهل تمييزه نسجياً .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف عن فرط تقرن حال للبشرة مع تنكس واضح في الطبقة الحبيبية بشكل مميز ( التنكس الحبيبي ) ، وعن التهاب خفيف الشدة في الطبقة الحليمية ، ويظهر المجهر الألكتروني وجود شذوذ في الليفات الموترة والجسيمات الرابطة ، ويتسارع التكاثر البشروي بينما ينقص زمن العبور البشروي بشكل ملحوظ ، أي حدوث فرط التقرن التكاثري ، ويتشابه هذا الداء سريرياً ونسجياً وبالبنية المستدقة مع كل من الوحمة الثؤلولية ( شكل من أشكال الوحمة البشروية ) . التي ينظر إليها كنوع موضع من فرط التقرن البشروي ، والتقران الراحي الأخمصي المترافق بتنكس حبيبي ، والوحمة الإسفنجية البيضاء .

**المعالجة** : وينصح بالمعالجة العرضية في هذا الداء كما في السماك الشائع . وتستطب الستيروئيدات في الحالات الالتهابية الشديدة ( موضعياً ) ، وفي الأشكال ذات السير الحاد ( جهازياً ) . ولقد فشلت المحاولات إلى حد بعيد باستعمال الإيتريتينيت Etretinate أو الإيتريتين Etretin في إحداث نتائج مقنعة ، بينما تعالج الأخماج الثانوية في البقع المعراة بالصادات موضعياً أو جهازياً .

## أدواء السماك المكتسبة ( العرضية )
## Acquired (Symptomatic) Ichthyoses :

*المرادفات* : التغيرات الجلدية السماكية الشكل العرضية .

**الموجودات السريرية** : لا يمكن تمييز هذه السماكات سريرياً أو نسجياً عن السماك الشائع غالباً ، ولكن قد تصاب ثنيات المفاصل الكبيرة فيها ، وتترافق بحكة واضحة ، ومن الأهمية استقصاء القصة المرضية والسوابق العائلية لهذه الإصابة .

**الأسباب** : تحدث الإفات الجلدية سماكية الشكل :

- كمتلازمات مواكبة للأورام في داء هودجكين ، والفطار الفطراني واللمفومات الخبيثة الأخرى ، والسرطانات الحشوية .
- وكعرض مرافق للأمراض الخمجية ومثالها الجذام ، والتدرن ، والإيدز ، والحمى التيفية ، والتيفوس .

وفي القوت ، وعواز الفيتامينات ( عواز فيتامين آ ، البلاغرا ) .

ومن المعروف حدوث هذه السماكات في كل من الديال ، وقصور الدرقية ، ومتلازمة داون ، واضطرابات التغذية العصبية أيضاً . كما يمكن أن يثار حدوث هذه السماكات بالأدوية كحمض النيكوتينيك ، وتري بارانول Triparanol ، وبنزمالاسين Benzmalacene .

إن الآفات السماكية الشكل والتي تعرف بالنخالية الشيخية ، هي فيزيولوجية غالباً ، وتعزى إلى نقص الزهم لدى المسنين ولا سيما على الساقين والساعدين . وقد تعقب هذه الحالة الغسول المبالغ فيه ، أو اعتياد الاستحمام بالصوابين المزيلة للشحوم أو بالمنظفات وذلك في الأشخاص الذين تتصف جلودهم بانخفاض مستوى شحومها كالتأتبيين .

## التقرانات الراحية والأخمصية
## Palmar and Plantar Keratoses :

يوجد في هذه الزمرة من الاضطرابات تقران شاذ يصيب الراحتين والأخمصين بدرجات مختلفة ، وتستعمل كل من عبارتي التقران Keratosis وتقرن الجلد Keratoderma كمرادفات لهذه التقرانات .

### التقران الراحي الأخمصي المنتشر المحدد Keratosis Palmoplantaris Diffusa Circumscripta [ Thost 1880, Unna 1883 ] :

*المرادفات* : تقرن الجلد الراحي الأخمصي الوراثي ، داء توست ـ أونا .

**الموجودات السريرية** : يبدأ هذا التقران الذي ينتقل بصبغي جسدي سائد في السنة الأولى أو الثانية من العمر ، وتكون الآفات فيه متناظرة ، وتتألف من تسمك منتشر في الطبقة المتقرنة ، والذي يبدو شمعي المظهر مصفر اللون مع علامات مميزة ، وتشققات أحياناً ، ويُحدد فرطَ التقرن الراحي الأخمصي بهامشٌ واضح ، أحمر وردي اللون ( تقران النهايات الاحمراري Arcoerythrokeratosis ) ، ويصل عرض هذا الهامش حتى ١ سم ، وقد يختفي أخيراً . ويترافق هذا التقران بفرط تعرق غالباً ، كما تنقص مهارة اليد المصابة وتتحدد حركتها كثيراً نتيجة تسمك الطبقة المتقرنة المنتشر ، ولا يترافق هذا الداء بأية أعراض أخرى .

**التشريح المرضي النسجي** : ويعتبر تسمك الطبقة المتقرنة الكتلي العلامة الوحيدة المميزة لنسيجات هذا الداء .

**التشخيص التفريقي** : يمكن استبعاد التقران الراحي الأخمصي المترافق بفرط تقرن حال للبشرة نسجياً فقط في التشخيص التفريقي لهذا الداء ، بينما يعتبر تقرن الجلد التزرقي متلازمة مشابهة لهذا التقران دون وجود مظاهر وراثية فيها ، وتصيب القدمين خاصة .

**السير** :يستمر هذا الداء خلال الحياة ، وتؤدي الشدة الآلية إلى تفاقمه .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : لكل من الإيتريتينات Etretinate والإيتريتين Etretin مستقلبه الرئيسي تأثير فعال في علاج هذا التقران ، وإذا كان تأثيرهما في إيقاف ترقي هذا الداء فقط ، إلا أنهما قد يحسنا من القدرة على العمل .

*المعالجة الموضعية* : لا يوجد علاج مُرض لهذا الداء ، فقد تكون الطبقة المتسمكة لينة ويمكن إزالتها آلياً كإجراء ملطف ، ويعتبر مرهم حمض الصفصاف لهبرا مرهماً مفيداً في هذا التقران . ويتكون من حمض الصفصاف ( ٥ ـ ١٠ ـ ٢٠ ) ، دياكيلون Diachylon ( لاصق رصاصي Lead Plaster ) حتى المئة .

كما لم يحدث تطبيق التريتينون Tretinon موضعياً في علاج هذا الداء نتائج مقنعة حتى الآن ، وتتضمن الإجراءات الأخرى الحمامات الحارة بالملينات مع الصابون الأصفر ، بينما تُزال الطبقة القرنية آلياً بالطريقة الجراحية أيضاً .

## التقران الراحي والأخمصي النافذ Keratosis Palmoplantaris Transgrediens [ Stulli 1826 ] :

*المرادفات* : داء ميليدا ، القرن الجلدي الراحي الأخمصي الوراثي النافذ .

**الحدوث** : وصف هذا التقران في البداية في جزر الأدرياتيك ( جزر ميليدا ) لدى القربى ، وتنتقل هذه الإصابة بصبغي جسدي صاغر ، وتترافق بمظاهر أخرى ، كما تبقى مستمرة خلال الحياة .

**الموجودات السريرية** : يبدأ هذا التقران في سن الرَضَاع وغالباً ما ينتشر التقران الواضح لهذا الداء خلال سنوات إلى ظهر اليدين ، والقدمين ، والبراجم ، والساعدين ، والساقين ( النافذ : Transgrediens ) وبشكل مغاير للتقران الراحي الأخمصي المنتشر المحدد ( راجع الشكل ١٧ ـ ٦ ) . وتتضمن الظواهر المرافقة لهذا التقران كلا من قصر في الأصابع ، وفرط التعرق ، وإصابة الأظفار مع تقرن تحتها أو تقعر فيها ، بالإضافة إلى وجود لويحات على المرفقين والركبتين توحي بالصداف .

**التشخيص التفريقي** : لا يصيب احمرار الجلد القرني المتناظر المترقي الراحتين والأخمصين كما تبدي متلازمة بابليون ـ لوفيفر لويحات صدافية وحمانية على المرفقين والركبتين ، ولكن التبدلات الفموية والسنية في هذه المتلازمة جديرة بالاهتمام .

**المعالجة** :

*الجهازية* : يمكن تجربة الإيتريتينات أو الإيتريتين في علاج هذا التقران .

*الموضعية* : وتضم العناية بالجلد ، وسنفرته ، ويمكن تطبيق التريتينون والستيروئيدات موضعياً .

## التقران الوراثي المترقي على الأطراف Keratosis Extremitatum Hereditaria Progrediens [ Niles and Klumpp 1939, Greither 1952 ] :

*المرادفات* : التقران الوراثي النافذ والمترقي على الأطراف ، تقرن الجلد المترقي على الراحتين والأخمصين ، متلازمة Greither .

**الحدوث** : ينـدر جداً حدوث هذا الداء ، وينتقل بصبغي جسدي سائد .

**الموجودات السريرية** : إن هذا الداء يتشابه مع التقران الراحي الأخمصي النافذ ، إلا أنه ينتقل بصبغي جسدي سائد ، ويصيب هذا التقران المرفقين والركبتين ومنطقة وتر أشيل بالإضافة إلى الآفات التي ذكرت آنفاً ، وتظهر آفاته في الطفولة ، وتترقى مستمرة حتى عمر يناهز الخمس والخمسين عاماً ، ثم تميل للتراجع . ( راجع الشكل ١٧ ـ ٧ ) ويعتمد تشخيص هذا التقران على صورته السريرية وسيره وطراز انتقاله .

## التقران الراحي الأخمصي الحطاطي البقعي Keratosis Palmoplantaris Papulosa Seu Maculusa [ Darier – Calley 1879, Brauer 1913 ] :

*المرادفات* : القرنوم الراحي الأخمصي الوراثي المبعثر .

**الحدوث** : ويندر حدوث هذا التقران ، وينتقل بصبغي جسدي سائد منتظم ولا تبدو تظاهراته قبل بلوغ ١٥ ـ ٣٠ سنة عادة .

**الموجودات السريرية** : تحدث على الراحتين والأخمصين أعداد كبيرة من آفات معزولة مفرطة التقرن ذات شكل مخروطي شبيهة بحبة الحنطة . ( راجع الشكل ١٧ ـ ٨ ) وتنغرز هذه الآفات في الجلد بشكل يشبه الزعرورة ، وقد ترتفع فوق الجلد ، فتشكل تثلمات ذات شكل حوضي أو قمعي في مركزها ، كما تحدث تبدلات في الأظفار أحياناً .

والأعراض في هذا التقران قليلة عادة ، وليس له تراجع عفوي .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا التقران كل من التآليل الأخمصية ، والأشثان ، واندفاعات الإفرنجي الثانوي الأخمصية الراحية ، والتقران الجريبي ، والحزاز الجريبي ، والحزاز المسطح ، والصداف أيضاً .

### المرانوية التقرنية في النهايات Acrokeratoelastoidosis [ Costa 1953 ] :

وهذه الحالة نادرة جداً ، وتنتقل بصبغي جسدي سائد ، وشوهدت في البرازيل لأول مرة ، وسوف تناقش في مقطع المرانات .

### اشكال نادرة من التقران الراحي الأخمصي :

وهي أشكال تبتعد عن التقرانات التي وصفت آنفاً بوراثتها ، وصورتها السريرية ، وسيرها ، وحدوث الاضطرابات المرافقة لها ، وتواجدها في عائلات محددة ، أو كطفرات عفوية أحياناً .

وتصنف العبارات التالية بعض الاضطرابات المستقلة وبعض الأنواع من التقرانات :

التقران الراحي الأخمصي الذي يترافق بأظفار محدبة وبتبدلات عظمية ، وأنواع من التقران الراحي الأخمصي ذات الوراثة السائدة ، والتقران الراحي الأخمصي المحدد البقعي ، ( راجع الشكل ١٧ – ٩ ) ، والقرنوم الراحي الأخمصي الوراثي الجزيري الشكل Insuliforme والمخطط ، والتقران العديد لتورين أيضاً .

*التقران الراحي الأخمصي التنكسي الحبيبي ( Vorner 1919 )* : تشير الصورة النسجية لفرط التقرن الحال للبشرة فيه إلى علاقة هذا التقران بالأحمرية السماكية الشكل الولادية الفقاعية ، وبالوحمة الثؤلولية ، وبالوحمة الإسفنجية البيضاء ، وتكون الصورة النسجية مشخصة لهذا الشكل من التقران الراحي الذي يصيب مناطق الضغط الفيزيولوجي غالباً .

## متلازمات تترافق بتقران راحي أخمصي :

### متلازمة بابيلون – لوفيفر [ Papillon – Lefevre Syndrome 1924 ] :

*المرادفات* : فرط التقرن الراحي الأخمصي المترافق بالتهاب ما حول الأسنان .

**الموجودات السريرية** : يظهر التقران الراحي الأخمصي وفرط التعرق معاً في السنة الثانية أو الثالثة من العمر ، ويندر ظهورهما عند الولادة . ويمتد هذا التقران إلى مناطق أخرى أحياناً ، وقد يشكل لويحات على المرفقين والركبتين ، علاوة على ذلك ، تصاب الأسنان الدائمة والساقطة بالتسوس ، وتصاب اللثة بالالتهاب ، كما يصاب ما حول الأسنان بالاعتلال . وتترافق هذه الإصابة بضمور سنخي وفقد الأسنان ، بينما تبقى أسنان العقل طبيعية ، ولقد سُجل وجود ضعف لدى المصابين ، وتنتقل هذه المتلازمة بصبغي جسدي صاغر .

### التقران الراحي الأخمصي الجادع Keratosis Palmoplantaris Mutilans [ Vohwinkel 1929 ] :

*المرادفات* : متلازمة Vohwinkel ، القرنوم الوراثي الجادع .

يندر حدوث هذه المتلازمة إلى حد بعيد ، يحتمل انتقالها بصبغي وراثي سائد ، وتبدي هذه المتلازمة تقراناً كتلياً ذو حواف مزرقة على الراحتين والأخمصين ، وفرط تعرق ، وتقفعات ، وميزابات مضيقة متقرنة حلقية قد تسبب بتراً عفوياً في الأصابع ( داء الأينوم الكاذب ) ، وقد تبدي هذه المتلازمة أيضاً تقرانات تضم أشكالاً جريبية ، وأظفاراً محدبة ، وقصوراً في القندية ، وصمماً في الأذن الداخلية أحياناً .

### متلازمة ريشنر – هانهارت Richner – Hanhart Syndrome [ 1938/1947 ] :

*المرادفات* : التقران الراحي الأخمصي المحدد والبقعي ، التيروزينيمية الجلدية العينية .

هذه المتلازمة نادرة الحدوث جداً ، ويحتمل انتقالها بصبغي وراثي صاغر ، وتتألف من تقرانات محددة يتراوح شكلها بين نقطي إلى شريطي إلى ثفني . وتصيب الراحتين والأخمصين ولا سيما ذرى الأصابع ، ويرافق هذه المتلازمة حدوث حثل في القرنية ، وتخلف عقلي ، وقد صغير ، وشحومات متعددة أحياناً ، ورُتَاج في الأمعاء والمثانة ، وتقرن تحت الأظفار أيضاً . ومن الأهمية تشخيص التيروزينيمية .

### التقران الراحي الأخمصي المترافق بسرطانة المري [ Clarke, Howel – Evans, and Mc Connel 1957 ] :

ويندر حدوث هذا الشكل من التقران ، ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي سائد . وتتألف من تقرنات منتشرة على الراحتين والأخمصين ويرافقها فرط تعرق أيضاً ، وتبدو هذه الأعراض بين الخامسة والخامسة عشرة من العمر ، ويعقبها ظهور سرطانة في المري في حوالي ٧٠٪ من المرضى ( في حوالي سن الخمسين من العمر ) . ويكثر شيوع هذا التقران في الذكور ، ويترافق هذا التقران الراحي الأخمصي بشلول تشنجية عائلية أيضاً .

**التشخيص التفريقي للتقرانات الراحية الأخمصية :**

وعند تداعي القصـة المرضيـة لهذا التقـران ، وصـورته السريرية . وبعض الاضطرابات المختلفة ، يجب أن يستبعد في التشخيص التفريقي لهذه التقـرانات كل من الأكزيمة مفرطة التقرن والمتشـققة في اليدين والقدمين ، والصـداف الراحي الأخمصي . وداء رايتر ، والسعفـة اليدوية والقدميـة مفرطة التقرن . والتقران الجريبي ، والتقران المسامي ، والحزاز المسطح الراحي الأخمصي ، والتقرانات الزرنيخية ، والأثفان الإفرنجية في الإفرنجي الثانوي ، والأثفـان الحقيقيـة ، والثآليل الشـائعة فيها .

**التقرانات الجريبية Follicular Keratoses :**

يتحـدد التقـران المتـأذي في الجريبـات الشعرية في هذه الحالات .

**التقران الشعري Keratosis Pilaris :**

المرادفات : الحزاز الشعري ، التقران الجريبي ، التقران أعلى الجريب .

**التعريف** : وينجم هذا التقران عن تأذٍ سليم في تقرن الجريبات الشعرية . حيث تصبح فوهاتها ممتلئة بسدادات قرنية ترتفع فوق سطح الجلد .

**الحدوث** : ويشيع حدوث هذه الحالة نسبياً ، ويحتمل انتقال استذهب هذه الإصابة بصبغي جسدي سائد ، ويصيب هذا التقرن فتيـات الصـغيرات عادة ، منذ الولادة وحتى سن البلوغ . ثم يختفي تدريجياً بعد ذلك .

ويعتبر كل من زراق الأطراف والشرث الجريبي عوامل تحدد مكان توضع الآفات في الكهول .

**الموجودات السريرية** : وتضم التوضعات المفضلة لهذا التقران كل من السطوح الباسطـة للعضـدين ، والسطوح الخارجيـة الوحشيـة للطـرفين السفـليين ولا سيما الفخذين والنـاحيـة الألوية . وتوجد في هذه المنـاطق أعداد كبيرة من التقرانات جريبيـة مخروطية الشكل غالباً ، وبلون الجلد عموماً ، ويبلغ قطرها في قـاعدتها بمقدار رأس الدبوس تقريبـاً . ويبدو الجلد متصـلب شبيـه بالمبشـرة ، ( راجع الشكـل ١٧ — ١٠ ) . ويحدث زراق الأطراف بشكـل منتظـم أو متماثل في المنـاطق المصابة وخاصة على الساقين ويطلق عليه اسم الشرث الجريبي Pernio Follicularis، ويكشف إزالة هذه التقرنات بالكشط عن شعـر متراكب . وإذا تبـارز فرط التقرن شـوكي أو زغبي الشكل فوق مسـتوى الجلد بشكل ملحوظ سميت هذه الحالة التشـوك Spinulosism وعلاوة على ذلك ، فقد تعزى هذه الحالة إلى عدد من الأسباب المختلفة ومثالها الطفحة الشعروية ، ويترافق هذا التقران بالتأتب أو بالحمامى التندبية محجبية المنشأ كما هو الحال في السماك تماماً .

**التشـريح المـرضي النسجي** : ويكشف عن فرط تقـرن في فوهات الجريبـات ، ويتواجد في كامل البشـرة الجريبيـة فوق الغدة الزهمية ، ويترافق بدرجات مختلفة من الالتهاب .

**السير** : يميل هذا التقران للتحسن تدريجياً .

**التشخيص التفريقي** : يسهل تشخيص هذا التقران ، وإذا ترافق بـالسماك الشـائع ، فقـد يكون هذا التقران نوعاً جريبيـاً من السماك ، أي السماك الجريبي ، وإذا حدثت التقرنات الجريبيـة على الجسـد أيضـاً ، فإن الحزار المسطح الجريبي يدخل في التشخيص التفريقي للتقران الشعري من ناحية أخرى .

**المعالجة** : وتتحسن هذه الحالة باستجـابتها للمعالجة الموضعية بـالمراهم الحالة للقرنين ، ومثـالها حمض الصفصـاف بتركيز ٣٪ — ٥٪ في الوذلين الأبيض ، وأثبتت المعالجة التي ينصح بها في عـلاج السماك الشـائع فـائدتها في هذا التقران ، ومثـالها الحمـامـات المـلحيـة ، وحمامات الزيت ، والبولة ، والمراهم المـلحيـة أيضـاً ، ومستحضرات البولة الموضعيـة ورهيمات التريتينون ذات التراكيز المنخفضة بالتطبيق الموضعي ، وأخيراً تؤخذ المعـالجة الآليـة بحجر الخفـاف أو اللوفا Loufa بعين الاعتبار .

**الحمـامى التنـدبيــة محجبيـة المنشـأ Ulerythema Ophryogenes [ Unna and Taenzer 1889 ] :**

*المـرادفات :* التقـران الشـعـري الأحمر الضـمـوري الوجهي [ Gans 1925 ] .

**الحدوث** : هذه الحمامى نادرة الحدوث نسبياً ، وتنتقل بصبغي جسدي سائد غير منتظم .

**الموجودات السريرية** : تبدأ هذه الحمامى بالظهور في الطفولة أو في بـاكورة الكهولة . وتتـألف من تقرنات جريبيـة دقيقـة جداً ، تصيب النـاحية الوحشية من الحاجبين ، ويكون الجلد تحتها أحمر ملتهباً . وتضمر هذه الإصـابة في مركزها ، وتفقد أشعـار الحاجبين فيهـا ، وتبدي المناطق الوحشيـة من الجبهـة والوجنتين — وليست منطقة حول الفم — احمراراً دائماً متناظراً ذو منظر زغبي على الرغم من خشونة سطحها لدى اللمس . ( راجع الشكـل ١٧ — ١١ ) . ويعـزى هذا إلى التقرانات الجريبيـة الدقيقـة ، وتصيب التقـرانـات الشعرية الســاقين

والذراعين معاً في أغلب الحالات ، ولقد لوحظ قلة نطاف مزمن في بعض الحالات .

**الإنذار** : تتحسن هذه الإصابة مع تقدم العمر عموماً .

**المعالجة** : لا يوجد علاج معول عليه لهذه الحمامى ، وإن تطبيق العوامل الحالة للقرنين جديرة بالتجربة كما في السماك الشائع ، وتستعمل الستيروئيدات الموضعية لفترة قصيرة في الالتهاب الشديد نسبياً .

## فرط التقرن الجريبي وحول الجريب في الجلد الثاقب Hyperkeratosis Follicularis et Parafollicularis in Cutem Penetrans [ Kyrle 1916 ] :

*المرادفات :* داء كيرل .

وتتميز هذه الحالة النادرة بوجود حطاطات جريبية معزولة عادة ، وتتجمع أحياناً ، وتترافق بسدادات قرنية منغرزة في الجلد بثبات ، وتصيب الساقين بشكل رئيسي ، وتحدث هذه الحالة مترافقة مع مرض كلوي ( مرضى الديال ) ( راجع الشكل ١٧ – ١٢ ) .

**النسجيات** : وتبدي وجود فرط تقرن جريبي ينفذ عبر جدار الجريب إلى داخل النسيج الضام في الجلد ، ويحدث حبيبومات لجسم أجنبي .

**التشخيص التفريقي** : ويجب أن يستبعد في التشخيص التفريقي لهذه الحالة كل من التهاب الجريبات الثاقب ، والمران الثاقب الزحاف ، والحبيبوم الحلقي الثاقب .

## التقران الجريبي Keratosis Follicularis [ Darier 1889 ] White 1889 ] :

*المرادفات :* داء داريه ، داء داريه – وايت ، خلل التقرن الجريبي .

**التعريف** : ويعتبر التقران الجريبي شذوذ تقرن عائلي يميل للتزايد مع تقدم العمر ، ويتظاهر سريرياً بحطاطات متقرنة ، بينما تكشف نسجياته عن خلل تقرن ، وبشكل مغاير لتوصيفه المعتاد ، فإن تبدلاته لا تنحصر في الجريبات فقط ، بل تحدث في البشرة بين الجريبات وفي الجلد الخالي من هذه الجريبات أيضاً ، كما يشاهد في المخاطيات ، ويمكن فصل وحدتي التقران الجريبي والفقاع العائلي السليم ( داء هايلي – هايلي ) أو اعتبارها أنواعاً من النمط الظاهري لذات الطفرة .

**الحدوث** : يندر حدوث هذا التقران ، ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، وينتقل بصبغي جسدي سائد ذو نفوذية متبدلة ، وليست الطفرات العفوية فيه غير شائعة . وقد تشير أشعة

الشديدة نسبياً، وتشير الاستقصاءات الحديثة إلى تأذي استقلاب
الشديدة نسبياً وتشير الاستقصاءات الحديثة إلى تأذي استقلاب
الفيتامين آ في البشرة ( يتزامن انخفاض مستوى الكاروتين في المصل مع التراكيز المرتفعة للريتينول البشروي ) .

**الموجودات السريرية** : إن التوضعات المتناظرة والمفضلة لهذا الداء هي ذات التوضعات لالتهاب الجلد المثي والمذح ، كما يصيب الفروة والعنق غالباً ، وتبدو مناطق الجلد المصابة وسخة في مظهرها ، خشنة في ملمسها . ( راجع الشكل ١٧ – ١٣ ، ١٧ – ١٤ ، ١٧ – ١٥ ) .

*الآفات المنعزلة :* ويتظاهر هذا الداء بالحطاطات المتقرنة التي تبدو على شكل حطاطات مخروطية ، ويتراوح قدها بين ١ – ٣ ملم تغطيها كتلة متقرنة ملتصقة بها بشدة ، وتأخذ اللون الرمادي المتسخ إلى اللون البني المصفر ، وإذا كشطت هذه الطبقة المتقرنة فإنها تترك خلفها نزاً خفيفاً جريبياً أو بين الجريبات ، وقد تكون هذه الآفات منعزلة ، أو تتوضع بشكل مجموعات ، أو تتصل مع بعضها لتشكل لويحات نازة متجلبة وكبيرة نسبياً ، ويكون سطح الجلد المقابل لها مكاناً للآفات الحليمومية التنبتية والتي تخضع للتلين ، فتصاب بالخمج الثانوي وتسبب رائحة كريهة ، ويندر حدوث التشكلات العقيدية والطفوح الحويصلية إلى حد بعيد .

*الرأس :* تحدث في الوجه تبدلات أكثر انتشاراً ، والتي قد تقترح الإصابة بالتهاب الجلد المثي وتتشكل جلبات زيتية القوام وذات رائحة كريهة على الفروة ، ولكنها لا تترافق بفقد الأشعار .

*الراحتان والأخمصان :* وتعتبر الحروف المقطوعة في بصمات الأصابع مظهراً نموذجياً لهذا التقران ، وقد تعرض الأثلام لتشكل تثلمات صغيرة يظهر فيها تقرنات منخفضة أحياناً ، وتحدث الأثلام الضيقة في الحروف حتى في الحالات المجهضة .

*تقران النهايات الثؤلولي الشكل Acrokeratosis Verruciformis :* وفي هذه الحالة ، تغطي ظهر اليدين والقدمين طفوحاً من الآفات الحطاطية المسطحة وذات كثافة كبيرة أو قليلة وتشبه الثأليل المنبسطة ، وتكون الصورة السريرية في هذا الشكل من الداء مشابهة لتقران النهايات الثؤلولي الشكل ، وتعتبر هذه الظاهرة إحدى تظاهرات التقران الجريبي أو نوعاً منه .

*الأظفار :* وتتضمن التبدلات التي تصيب الأظفار كلاً من الانشطارات الطولانية ، وهشاشة الأظفار وتسمكها ، وتقرنات تحت الأظفار أيضاً .

*المخاطيات :* غالباً ما يكون الحنك القاسي مكاناً لتوضع

مجموعة كثيفة من الحطاطات البيضاء الصغيرة والتي تتصف ...رتي مقعرة . كما يمكن لهذه الحطاطات أن تصيب المريء أيضاً (راجع الشكل ١٧ – ١٦ ) .

**الحالة العقلية** : يبدي بعض المرضى تخلفاً عقلياً ، وقد يترافق ...ـوث شـذ وقد يصاب مرضى هذا الداء باكتئاب وذهان ...ـعـ .

**الأعراض** : يشكو المرضى من حكة شديدة أحياناً وخاصة في ...مت خرشة والآفات التي تتوضع في الثنيات .

**التشـريح المرضي النسجي** : وتتضمن العلامات النموذجية ...ـحية هذا الداء كلاً من خلل التقرن ، وانحلال الأشواك فوق الطبقة القاعدية ، وجوبات في البشرة ذات الشواك البسيط ، بالإضافة إلى فرط تقرن وخطل تقرن بقعي أيضاً . وترتبط عبارة خلل التقرن Dyskeratosis بالتقرن غير الناضج للخلية ...ـقرنة الواحدة ، وتدعى خلايا خلل التقرن المدورة الحمضة في الطبقة الشائكة بالأجسام المدورة Corps Ronds ، كما تطلق عبارة الحبات Grains على خلايا خلل التقرن أو الخلايا حمضة التقرن الصغيرة ، ويكشف المجهر الألكتروني عن تأذ في ...ـيز الخلوي ويترافق بتجانس كل من حزم الخيوط الموترة و...ـيـت الرابطة وتلازنها .

ويعتبر **خلل التقرن الحال للأشواك البؤري** موجودة ...ـجية مميزة للتقران الجريبي ، ولكنها وصفت أيضاً كظاهرة ...عـمة في أمراض مختلفة تماماً ومثالها ورم خلل التقرن المتألل Dyskeratoma ، والتقران السافع ، والجلاد الحال للأشواك العابر ( داء غروفر Grover's Disease ) ، والسرطانة وسفية الخلايا . كما وصفت كموجودة سريرية مرافقة في السرطانة قاعدية الخلايا والأورام الأخرى .

**السـيـر** : تظهر الآفات الجلدية للتقران الجريبي بين باكورة الطفولة والعشرين ربيعاً على وجه العموم ، وتستمر هذه الحالة مترقية ببطء مع حدوث سورات طوال الحياة ، كما تظهر سرطانات وسفية الخلايا على الافات الحليمومية في حالات نادرة .

**التشخيص** : إن الصورة السريرية للتقران الجريبي مميزة له ، وإذا توقعنا هذه الإصابة ، فإنه من الأهمية بمكان البحث عن عدم استمرارية حروف البشرة ( بصمات الأصابع ) ، وعن تبدلات الأظفار والمخاطيات ، وقد تثبت الموجودات النسجية النموذجية تشخيص هذا التقران ، بينما لا توجد قصة عائلية غالباً ( الحالات العفوية ) .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل في التشخيص التفريقي لهذا التقران كل من التهاب الجلد المثي والفقاع العائلي المزمن السليم ( داء هايلي – هايلي ) ، والجلاد الحال للأشواك المزمن ( النمط المزمن من داء غروفر ) ، والوحمات مفرطة التقرن ، والشواك الأسود ، والفقاع التنبتي أيضاً .

**المعالجة** : تصعب معالجة هذا الداء ، حيث لا يمكن دوماً تصحيح التأذي المحدد وراثياً في هذا التقران بشكل دائم ، ويحتمل أن تتحسن الإصابة بتطبيق التريتينون موضعياً ، كما يحتمل أن تحدث المعالجة الجهازية بالإيتريتينات أو بمستقلبه الإيتريتين تحسناً أيضاً ، ويستمر هذا التحسن فقط ما دامت المعالجة مستمرة .

ويقتضي حدوث الأخماج الجرثومية الثانوية استعمال المطهرات أو الصادات موضعياً ، كما ينصح باستعمال الاسيكلوفير في الإكزيمة الحلئية . وقد تعطى الستيروئيدات الموضعية لفترات قصيرة عند الضرورة .

## التقرانات المحددة والتي لا تنحصر بالجريبات :

### تقران النهايات ثؤلولي الشكل Acrokeratosis Verruciformis [ Hopf 1931 ] :

**التعريف** : هذا المرض الثؤلولي الشكل يشبه الثآليل المنبسطة على ظهر اليدين والقدمين ، كما ويصاحب التقران الجريبي ( داء داريه ) هذا الداء .

**الموجودات السريرية** : تكثر الحوادث العائلية في هذا التقران ، وتبدأ الإصابة به في البالغين ، ويتألف من حطاطات مسطحة متعددة الزوايا ، ويأخذ لونها لون الجلد أو تحمر قليلاً ، او تصطبغ باللون البني ، وقد تشكل بقعاً متصلة ببعضها ومماثلة للثآليل المنبسطة .

وتعتبر هذه الحالة عادة نوعاً من التقران الجريبي ، وخاصة ان ظهور الانقطاع في حروف الجلد على الراحتين والأخمصين ( بصمات ) أمر ليس بغير شائع ، أو قد يحدث هذا الداء ملازماً للصورة السريرية الكاملة للتقران الجريبي ، ولقد سجلت استحالات خبيثة في هذا التقران في الأدب الطبي .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف فيه عن شواك وفرط تحبب دون تفجر مرافق عادة ، ولكنه يترافق ببؤر من انحلال الأشواك وخلل التقرن أحياناً ويكون فرط التقرن من نمط أبراج الكنائس .

**التشخيص التفريقي** : يجب ان يستبعد في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من الثآليل المنبسطة وخلل تنسج البشرة الثؤلولي الشكل .

**المعالجة** : وتطبق سنفرة الجلد في معالجة هذا الداء إذا تطلب الأمر .

### فـرط التـقــرن العـدســي الدائم Hyperkeratosis Lenticularis Perstans [ Flegel 1958 ] :

تصيب هذه الحالة العائلية أحياناً متوسطي الأعمار من الرجال ، وتتألف من حطاطات صغيرة مزمنة ذات سدادات قرنية منغرسة فيها بثبات والتي تظهر على الأطراف بشكل رئيسي ، وقد تتصل هذه الحطاطات ببعضها لتشكل آفات صدافية الشكل .

**التنسجات** : تكشف نسجيات هذا الداء عن خطل تقرن وفرط تقرن في البشرة المسطحة والضامرة ، ويرافقها رشاحة أدمية سطحية موضعة من اللمفيات والمنسجات ، وبالاعتماد على دراسات المجهر الألكتروني ، يبدو أن هذا الداء ينجم عن ظهور جسيمات قرنية شاذة .

**التشخيص التفريقي** : ويجب أن يستبعد في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من **فرط التقرن الجريبي وحول الجريب في الجلد الثاقب**، والتقران المسامي لميبيلي Mibelli، والمران الثاقب ، وتقرن النهايات الثؤلولي الشكل .

### تقـران اللعـوة وحمي الشـكـل Keratosis Areolae Mammae Naeviformis [ Otto ] :

**الموجودات السريرية** : تصيب هذه الحالة النساء على وجه الحصر ، حيث تظهر حول لعوة الحلمات **زوائد** مفرطة التقرن تشبه الثآليل ، ويتراوح لونها بين الأسود والبني المتسخ ، وتعتبر هذه الزوائد شذوذات وحمانية Nevoid ، ولذلك فهي لا تتراجع .

**المعالجة** : تؤدي المراهم الدهنية القوام والحالة للقرنين إلى تحسن عابر في هذه الإصابة أحياناً .

### التـقـران المســامي لميبيلي Porokeratosis of Mibelli [ Mibelli 1883 ] :

*المرادفات :* التقران المسامي خارج المركزي ، خطل التقرن لميبيلي ، خطل التقرن النابذ الضموري .

**التعريف** : وينجم هذا التقران عن تأذٍ محدد ومتعدد البؤر في تمايز البشرة ، ويرافقه خطل في التقرن ، ويعتبر ترافق هذا الداء بمسامات الغدد العرقية التي اقترحت عبارة التقران المسامي ليست إلا حادثة طارئة على الأكثر .

**الحدوث** : تنتقل هذه الحالة بصبغي جسدي سائد وغير منتظم ، ولكنها قد تحدث بشكل عفوي . وغالباً ما يصاب الرجال بهذا الداء أكثر من النساء ( تبلغ نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ٢ : ١ ) .

**الموجودات السريرية** : يبدأ هذا الداء بالظهور في أي سن ، وتعتبر الأطراف بالدرجة الأولى ، والجذع ، والوجه ، والحشفة ، بالدرجة الثانية أمكنة توضع لآفات هذا الداء المتعددة عادة . وتبدأ هذه الآفات تظاهراتها على شكل حطاطة صغيرة ذات سدادة قرنية مركزية ، وقد يكون لهذه الآفات المتعددة علاقة خطية فيما بينها . ثم تكبر الآفات في قدها ، وتشكل مناطق نموذجية من الجلد الطبيعي أو الضامر قليلاً ، يحيط بها هامش أبيض مرتفع ومتقرن ، تنغرز فيه السدادات القرنية كما في السياج ، وقد تأخذ هوامش الآفات شكلاً مدوراً أو متحلقاً أو زاحفاً ، تتواجد هذه الآفات منفردة ، وتختلف في قدها بين عدة ميليمترات إلى عدة سنتيمترات ، بينما تكون أعراض هذا الداء خفيفة . ( راجع الشكل ١٧ – ١٧ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن مجموعة مداخن من خطل التقرن بشكل متكدس وهذا مميز لهذا الداء ، أي يكشف عن صفاحة تقرانية فوق البشرة وتغيب معها الخلايا الحبيبية ، كما يبدي وجود خلايا قاعدية شاذة ، يعلوها طبقات شاذة في بنية البشرة . ويترافق بارتشاح باللمفيات والمنسجات في الأدمة العليا أيضاً .

**الإنذار** : قد يبدي هذا الداء تفاقماً تدريجياً وتراجعاً عفوياً تاركاً ندبات ضمورية بسيطة . وقد تظهر السرطانات على هذه المناطق الضمورية ( داء بوفن والسرطانة قاعدية الخلايا أو السرطانة وسفية الخلايا ) .

**المعالجة** : يمكن تجربة التريتينون Tretinon بالتطبيق الموضعي وبتراكيزه المنخفضة ، كما ينصح فيه كل من الجراحة القرية باستعمال ثلج ثاني أكسيد الكربون أو سائل النيتروجين ، والتخثير الكهربي ، والمعالجة بالليزر ، وتكون فائدة هذه المعالجات قليلة في هذا الداء .

**متنوعات :**

لقد وصفت تظاهرات أخرى لهذه الحالة .

**التقران المسامي الخطي Porokeratosis Linearis** : وتكون آفاته وحيدة الجانب وخطية كما في الوحمات البشروية الخطية ، ومن ناحية أخرى تكون صورته السريرية نموذجية للتقران المسامي لميبيلي .

**التـقـران المســامي الراحي الأخمصي المنتشر [ Guss, Osbourn, and Lutzner 1971 ]** : وينتقل هذا الشكل من

تقرن بصبغي جسدي سائد ، ويكثر شيوعه في الذكور ، وتبدأ تظاهراته بين العاشرة من العمر والعشرون عاماً بظهور حصيصات متقرنة على الراحتين والأخمصين وفي أي مكان آخر وحتى في المناطق التي لا تتعرض للضياء . ولا يمكن السيطرة على حدوث التنكسات السرطانية التالية . كما تتطلب هذه الحالة تمييزها نسجياً عن الثآليل الشائعة ، والتقران المسامي لمانتو ، والتقران الراحي الأخمصي المنتثر ، والتقران الجريبي ، والتقرانات الزرنيخية .

**التقران المسامي النقطي Porokeratosis Punctata** : ويتظاهر هذا التقران بآفات نقطية دقيقة على الراحتين والأخمصين ، وتعتبر الموجودات النسجية النموذجية في التقران المسامي لميبيلي مشخصة ، وخاصة بإظهار الصفاحة التقرانية فيها .

## التقران المسامي السطحي المنتثر السافع [ Chernosky and Freeman 1967 ] :

**الموجودات السريرية** : يحدث هذا الشكل المنتثر من التقران المسامي في المناطق المعرضة للضياء من الجلد ومثالها ظهر اليدين ، والسطوح الباسطة من أسفل الساعدين ، والساقين ، والوجه ، ويشيع فيه إصابة النساء أكثر من الرجال وتشبه آفاته سريرياً ونسجياً الآفات الصغيرة من التقران المسامي لميبيلي ، ولكنها قد تكون ملتهبة ، كما يكثر شيوع هذه الحالة لدى زمرة ذوي الأعمار المتقدمة في السن وفي المناطق المشمسة ، تؤدي أشعة الشمس إلى تفاقم آفات هذا التقران والتي تتحول إلى لويحات حمراء قبيحة المظهر ، وقد تترافق بتقرانات سافعة . ويبدو أن هذه الحالة تنتقل بصبغي جسدي سائد غير منتظم ( راجع الجدول ١٧ – ١٨ ) .

**المعالجة** : وتتم معالجة هذا الداء كما في معالجة التقران المسامي لميبيلي ، وبالوقاية من الضياء .

## احمرار الجلد المتقرن الشكلي والمتغير [ Erythrokeratodermia Figurata Variabilis Rill 1922, Mendes da Costa 1925 ] :

*المرادفات* : احمرار الجلد المتقرن المتغير ، متلازمة Mendes da Costa التهاب القرنية الأحمر الشكلي ( Rille ) .

**التعريف** : وهو داء يتظاهر على شكل تقرانات دائمة تحدث على حمامات متغيرة ، ويبدأ ظهورها في باكورة الطفولة .

**الحدوث** : يندر حدوث هذا الداء جداً ، وينتقل بصبغي جسدي سائد وبدرجات مختلفة .

**الإمراض** : من المحتمل أن يعزى هذا الداء الوراثي إلى تقرن شاذ يرافقه نقص واضح في أعداد الجسيمات المتقرنة في البشرة العليا .

**الموجودات السريرية** : تختلف شدة هذا الداء بشكل واضح في ذات العائلة وحتى في المريض نفسه ، ويبدأ هذا المرض تظاهراته في الطفولة الباكرة ، من المرحلة بعد الولادة وحتى السنة الثالثة أو الرابعة من العمر تقريبا ، على شكل آفات حمامية تقرنية متناظرة ، وذات أشكال غريبة ، ولون أحمر قاتم ، تكون هذه الآفات متعددة الحلقات أو منحنية أو هامشية أحياناً ، كما تغطيها وسوف نخالية الشكل .

وتتضمن المناطق المفضلة لتوضع هذا الداء كلاً من الوجه ، والأطراف ( السطوح الباسطة ) ، ومناطق وتر أشيل ، وظهر اليدين والقدمين ، والأليتين ، بينما يكون الأخمصان والراحتان طبيعية ، ولا تترافق بفرط في التعرق ، كما لا تصاب الأشعار ، والأظفار ، والأسنان ، والمخاطيات في هذا الداء .

وبالإضافة إلى ذلك ، وبعد ارتفاع درجة الحرارة ، قد تظهر آفات حمامية وسفية قليلاً ومحددة ، تختفي خلال عدة أيام أو تستمر بعضاً من الوقت ، وقد تصبح هذه الآفات في الحالة الأخيرة مفرطة التقرن .

**الأعراض** : لا تحدث أعراض شخصانية في هذا الداء عادة ، ويندر حدوث المذل في مناطق الجلد المصابة ، وذكرت تقارير عن نقص الحساسية للمحرضات الآلية والحرورية في هذا الداء أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف عن شواك غير منتظم وصدافي الشكل غالباً ، ويرافقه فرط تقرن ووُرامات حليمية ، كما يلاحظ وجود وذمة في الأدمة العليا ورشاحة التهابية بسيطة ، وتشبه هذه الحالة النخالية الحمراء الشعرية أحيانا ، ويبقى تكون البشرة طبيعياً ، ويشير ذلك إلى احتباس في فرط التقرن ، بينما يبدي المجهر الالكتروني نقصاً في عدد الجسيمات القرنية .

**السير** : يستمر هذا الداء طيلة الحياة ، ولا تتأذى فيه الصحة العامة ، ويتضح التحسن فعلياً في أشهر الصيف غالباً ، كما تتضمن المظاهر النموذجية فيه تبدلات سريعة في مدى المرض وشدته ، وتراجعاته ، وحدوث آفات جديدة في أيام عدة أو حتى في ساعات . وذكرت التقارير التحسن العفوي في الكهول .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من الأحمرية سماكية الشكل الولادية الفقاعية ، والنخالية

الحمراء الشعرية ، واحمرار الجلد المتقرن المتناظر والمترقي ، والصداف أيضاً .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يمكن تجربة الإيتريتينات ، والإيتريتين ، والإيزوتريتينون في معالجة هذا الداء .

*المعالجة الموضعية :* وتضم الإجراءات التكييفية كتجربة الستيروئيدات ، ويمكن مشاركتها بالتريتينون .

## احمرار الجلد القرني المتناظر المترقي Erythrokeratodermia Symmetrica Progressiva [ Gottron 1922 ] :

*المرادفات :* متلازمة غوترون .

**الحدوث :** يندر حدوث هذا الداء إلى حد بعيد ، ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي سائد .

**الإمراض :** يؤدي هذا الاضطراب الوراثي إلى زيادة في تشكل البشرة يرافقه فرط في التقرن ، بالإضافة إلى التهاب بسيط في أعلى الأدمة .

**الموجودات السريرية :** يبدأ هذا الداء في الطفولة أحياناً ، وقد يتأخر حدوثه إلى عمر متقدم ، وتنحصر الآفات الحمامية التقرنية في بعض المرضى في اليدين والقدمين والركبتين والمرفقين أو حتى انها تنحصر في اليدين لوحدهما ، وتظهر الآفات أولاً على القدمين او الذقن أو ظهر اليدين أو الأصابع غالباً ، وقد يصاب كل من العضدين والكتفين والعنق والوجه والفخذين أيضاً ، بينما يبقى الأخمصان والراحتان والجذع طبيعية ، وتتألف هذه الآفات من حمامات متقرنة ذات هامش واضح ووسوف قليلة ، كما تتصف هذه الآفات بهوامش نموذجية مفرطة التصبغ في معظم الحالات ، ولا توجد آفات حمامية منفردة ، ولقد ذكر حدوث الاستجابة المتماثلة الشكل في حالات قليلة .

**التشريح المرضي النسجي :** يبدي التشريح المرضي النسجي فرط تقرن تكاثري مع شواك شديد وورام حليمي . تبدي الأدمة العليا توسعات وعائية وارتشاح التهابي خلوي بسيط .

**السير :** مزمن وتميل الآفات في هذا الداء للتراجع ببطء بعد البلوغ في معظم الحالات .

**التشخيص التفريقي :** ويدخل تقرن الجلد الراحي الأخمصي الذي يصيب الراحتين والأخمصين بشكل متغير في التشخيص التفريقي ، ويميز استمرارية الآفات في هذه الحالة عن احمرار الجلد القرني الشكلي المتغير .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* ويجب تجربة الإيتريتينيت والإيتريتين أو الإيزوتريتينون في معالجة هذا الداء .

*المعالجة الموضعية :* وتتم بالإجراءات التكييفية ، وقد يستعمل التريتينون والستيروئيدات بمشاركتهما معاً .

## احمرار الجلد الولادي والصمم Congenital Erythroderma With Deafness [ Schnyder 1964, Marghescu, Wolff and Braun – Falco 1982 ] :

شوهد هذا الترافق النادر في حالات معزولة من كلا الجنسين ، وتتواجد تبدلاته من احمرار الجلد القرني منذ الطفولة الباكرة ، وتميل هذه التبدلات لإصابة الوجه والأطراف ( المرفقين ، الركبتين ، اليدين ، القدمين وتترافق بفرط تقرن راحي أخمصي ) . وقد توجد الطلاوات الفموية في هذا الداء ، كما يصاب المرضى الذكور بأعراض عينية شديدة إضافية ( كالتهاب القرنية ، واحتمال حدوث التقرحات ) ، وتكثر في هذه الحالة أخماج الجلد الجرثومية والفطرية ( كالمبيضات البيض ) ، وتكثر الأخماج في المخاطيات أيضاً .

## السماك الخطي المنعطف Ichthyosis Linearis Circumflexa [ Rille 1922, Comèl 1949 ] :

*المرادفات :* متلازمة Netherton 1958 .

**التعريف :** وينجم هذا السماك عن تأذ في التقرن ولادي ، ويصنف بين السماك ، واحمرارات الجلد التقرنية ، ويرافقه تقرنات حمراء بنية اللون وجغرافية الشكل أو خطية أو متعددة الحلقات ، وشذوذات في الأشعار عادة .

**الحدوث :** يندر حدوث هذا السماك ، ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي صاغر . وتكون نسب الحدوث في هذا المرض هي ذاتها في الجنسين معاً .

**الموجودات السريرية :** يبدأ هذا السماك تظاهراته في السنة الأولى من العمر عادة ، ويعقب احمرار الجلد المنتشر تقرانات حمراء بنية اللون ، جغرافية في الشكل أو حلقية أو ملتفة ، ويحيط بها هامش مزدوج من الوسوف ، ويتبدل شكل هذه الآفات باستمرار وخلال ساعات أحياناً ، وتكون الأعراض الشخصانية في هذا السماك قليلة ، وقد يترافق بحكة خفيفة أحياناً .

**الموجودات المرافقة :** يشيع حدوث شذوذات في الأشعار مرافقة لهذا السماك ، وتضم حاصة منتشرة ، أو تقصف الشعر المنغلف ( شعر الخيزران Bamboo Hair ) ، أو تقصف الشعر

حـ م لأشعار الملتوية ، وإذا كان شذوذ الأشعار مظهراً في هذه الحالة تعرف بمتلازمة Netherton عموماً ، بينما تعم رافقت ثانوية لهذا الداء كل من التأتب والشذوذات في استقلاب حمض الأميني ( تحليل البول ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن شوك وفرط تقرن وخطل تقرن في بعض الحالات ، ويترافق بتسفنج وتشكلات حويصلية في الطبقة المتقرنة ، كما يبدي المجهر الالكتروني علامات تكاثر وفرط تقرن يرافقهما تقرن شاذ . وتكشف التبدلات في صفيحات الشعر بالمجهر الضوئي وبتفريس المجهر الكهربي .

**المعالجة** : لا يوجد علاج مرضي لهذا السماك .

معالجة جهازية : يمكن تجربة الإيتريتينات أو الإيتريتين .

معالجة موضعية : وتطبق الستيروئيدات تحت الضماد الكتيم في علاج هذا الداء .

**التقران الحزازاني المزمن Keratosis Lichenoides Chronica** :

مرادفات : الحزاز الأحمر المؤنف الثؤلولي والشبكي ( Kaposi 1895 ) . والتقران المسامي الخطي ( Nekam 1938 ) ، حلاد خطاطي مفرط التقرن الخطي ( Bureau Barriere 1970 ) ، التقران الحزازاني الخطي ( Degos 1974 ) ، التقران حزازي الثلاثي ( Pinol – Aguadé 1974 ) .

**تعريف** : يعتبر هذا التقران جلاد مزمن مترقٍ ، ويندر حدوثه كثيراً . وهو من سبب غير معروف ، ويتألف من حطاطات متقرنة خطية وإلى تقرنات شبيهة باللويحات ، ومن آفات وسفية صدفية الشكل ، وليس محدداً فيما إذا كانت هذه الحالة مستقلة . أو أنها شكل شاذ من الحزاز المسطح الثؤلولي . وقد اقترح بأنها حالة من فرط التقرن الجريبي وحول الجريب في جلد ثاقب .

**الحدوث** : يندر حدوث هذا التقران جداً ، ويصاب الرجال والنساء بشكل متساوٍ .

**الموجودات السريرية** : تظهر هذه الحالة في أي عمر ( ذكرت أربعة حالات ولادية على الأقل ) ، وتحدث الآفات البدئية فيها على الوجه ، أو الساعدين ، أو البطن ، أو في عدة مناطق في آن واحد ، وتعتبر الحطاطات المتقرنة الخطية المرتفعة والمتعامدة ، واللويحات أكثر هذه الآفات شيوعاً ، وتذكرنا علامات الاحمرار والتقران التي تصيب الوجه غالباً بالإكزيمة المثية أو بالذأب الحمامي . تصيب هذه الآفات الراحتين والأخمصين أيضاً ، وتترافق بتبدلات ظفرية أحياناً .

ولقد ذكر حدوث الآفات التناسلية والآفات القلاعينية التي تصيب مخاطيات الفم في هذا الداء ، وقد يسبب كل من التهاب الأجفان والتهاب القرنية والملتحمة تندباً وعمى أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف التشريح المرضي النسجي لهذا التقران عن شواك ، وفرط تحبب متغير ، وفرط تقرن يرافقه نفوذ متعدد وواضح داخل الأدمة ( في الجلد الثاقب ) ، وتقران جريبي ، وتسرب خلوي يرافقه حدوث خراجات دقيقة في حالات نادرة ، ورشاحة التهابية لمفية تترافق بمظاهر ارتشاح حزازاني في البشرة غالباً ، كما تتشكل أجسام سيفات وبالعات الصباغ في الأدمة ، وقد تترسب الأجسام الغروانية إيجابية الغلوبولين IgM والفيبرين على منطقة الغشاء القاعدي في الومضان المناعي المباشر .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل في التشخيص التفريقي لهذا التقران كل من داء رايتر والصداف الشائع ، والتقران الجريبي ، والحزاز المسطح الثؤلولي ، والنخالية الحمراء الشعرية ، والذأب الحمامي .

**السير** : هذا المرض مزمن ومترقٍ عموماً .

**المعالجة** : لا توجد معالجة مرضية لهذا الداء ، وينصح بتناول الإيتريتينات أو الإيتريتين . ويستجيب بعض المرضى للمعالجة بالبوفا PUVA . ومن ناحية أخرى تتطلب هذه الحالة معالجة عرضية .

# الفصل الثامن عشر

# أمراض النسيج الضام

# Diseases of Connective Tissue

د . سلوى الشيخ

يبحث هذا الفصل في أمراض مختلفة تشترك بوجود تغيرات في النسيج الضام . وتتضمن تغيرات كمية كالضمور وتغيرات نوعية في العناصر البنيوية ، والخلايا ، والمواد الاستنادية Ground Substance . تصاب بالوقت نفسه أو بشكل ثانوي ، البشرة ، والملحقات ، التي يدعمهما النسيج الضام تحتها ، وقد تصاب الأوعية الدموية ، واللمفية ، والأعصاب . تبدي جميع هذه الأمراض تبايناً واضحاً في اختلاف السببيات والإمراضيات والعيوب الولادية ، والتغيرات الالتهابية بأسباب لا مؤكدة ، والآليات الناجمة عن اجتياح الممرضات Pathogens .

## مكونات النسيج الضام :

أهم مكونات النسيج الضام :

– الخلايا : أرومات ليفية Fibroblasts ( الخلايا الليفية Fibrocyte ) .

– الألياف : كلاجين ، ايلاستين ، وشبكين .

– مواد استنادية : بروتيوغليكان ، أملاح ، وماء .

**الأرومات الليفية Fibroblasts** : يستعمل اسم الخلية الليفية أحياناً للشكل الناضج فقط من خلايا هذا النسيج الضام . تُنتج الأرومات الليفية جميع أنواع الألياف وكذلك المادة الاستنادية التي تغلفها .

**أليـاف الكـلاجـين Collagen Fibers** : الكـلاجـين أكثر البروتينات البنيوية أهمية في النسيج الضام . يعتمد ثباته الآلي الخلالي بشكل رئيسي على بنيته الجزيئية الوصفية . وتتكون هذه البنية من ثلاثة سلاسل عديدة الببتيد ، تحتوي كل منها على حوالي ١٠٠٠/ حمض أميني تتوضع على شكل حلزون ثلاثي Triple Helix . تتطلب هذه البنية وجود الغليسين في كل موقع ثالث من متتالية الحموض الأمينية ، كما تتطلب محتوى عالٍ من البرولين والهيدروكسي برولين . وعلى كل ، ليس للكلاجين كيان وحيد بل يوجد له عدة أنماط متميزة وراثياً ، لكل منها بنية جزيئية كِبرية Macromolecular مميزة وتوزع نسيجي خاص . تتأثر قدرات النسيج الضام الآلية – الحيوية بشكل أساسي بنوع الكلاجين الداخل بتركيبه كما في العظام والأوتار والغضاريف والجلد .

*الصفات الجزيئية لجزيئة الكلاجين* : يتألف الكلاجين نمط I من سلسلتين متماثلتين من $\alpha_1$ وسلسلة واحدة من $\alpha_2$ ، ويشاهد في معظم الأنسجة ، وهو يُكّون عناصر النسيج الضام الأساسية في الجلد والعظام والأوتار .

ويتألف الكلاجين نمط III من ثلاثة سلاسل متماثلة وله توزع مشابه للنمط I إلا أنه لا يوجد في العظام والأوتار ، ومن المحتمل أن يكون جزءاً من النسيج الضام الشبكي .

أما الكلاجين نمط II فيوجد في الغضروف الهياليني .

الكلاجين نمط IV هو أحد مكونات الأغشية القاعدية .

بينما يوجد الكلاجين نمط V في العضلات .

أنماط الكلاجين الأخرى المصنفة حديثاً إما أنها مكونات صغرى ( نمط VI – ليفات مجهرية ، نمط VII – ليفات الإرساء Anchoring Fibrils ) ، وقد تم تصنيعها من قبل خلايا متخصصة ( نمط VIII – خلايا بطانية ) أو أنها موجودة بالغضروف ( الأنماط IX ، X ، XI ) . تتركب كل سلسلة فردية من عديدات الببتيد لهذه الأنماط الكلاجينية المختلفة في الريباسات Ribosomes على شكل طليعة ( طليعة الكلاجين Procollagen ) ، بالإضافة لببتيدات N – و C – الانتهائية . ثم تتعرض لتعديلات بإشراف إنظيمي Enzymatically مثل هدركسلة Hydroxylation بعض بقايا البرولين والليزين . تحدث هذه المراحل إضافة إلى لف Coiling ثلاث سلاسل ببتيدية لتشكل حلزوناً ثلاثياً بداخل الخلايا في الشبكة الهيولية الباطنة . وبعد إفراز الجزيئة إلى خارج الخلايا تنفصل الببتيدات N – و C – الانتهائية عن بعضها . ومن ثَمّ تُرَتب الجزيئات نفسها في ليفات تتثبت بارتباطات متصالبة Cross Linkage ، تتلون هذه الليفات بالايوزين في المحضرات النسيجية العادية وتبدي إيجابية خفيفة تجاه الباس PAS . تبدي الليفات بالمجهر الالكتروني تخطيطات متصالبة وصفية وبطول حوالي ٧٠ نانومتر . ( راجع الشكلين ١٨ – ١ و ١٨ – ٢ ) .

**الجدول ١٨ – ١** : جزيء الكلاجين The Collagen Molecule

| | |
|---|---|
| الطول | ٣٠٠ NM نانومتر |
| القطر | ١,٤ نانومتر |
| الوزن الجزيئي | ٢٩٠٠٠٠ |
| الجزء الحلزوني (Helical) | ١٠١٤ حمض أميني |

حزء الحلزوني | ٩ – ٢٥ حمض أميني
٣٥٪ غليسين
٢٥٪ برولين وهيدروكسي برولين

**ألياف الشبكين Reticulin Fibers** : يمكن إظهار هذه الألياف بعد تشريبها Impregnation بالفضة ، لذا تدعى أيضاً الألياف أليفات الفضة Argyrophil Fibers . وتوجد بمنطقة الأغشية القاعدية وتحيط بالجريبات الشعرية والغدد في الأدمة على شكل شبكة رقيقة . وهذه الألياف عبارة عن شكل من الكلاجين .

**الألياف المرنة Elastic Fibers** : تشكل الألياف المرنة مع الياف الكلاجين والمادة اللحمية المتوسطة الاستنادية Mesenchymal Ground Substance الترتيب الجزيئي الكبري Macromolecular للنسيج الضام الأدمي وبذلك تشارك – إلى حد ما – بالوظيفة الآلية – الحيوية . وتشكل الألياف المرنة في الطبقة الحليمية على حافة البشرة شبكة رقيقة ذات تشعبات تدعى الضفيرة المرنة تحت البشرة . تكون الشبكة في الطبقة الحليمية أرق مما هي عليه في الطبقة الشبكية ، ويمكن مشاهدتها بالمجهر الضوئي كشريط متموج عديم الشكل عاكس للضوء بشدة ، تقع بين ألياف الكلاجين وفيما حولها . تستعمل تلوينات خاصة في الفحص النسيجي لإبراز هذه الألياف كتلوين الأورسين ( تانزر – أونا ) وتلوين الريزورسين – فوكسين (Weigrt) أو طرق الألدهيد – فوكسين (Gomori) . تتألف البنية المستدقة Ultrastructure للألياف المرنة من مركبين : مركب ليفي صغري Microfibrillar ، ومادة عديمة الشكل Amorphous . وتكون الألياف المرنة مقاومة بشدة للحلمهة Hydrolysis بالحموض أو بالقلويات الممددة . ولذلك تم تعريفها ببقايا ما بعد الحلمهة بماءات الصوديوم (NAOH) لمدة ٤٥ دقيقة وبدرجة حرارة ١٠٠م ( راجع الشكل ١٨ – ٣ ) .

يمكن للألياف المرنة أن تصبح ذات انكسار مزدوج Birefringent للضوء إذا مططت وذلك بسبب إعادة ترتيب ببتيدات الايلاستين بشكل أكثر توازياً .

**المادة الاستنادية Ground Substance** : كثيراً ما يقلل من شأن الوظيفة الآلية – الحيوية للمادة عديمة الشكل التي تنطمر فيها ألياف النسيج الضام . تتكون هذه المادة من عديدات السكر المخاطية المتعادلة Neutral والحمضة كالحمض هيالوروني ، وسلفات الدرماتان ، وسلفات الكوندروييتين ، وترتبط بالبروتينات ، والبروتيوغليكان ، والماء ، والأملاح ، والبروتينات السكرية ، وغيرها . ولسوء الحظ ، لا يتوفر سوى القليل من المعلومات عن التنظيم الكمي والكيفي للمادة الاستنادية ، لاسيما المتعلق بالتآثر Interaction والتحولات بين مختلف مكونات النسيج الضام .

## المتلازمات الوراثية Hereditary Syndromes :

**متلازمة اهلر – دانلوس Ehlers – Danlos Syndrome** : [ فان ميكرين ١٦٨٢ ، تشيرتوغوبو ١٨٩١ ، اهلرز ١٩٠١ ، دانلوز ١٩٠٨ ]

**التعريف** : هو مرض وراثي في النسيج الضام ذو أنماط متعددة تشارك بأعراض رئيسية مثل فرط التمطط Overstretchability وقابلية الجلد للتعرض للمرض Vulnerability وفرط بسوطية Hyperextensibility المفاصل .

**الحدوث** : نادر .

**الإمراض** : يعتمد على النمط الذي نحن بصدده . لم يكن بالإمكان التعرف على العيب الجزيئي للأنماط I ، II ، III من متلازمة اهلر – دانلوس الموروثة بشكل سائد ، بينما أمكن تحديد العيب الجزيئي في أنماط أخرى بما يكفي لوضع التشخيص .

**الموجودات السريرية** : تظهر الإصابة في البنيات الغنية بالنسيج الضام كالجلد ، والعظم ، والأوعية الدموية فتتأذى هذه البنيات بسبب تركيب كلاجين غير مناسب . تسبب الرضوض البسيطة ، التي لا تؤذي الجلد السليم عادة تمزقاً في الأوعية والتئاماً للجروح بطيئاً وغير مُرضٍ ، مع بشاعة منظر الالتئام من الناحية الجمالية . وقد وصفت اضطرابات مماثلة في النسيج الضام خلقية المنشأ تصيب العجول والأغنام والقطط وتدعى Dermatosparaxis .

إن فرط بسوطية المفاصل وفرط مرونة الجلد وقابلية الجلد للتعرض للمرض تشكل العلامات الرئيسية في متلازمة اهلر – دانلوس . ويمكن رفع الجلد في طيات عن أنسجته الداعمة وعند تركه فإنه يعود إلى مكانه كشريط مرن مما دعى لتسميته « بالجلد المطاطي » . يبدأ المرض عادة في الطفولة وتؤدي الأذيات الجلدية إلى نزوف شديدة بطيئة الالتئام . وتعد ندبات « فك السمك » الضامرة ، والورم الكاذب المليسائي الشكل Molluscoid Pseudotumor لاسيما على المرفقين والذراعين والركبتين والذقن والجبين علامات مميزة وتشير إلى التشخيص

( راجع الأشكال ١٨ – ٤ ، ١٨ – ٥ و ١٨ – ٦ ) .

ومن المظاهر الإضافية فتوق النسيج الضام ، وتمزق خياطة الشقوق الجراحية ، واسترواح الصدر العفوي ، وانثقاب الأمعاء ، والجنف ، وفرط انثنائية المفاصل Hyperflexibility – خاصة مفاصل الأصابع واليد والمرفق – ونقص التوتر العضلي Hypotonia . وهكذا يمكن ثني أصابع اليدين لأكثر من زاوية قائمة . ومن الشائع حدوث خلوع مفصلية كاملة وخلوع جزئية . تقود هشاشة جدر الأوعية إلى تمزقها في أماكن الرضوح الآلية بالإضافة إلى تمزق الأوعية الكبيرة ( الأبهر ) . ويستطيع كثير من المرضى لمس الأنف بمقدمة اللسان . وتكون إصابة العين واضحة في كثير من الأشكال . إن الأعراض السريرية ونمط الوراثة والعيب الجزيئي للأشكال المختلفة ملخصة بالجدول ١٨ – ٣ والجدول ١٨ – ٤ .

**الجدول ١٨ – ٣** : التصنيف السريري لمتلازمة اهلر – دانلوس

| النمط | نموذج الوراثة | الأعراض السريرية | نسبة الحدوث ٪ |
|---|---|---|---|
| I | صبغي جسدي سائد | فرط مرونة واضح ، قابلية شديدة للتعرض للمرض وميل لحدوث النزوف الجلدية ، أورام كاذبة مليسائية الشكل Molluscoid ، فرط بسوطية المفاصل مع خلوع مفصلية ، تمزق مبكر للأغشية الجنينية مع ولادة مبكرة ، اضطراب التئام الجروح | ٤٠ |
| II | صبغي جسدي سائد | كالنمط I ولكن أخف شدة | ٣٠ |
| III | صبغي جسدي سائد | فرط بسوطية المفاصل ، نمط مفرط التحرك ( بهلوان ) ، فرط تمديد الجلد بالحد الأدنى | ١٢ |
| IV | صبغي جسدي سائد/ صبغي جسدي صاغر | جلد رقيق شاف غير مرن قابل للعطب بسهولة . تمزق الأوعية والأعضاء الجوفاء . فرط التمطط محصور بالأقسام البعيدة للأطراف | ٦ |
| V | صبغي جنسي X / صاغر | فرط مرونة الجلد ، فرط حركة المفاصل بالحدود الدنيا | ٤ |
| VI | صاغر | فرط مرونة الجلد ، زيادة الميل للنزوف ، فرط بسوطية المفاصل مع تشوهات ( حنف القدم ، حداب جنفي ) ضعف عضل ، اختلاطات عينية كتمزق الصُلبة والقرنية ، تمخرط القرنية Keratoconus ، قرنية صغرية ، زرق | ٢ |
| VII | صبغي جسدي سائد/صاغر | فرط بسوطية المفاصل ، خلوع مفصلية ، أعراض جلدية قليلة | ٣ |
| VIII | صبغي جسدي سائد | هشاشة جلدية ، ندبات حول الظنبوب ، التهاب ما حول السن Periodontitis ارتشاف سنخي عظمي . فقدان أسنان مبكر | |
| IX | صبغي جنسي X | مشابه للجلد الرخو Cutis Laxa ، تشوهات عظمية ، رتوج مثانية ، فتوق | ٣ |

**الإنذار** : يختلف حسب نمط الإصابة .

**المعالجة** : عرضية مع المراقبة العظمية والعينية والاستشارة الوراثية في الحالات الشديدة .

**الجدول ١٨ – ٤** : أنماط متلازمة اهلرز – دانلوز وعيوبها الجزيئية

| النمط | العيب الجزيئي Molecular Defect |
|---|---|
| I – III | مجهول |
| IV | فقدان الكلاجين نمط III |
| V | عيب في ليزيل أوكسيداز Lysyl Oxidase |
| VI | طفرة في الليزين هيدروكسيلاز ، ولهذا لا يوجد ارتباط متصالب لجزيئة الكلاجين |
| VII | عوز في ببتيداز طلائع الكلاجين أو طفرة بنيوية في سلسلة $Pro-\alpha_2(I)$ ، تراكم طلائع الكلاجين في الجلد |
| VIII | مجهول |
| IX | تبدل استقلاب النحاس |

## الجلد الرخو ( اليرت ١٨٥٥ ) Cutis Laxa :

*المرادفات* : ارتخاء الجلد Dermatochalasis ، الجلد الأعرج (Limp Skin) ، الجلد الفضفاض (Loose Skin) ، المران العام ، متلازمة زيادة الجلد Too Much Skin Syn .

**التعريف** : مجموعة متغايرة من اضطرابات النسيج الضام الولادية المعممة تتميز بزيادة الجلد أو بجلد رخو . وتكون

لأشكال الثانوية أو المكتسبة للجلد الرخو لا وراثية . ( راجع الشكل ١٨ – ٧ ) .

**الحدوث** : نادر جداً . يحدث الجلد الرخو الثانوي كشكل غير كامل مجهض Abortive ، مثال : ارتخاء الجفن Blepharochalasis .

**الإمراض** : هو مرض عديد السببيات ويجب التفريق بين الأشكال الوراثية والأشكال الثانوية .

– *الأشكال الوراثية :* تمثل متلازمة الجلد الرخو مجموعة متغيرة من الأمراض ذات نماذج مختلفة وراثية :

– *النموذج السائد* *The Dominant Type* : تكون المظاهر جلدية بارزة ، بينما تكون إصابة الأعضاء الداخلية محدودة .

– *النموذج الصاغر* *The Recessive Type* : وهو اضطراب معمم في النسيج الضام يترافق بانتفاخ رئة ، وذات رئة متكررة . وقلب رئوي ، ورتوج معوية ، وفتوق ورتوج في المجاري البولية – التناسلية . وفي الشكل المرتبط بالجنس X – Linked ثبت وجود نقص في خميرة ليزيل – أوكسيداز في الجسم ، والتي تقود إلى نقص الارتباط المتصالب في داخل حريثة الكلاجين والايلاستين . ويصنف هذا المرض الآن كمتلازمة أهلر – دانلوس نمط IX .

ب – *الأشكال الثانوية :* يحدث الجلد الرخو المكتسب عادة بعد تبدلات جلدية التهابية ، كالشرى والتفاعل الموضعي بحرارة ، والتهاب الجلد التماسي الأرجي Allergic Contact Dermatitis ، والتهاب جلد الأطراف ( النهايات ) المزمن المضمر ، وإن ارتخاء الجفن هو شكل ثانوي يحدث بعد مرحلة التهابية – وذمية لتورم مزمن بالجفن . ( راجع الشكل ١٨ – ٨ ) .

**الموجودات السريرية** : يمكن للجلد ذو الحركة الحرة أن يسحب بعيداً عن الأنسجة العميقة ليعود ببطء إلى وضعه البدئي . ويتدلى الجلد برخاوة وعلى شكل كيس وذلك بسبب وزنه ولاسيا في الأجفان العلوية والسفلية . وكما في كلاب سلالة Boxer Dogs فإن كمية الجلد الموجودة تكون كبيرة . وعندما يصبح رفع الجفن صعباً فقد يغطي الجفن العلوي المتهدل الحدقة . وقد يحدث جلد رخو محدد في المنطقة الأنفية – الشفوية ، (Nasolabil) أو في السرة ، ومناطق أخرى كثيرة . وقد يترافق الشكل الوراثي مع انقلاب موضع في الأحشاء Situs Inversus وفتوق ، وهبوط الشرج ، ورتوج . ويبدو جميع مرضى الجلد الرخو بحالة شيخوخة باكرة لكثرة التجاعيد .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي أمراض الكلية عندما تصاب الأجفان ، كما يفرق عن ضمور الجلد الشيخي الرخو ومتلازمة أشر (Ascher) .

**المعالجة** : عرضية . يمكن اللجوء إلى الجراحة الرأبية (Plastic) للأجفان في الحالات المؤثرة على الرؤية أو لأسباب تزويقية . ويمكن استئصال ثنيات الجلد المزعجة إلا أن الرجعة Recurrences غالباً ما تحدث وتحتاج إلى إعادة إجراء العمل الجراحي . وقد يحتاج الوضع في الإصابات الداخلية إلى استئصال الفتوق والرتوج .

**متلازمة أشر ١٩٢٠ Ascher Syndrome :**

**التعريف** : حدوث ارتخاء جفن Blepharochalasis مع تورم معاود في الشفة ( ضخامة شفاه Macrocheilia ) يؤدي لإحداث شفة مضاعفة Double Lip ودُرَاق (Goiter) .

**الحدوث** : نادر جداً ويصيب النساء بشكل رئيسي .

**الإمراض** : غير واضح ومن المحتمل أن يكون مرضاً وراثياً وقد تكون له علاقة بالأمراض الرثوية .

**الموجودات السريرية** : تتضمن الأعراض النموذجية في الشكل المكتمل ظهور ارتخاء جفن وتورم شفة معاود يتحول إلى ضخامة الشفاه ، وتضاعف الأغشية المخاطية المؤدي لإحداث شفة مضاعفة . يقتصر حدوث تهدل الجفن غالباً على الجفن العلوي . تكون الوذمة في البداية قابلة للشفاء ( عكوسة ) وأخيراً تتحول إلى كتلة نسيجية تليفية ثابتة تقود إلى ارتخاء الجفن والشفة المضاعفة .

**التشخيص التفريقي** : التهاب الشفة الحبيبومي Cheilitis Granulomatosa ومتلازمة ميلكرسون – روزنثال .

**الإنذار** : جيد .

**المعالجة** : تجميع ترتيبي عَرَضي لطيات الجلد والأغشية المخاطية .

**متلازمة مارفان ١٨٩٦ Marfan's Syndrome :**

*المرادفات :* الأطراف الطويلة الرفيعة Dolichostenomelia لمارفان ١٨٩٦ ، عنكبوتية الأصابع Arachnodactyly لأرشارد ١٩٠٢ .

**التعريف** : اضطراب خلقي في النسيج الضام يصيب العيون ، والهيكل ، والجهاز القلبي الوعائي . توجد غالباً خطوط متباعدة ( فزر ) ، مع ندرة حدوث المران الثاقب الساعي .

**الوراثة** : صبغي جسدي سائد . تكون الإصابة فرادية Sporadic في ١٥٪ من الحالات . وقد يكون عمر الأب عامل

مؤثر لأن متوسط عمره يزيد غالباً عدة سنوات في الأشكال الفرادية لمتلازمة مارفان عنه في الأشخاص الطبيعيين .

**الإمراض** : يحدث على الأغلب تبدل في بروتين بنيوي في النسيج الضام ( قد يكون الكلاجين أو الايلاستين أو كلاهما ) .

**الموجودات السريرية :**

*العيون :* يوجد حسر بصر Myopia مترافقاً بشكل خاص مع كرة عين طويلة وعدسة هاجرة وانفصال شبكية .

*الهيكل :* تكون عظام الأطراف طويلة بشكل ملفت للنظر وخاصة قطعة الحوض ـ القدم مع حدب جنفي Kyphoscoliosis ، وغالباً ما يكون مدى الأذرع Arm – Span أطول من طول الجسم ، وتكون الأضلاع طويلة . يشاهد أيضاً الصدرة المتكهفة Pectus Excavatum ( الصدر القمعي ) ، والصدرة الجؤجؤية Pectus Carinatum ( صدر الحمام ) . وتكون المفاصل رخوة والأقدام مسطحة والركبة طرقاء ـ مقوسة للوراء ـ Genu Recurvatum . ويمكن للأبهام أن يتخطى حدود الزند باليد ( علامة ستينبيرغ ) ، وتكون الأصابع طويلة ورفيعة .

*الجهاز القلبي الوعائي :* يؤدي ضعف طبقة الأبهر المتوسطة إلى حدوث أمهات دم منتشرة تتمزق لاحقاً ، ويكون ضغط النبض ( الانبساطي ) أعلى في الأبهر الصاعد منه في الأبهر النازل مما يجعله المكان المفضل لتشكل أمهات الدم . والمضاعفات القلبية الوعائية الثانية هي قصور الدسام التاجي مع قلس Regurgitation ( نفخة انقباضية متأخرة ) .

*الاضطرابات الأخرى :* الفتوق ، كيسات رئوية ، انتفاخ رئة ، استرواح الصدر العفوي .

*الجلد :* يحدث تغيران غير هامان هما : الخطوط المتباعدة على الصدر ، أو العضلة الدالية ، أو الفخذ ؛ والمران الثاقب الساعي .

**الإنذار** : يعتمد على المضاعفات القلبية ـ الوعائية ، قد تظهر أمهات دم في السنة الثانية من العمر وتحدث الوفاة من تمزق الأبهر ، بينما يصل مرضى آخرون إلى أعمار متقدمة .

**التشخيص التفريقي** : عنكبوتية الأصابع الولادية مع التقفع هي صورة سريرية تم تميزها حديثاً عن متلازمة مارفان ( متلازمة بيل ـ هيشت ) ، وكذلك يفرق عن البيلة الهوموسستينية Homocystinuria .

## تكون العظم الناقص Osteogenesis Imperfecta :

[ سارتوريوس ١٨٢٦ ، فروليك ١٨٤٩ ]

*المرادفات :* متلازمة فروليك ، العظم الهش ، تخلخل العظام الجنيني ، تكون العظم الناقص ( غونثر Gunther ) .

**التعريف** : آفة وراثية معممة في النسيج الضام تنتقل بصبغي جسدي سائد أو صاغر ولها أربعة أشكال رئيسية يتضمن كل واحد منها عدداً من المجموعات وتتميز بفرط المشاشة العظمية .

**الإمراض** : ترتكز جميع الأشكال على تغيرات في استقلاب الكلاجين . لقد وصفت العيوب الجزيئية للكلاجين نمط I . ومن المحتمل أن العيوب في تركيب الكلاجين ( زيادة نسبة النمط III ) ، أو اضطراب في تنظيم التعديلات بعد النقل Postranslation ( زيادة هدركسلة بقايا الليزين ) يقود إلى نقص تركيب الليفات ، وهذا قد يفسر الموجودات النسيجية المتضمنة زيادة في ألياف الشبكين .

**الموجودات السريرية** : سريرياً ووراثياً يمكن تميز أربعة أنماط رئيسية :

ـ النمط I : صبغي جسدي سائد وتكون الصلبة زرقاء وتظهر بعض الكسور ، إلا أن الإصابة تكون خفيفة نسبياً .

ـ النمط II : يورث بشكل صاغر وتحدث فيه كسور شديدة تؤدي إلى الموت إما في الرحم أو سريعاً بعد الولادة .

ـ النمط III : يورث بشكل صاغر أو سائد وتحدث فيه كسور محددة جيداً تقود لحدوث تشوهات مميزة في الطفولة الباكرة .

ـ النمط IV : يورث بشكل سائد ، تكون الصلبة بيضاء والإصابة خفيفة كما في النمط I .

**الأعراض** : فرط بسوطية المفاصل ، مع جلد رقيق زائد المرونة ، وضمور بقعي Macular Atrophy ، وتكون الندبات عريضة أكثر من الطبيعي ، والصلبة زرقاء في بعض الحالات .

**المعالجة** : غير ممكنة .

## ضمورات الجلد Atrophies of The Skin :

تحدث ضمورات الجلد في عدد كبير من الأمراض المختلفة وتتميز سريرياً بترقق الجلد ، وفقدان المرونة ، وزيادة تجعد الجلد ، وتناقص أو غياب الملحقات . يمكن تميز ضمور رخو وضمور مشدود . تحدث الضمورات الجلدية إما تلقائياً أو عقب أمراض جلدية أخرى ، فمثلاً مرض الذأب الشائع

ولـب احمـامي يشفيـان مع ضمور جلدي . قد تكون ـسـت الضمورية المشـدودة مقدمة للتسرطن ، وقد تحدث ـرضة وسفية الخلايا . وتدعى بؤر الضمور الرخوة المحددة بوضوح بضمور الجلد البقعي Anetodermas ، بينما في تكلات الجلد Poikilodermas فإنه ، إلى جانب الضمور ، يحدث تنقط زائد التصبغ أو معدوم التصبغ وتوسع الشعيرات .هذا وإن ضمورات الجلد الهامة هي :

*الضمورات الجلدية الولادية :*

- لا تنسج الجلد الولادي Aplasia Cutis Congenita .
- شُياخ الجلد Progeria ، شُياخ الأطراف Acrogeria .
- تبكلات الجلد الولادية Congenital Poikilodermas .
- نقص التنسج الأدمي البؤري Focal Dermal Hypoplasia .

*الضمورات الجلدية المكتسبة :*

- ضمور الجلد السافع Actinic Skin Atrophy .
- ضمور الجلد السغابي Inaniation Atrophy .
- ضمور الجر والضغط Traction and Pressure Atrophy .
- ضمورات الجلد البقعية Anetodermas .
- ضمور الجلد العصبي المنشأ Neurogenic Skin Atrophy .
- ضمور الجلد الدوداني Atrophodermia Vermiculata .
- الخطوط المتباعدة ( الفزر ) Striae Distensae .
- التهاب جلد الأطراف المزمن المُضَمِّر Acrodermatitis Chronica Atrophicans .
- الحزاز التصلبي والضموري Lichen Sclerosus et Atrophicus .
- ضمورات الجلد الثانوية وتبكلات الجلد .

## ضمور الجلد الولادي : Congenital Skin Atrophy

تم البحث في لا تنسج الجلد الولادي المحدد في الفصل ١٩ . الشكل الضموري متلازمة ولادية نادرة جداً تقود إلى ضمور جلد ، وتبكل جلد ، أو تغيرات تشبه تصلب الجلد ، وشيب مبكر . يكون المرض موجوداً عند الولادة أو أنه يحدث في الطفولة ونادراً ما يحدث لدى اليافعين والبالغين .

## شُياخ الجلد وشُياخ الأطراف ( النهايات ) :

**شُياخ الجلد الطفلي Progeria Infantilis :**
**[ هتشينسون ١٨٨٦ ، جيلفورد ١٩٠٤ ]**
**[Hutchinson 1886, Gilford 1904]**

*المرادفات :* شياخ الجلد ، القزامة الشيخوخية Senile Nanism ، متلازمة هوتشينسون – جيلفورد .

**الإمراض :** يورث بصبغي جسدي سائد تسببه في معظم الحالات طفرة Mutation جديدة تتأثر بسن الأب ، وتوجد علاقة مع القصور الغدي المتعدد لاسيا الذي يصيب أجهزة الدماغ المتوسط – النخامي والكظر .

**الأعراض السريرية :** يحدث هرم سريع وقزامة متناسقة في أشهر الحياة الأولى . يتصف المظهر الشيخوخي بجلد ضامر هرم منتشر مع واسمات Markings وريدية بارزة دون مظاهر لتصلب الجلد أو تبكله . يصبح الشعر الخفيف على الرأس ، والذي يشبه الزغب ، أشيباً وتظهر حاصة Alopecia . تكون الأظفار حثلية الشكل . وتتأثر بالضمور أيضاً كل من الطبقة الدهنية تحت الجلد والعضل . ويحدث تخلخل في العظام يقود لحدوث الكسور . ومن العلامات الأخرى حدوث تخلف عقلي ( أحياناً يكون الذكاء متناسباً مع سن المريض ) ، والتهاب مفاصل مشوه ، وتصلب شرايين مع خوارج انقباض وقصور الدوران الإكليلي .

**الإنذار :** يموت المرضى عادة قبل سن العشرين بسبب إصابة الشرايين الإكليلية .

**المعالجة :**

*الجهازية :* يمكن تجربة معالجة الأعراض الناجمة عن القصور الهرموني .

*الموضعية :* قد تكون هناك بعض الفائدة من الاعتناء بالجلد .

**شياخ الأطراف ( النهايات ) Acrogeria :** [ غوترن ١٩٤٠ ]

**الحدوث :** نادر جداً ، ويفضل الإناث .

**الإمراض :** السببيات مجهولة ، ويحتمل أن ينجم عن وراثة بصبغي جسدي صاغر ، ويتصف بغياب النسيج الدهني تحت الجلد ، وضمور الأدمة ، وترقق حزم الكلاجين وزيادة نسبية في الألياف المرنة .

**الأعراض السريرية :** توجد التغيرات عادة عند الولادة أو أنها تحدث في الأسابيع الأولى من الحياة . تكون الأطراف بشكل خاص – لاسيا ظهور الأيدي والأقدام – مقراً لضمور جلدي

واضح ، وتبدو سريرياً شبيهة بالتهاب جلد الأطراف المزمن المُضْمِر فتضفي على الجلد مظهر الشيخوخة ، ويختفي النسيج الدهني تحت الجلد . لا توجد مظاهر لتبكل الجلد أو تصلبه . يكون الشعر رقيقاً ومع ذلك لا يحدث صلع . تكون الأظفار حثلية أو ثخينة ، وتغيب الاضطرابات الرئيسية العديدة الواسمة لشيخوخة الجلد ولا يتكون الساد .

**الإنذار** : يكون النمو العام الجسدي والعقلي طبيعيين .

**المعالجة** : عرضية .

**شياخ الجلد عند البالغين Progeria Adultorum** : [ ورنر ١٩٠٤ ]

*المرادفات* : متلازمة ورنر .

**الحدوث** : نادر جداً ويصيب كلا الجنسين .

**الإمراض** : ينجم المرض عن وراثة بصبغي جسدي صاغر . وقد وجد في اللمفاويات والأرومات الليفية المزروعة تراكيب غير طبيعية للصبغيات . يترافق ضمور الجلد وضمور الأنسجة تحته مع تليف في الأدمة يشبه تصلب الجلد ( تصلب الجلد الكاذب ) ، ويلاحظ تصلب شرايين مبكر مع تكلس الأبهر والصمامات القلبية .

**الموجودات السريرية** : يحدث المرض عادة بين سن ٢٠ – ٣٠ سنة . يبدأ ظهور الضمور في الطبقات الدهنية تحت الجلد وفي العضل ابتداء من الجزء النهائي للساقين . ويصبح الجلد متصلباً وضامراً ومتبكلاً ومشدوداً ، ويظهر بمناطق الاحتكاك فرط تقرن مع تقرحات نمائية (Trophic) غير مؤلمة ، وذلك على نقاط الضغط من السطوح الأخمصية وفوق البروزات العظمية . وغالباً ما تحدث قرحات الساق ، وتكون الأظفار حثلية .

علامات الشيخوخة المبكرة هي تصلب شرايين عام ، حاصة وشيب باكر ، ساد شبابي ، خطوط متباعدة ( فزر ) واضطرابات غدية كالداء السكري وقصور القُندِيَّة Hypogonadism وبشكل خاص ضمور خصوي ، وتنكس النبيبات Tubules الزجاجي ، واللانطفية ( فقد النطاف ) Azoospermia . يكمل هذه الصورة قامة صغيرة ، ووجه طيري الشكل بأنف حاد ، وفقد الدهن الحجاجي ، وجلد مشدود ، وتعابير وجهية منكمشة ، وصوت مبحوح مصطنع بسبب ترقق الحبال الصوتية مع تغيرات طلوانية . ويكون الذكاء طبيعياً أو محدوداً .

**الإنذار** : تكون التقرحات مؤلمة ومعندة على المعالجة . وتترافق عمليات الساد بالمضاعفات . يحدث الموت في سن ٣٠ – ٥٠ سنة بسبب تصلب الشرايين المترقي غالباً . وبالإضافة لذلك تزداد نسبة حدوث الأورام الخبيثة وتعزى أحياناً للقرحات الجلدية .

**المعالجة** : لا توجد معالجة سببية وينظر بموضوع المعالجة العرضية عند الاقتضاء . الرقابة الطبية المنتظمة أساسية بسبب النزوع لحدوث تصلب شرايين وأورام خبيثة .

**تأتر العضل الحثلي ( متلازمة شتاينرت ١٩٠٩ ) Dystrophia Myotonica** : هو مرض آخر يحدث فيه ضمور عام . يظهر في هذه المتلازمة النادرة اعتلال عضلي ( ضمور عضلي ، تأتر عضل ، رجفان عضلي ) وتحدث بشكل أقل وضوحاً تغيرات جلدية تصلبية – تبكلية . تشمل الصورة السريرية ظهور ساد ثنائي الجانب وصلع ولادي ، وتكون العلامات الأخرى نادرة . يبدأ المرض كما في شُياخ الجلد عند البالغين . وتكون وراثة المرض عن طريق صبغي جسدي سائد وموقع المورث مُوَضع في الصبغي ١٩ .

**متلازمة كوكاين (١٩٣٦) Cockayne's Syndrome** :

**الحدوث** : نادر جداً ويورث بصبغي جسدي صاغر .

**الإمراض** : غير معروف .

**الموجودات السريرية** : يظهر المرض غالباً في السنة الثانية من العمر وإثر طفولة تبدو طبيعية . تسبب إعاقة النمو في ظهور قزامة لا متناسقة بأطراف طويلة تتوضع دوماً بوضعية الانثناء . يكون الجلد جافاً متجعداً ويتحسس من الضوء . وغالباً ما يحدث صمم ، والتهاب شبكية صباغي ، وارتعاش ترنحي ، ونقص ذكاء . ويتميز الوجه بعيون غائرة ، وشياخ باكر ، وتوضع عميق للأذن الخارجية التي غالباً ما تكون مختلة التنسج .

## تبكلات الجلد الولادية : Congenital Poikilodermas

تعتبر تبكلات الجلد الولادية من ضمورات الجلد الولادية . ويشاهد تبكل الجلد النوذجي لدى الأطفال وصغار السن . ويتصف بضمور منتشر ، وفرط أو انعدام تصبغ صغير ، بقعي ، وغالباً ما يكون شبكي الشكل ، وتوسع الشعيريات ، وقد تشاهد أيضاً حمامى مبقعة صغيرة وتوسف نخالي الشكل . توجد زيادة في حدوث المرض لدى بعض العائلات مع ظهور تشوهات من مختلف الأنواع . تتضمن تبكلات الجلد الولادية :

– متلازمة روثموند Rothmund's Syndrome .

– متلازمة تومسون Thomson's Syndrome .

– خلل التقرن الولادي Congenital Dyskeratosis .

– تبكل الجلد الولادي مع نفطات Congenital Poikiloderma With Blisters .

– تبكل الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي Congenital Poikiloderma With Warty Hyperkeratosis .

– خلل تنسج الأديم الظاهر الولادي مع ساد Congenital Ectodermal Dysplasia With Cataract .

**متلازمة روثموند Von Rothmund** : [ فون روثموند ١٨٦٨ ]

*المرادفات :* تبكل الجلد الولادي . هذا المصطلح غير واضح لكونه يستعمل أيضاً مع متلازمة تومسون الذي لا يمت له بصلة .

**الحدوث** : يوجد حدوث عائلي في جميع الحالات . وغالباً ما توجد صلة قرابة بين الأبوين . يغلب الحدوث لدى الإناث . ويورث المرض بصبغي جسدي صاغر .

**الموجودات السريرية :**

*التظاهرات الجلدية :* بدءاً من الشهر السادس بعد الولادة ، تشاهد حمامى خطية شبيهة بالتزرق الشبكي ، تتوضع بشكل رئيسي على الوجه ( الخدود ، الآذان ، الذقن ، الجبهة ) ثم تظهر بعد ذلك على الأطراف والألية ويبقى الجذع عادة خالياً من التوضعات . يمكن للتظاهرات الجلدية أن تتحول إلى تبكل جلد . وتتم التغيرات الجلدية خلال أشهر قليلة . ( راجع الشكل ١٨ – ٩ ) .

*الأعراض المرافقة :* يترافق مع ساد شبابي ثنائي الجانب ويبدأ غالباً في جهة واحدة في سن ٤ – ٦ سنوات ، مع حدوث تغيم تام بالعدسة خلال أسابيع قليلة . يشاهد نقص التنسج التناسلي أو فقدانه ، وتشوهات في عظم الكعبرة ، وصغر اليدين والقدمين مع ضخامة الأصابع ، ونقص الشعر أو المرط Atrichia ، ونقص تنسج أو فقدان تنسج الغدد الدهنية والعرقية ، وقزامة خفيفة . يكون تشوه الأظفار والأسنان نادراً . ولا تتأثر الحالة النفسية أو العقلية .

**المعالجة** : العناية بالجلد والوقاية من الضوء .

**متلازمة تومسون (١٩٢٣) :**

*المرادفات :* تبكل الجلد الولادي ، الجلد المتبكل الولادي .

**الحدوث** : قد يكون عائلياً أحياناً ، ولا تكشف قربى Consanguinity بين الأبوين . يغلب حدوث المرض لدى الإناث ، ويحتمل أن يورث بصبغي جسدي صاغر مع تظاهرات متباينة . يعتبر عدد من المؤلفين هذا المرض شكلاً خاصاً لمتلازمة روثموند دون حدوث ساد .

**الموجودات السريرية :**

*التغيرات الجلدية :* تتوضع التغيرات الجلدية في الوجه كما تصاب الأطراف والألية ويبقى الجذع سليماً . يبدأ ظهور المرض عادة في السنة الأولى من الحياة على شكل حمامى بقعية حمراء شاحبة أو منتشرة مع تورم . وأخيراً تظهر شبكة كثيفة من الشعيريات المتوسعة . بالإضافة لذلك ، تشاهد بقع صباغية صغيرة متلاقية جزئياً ، وكذلك تشاهد بقع لا صباغية محددة بوضوح .

يكون جلد الأماكن المصابة ضامراً ، وجافاً ، ويبدي توسفاً Scaling نخالي الشكل . وغالباً ما يشاهد نقص شعر نسبي ووجه مثلث نموذجي ذو جبهة عالية عريضة ، وتباعد العينين Hypertelorism وذقن ضيقة .

*الأعراض المرافقة :* تحدث تشوهات عظمية على شكل عيوب في عظم الكعبرة . وتشاهد أحياناً حطاطات حزازانية Lichenoid على ظهر اليدين . تغيب عن هذه المتلازمة عدد من تظاهرات متلازمة روثموند كالساد ، ونقص التنسج التناسلي ، وصغر الأيدي والأقدام ، وشذوذات الأظفار والأقدام . ولا تشاهد قزامة عادة ، وتكون الغدد الدهنية والعرقية طبيعية ، وتغيرات النفس والعقل غير واضحة .

**خلل التقرن الولادي Congenital Dyskeratosis :**

[ زينسر ١٩١٠ ، اينغمان ١٩٢٦ ، كولي ١٩٣٠ ]

*المرادفات :* متلازمة زينسر – كولي – اينغمان ، خلل تنسج الأديم الظاهر المتعدد Polydysplasia Ectoderma – نمط كولي – روشكولب – تومي .

**الحدوث** : يشاهد لدى الذكور فقط ، ويكون عائلياً أحياناً دون وجود قربى . ينجم عن وراثة صاغرة مرتبطة بالصبغي الجنسي X . يتوضع جين (Gene) خلل التقرن الولادي في الذراع الطويلة للصبغي الجنسي X ( Xq ٢٨ ) .

**الموجودات السريرية :**

*التغيرات الجلدية :* يظهر تبكل جلد واسع بشكل مترقي في سن ٥ – ١٢ سنة من العمر مع سيطرة متفاوتة لحمامى ،وفرط تصبغ ، وتوسع شعيريات . يشاهد ضمور منتشر وتجعد جلدي خفيف ، وبؤر كضمور الجلد البقعي تتوضع خاصة على الوجه والعنق والجذع . يشاهد طلوان في نسيج الفم

المخاطي ، وحثل أظفار ، وفرط تقرن راحي – أخمصي ، وفرط تعرق ، وانسداد فتحات الأقنية الدمعية . وغالباً ما تشاهد نفطات في الفم وعلى الجلد المتبكل .

*الموجودات المجموعية* : تشاهد اضطرابات دموية ( ضخامة طحال ، قلة الصفيحات الدموية ، فقر الدم اللاتنسجي ، وسحاف نقوي شامل Panmyelophthisis .

**التشخيص التفريقي** : إن غياب الساد ، وتشوهات الأسنان ، واضطرابات النمو ، واضطرابات السلوك الاجتماعي كلها علامات تستحق الانتباه في التشخيص التفريقي عن متلازمتي روثموند وتومسون .

**الإنذار** : غير جيد بسبب الأمراض الدموية ونمو السرطانات على طلوانات الأغشية المخاطية . وقد يحدث توسع قصبات .

### تبكل الجلد الولادي مع نفطات ( برين ١٩٥٢ ) Congenital Poikiloderma with Blisters :

**الحدوث** : مرض عائلي نادر ، يكثر حدوثه عند الإناث ومن المحتمل أنه يورث بصبغي جسدي صاغر .

**الموجودات السريرية** : تلاحظ مظاهر المرض عند الولادة أو بعدها ببضعة أسابيع أو أشهر . وتشاهد ، بشكل عرضي أو إثر رض ، فقاعات تحت الظهارة تهجع بمرور الزمن . يظهر تبكل جلد للعيان حتى الخامسة والأربعين سنة من العمر ، ويتوضع على الوجه ، والسطوح الباسطة للسواعد ، وبشكل متميز على الأجزاء العلوية للأيدي ، والأفخاذ ، والجذع .

تكون القامة صغيرة ومتناسقة ، وتشاهد على سطوح الراحات فرط تقرن ثؤلولي مع تحدد الحركة . وتكون الأصابع مؤنفة Cuspidate . ويوجد أحياناً حثل أظفار ، وتشوهات أسنان ، وشعر خفيف وتشوهات هيكلية . ولا يشاهد ساد ، أو اضطرابات هورمونية أو نقص ذكاء ، أو شذوذات صبغية . ولا تصاب الأغشية المخاطية .

**الإنذار** : يتناقص الميل لظهور النفطات مع تقدم العمر .

**الجدول ١٨ – ٥** : موجودات تبكلات الجلد الولادية ( عن مارجيسكو ١٩٨٨ )

| | متلازمة روثموند | متلازمة تومسون | خلل التقرن الولادي ( زينسر ) | تبكل الجلد الولادي مع نفطات | تبكل الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي (دولينغ) |
|---|---|---|---|---|---|
| قربى بين الأبوين | + | – | – | – | – |
| ساد | + | – | – | – | – |
| طلوان | – | – | + | – | – |
| تشكل النفطات | – | – | – | + | – |
| تقران ثؤلولي الشكل | – | – | – | – | + |

### تبكل الجلد الولادي مع فرط تقرن ثؤلولي ( داولينغ ١٩٣٦ ) Congenital Poikiloderma with Warty Hyperkeratosis :

*المرادفات* : تشوه النماء الولادي ، متلازمة داولينغ .

هذا المرض نادر جداً ويحتمل وراثته بصبغي جسدي صاغر ويصيب كلا الجنسين . ومن أعراضه الهامة حدوث تبكل جلد الوجه لدى أطفال بسن ٦ – ١٢ شهراً . كما يظهر فرط تقرن ثؤلولي على البروزات العظمية بسن ٧ – ١٠ سنوات ، ويشاهد صغر قامة متناسق ، وقد يظهر تقران راحي – أخمصي منتشر أو متفاوت . تكون وظيفة الغدد العرقية طبيعية ، والأغشية المخاطية سليمة ولا يوجد ساد . ولا تحدث اضطرابات هورمونية ، ويكون الذكاء طبيعياً . قد تظهر سرطانة الخلايا الوسفية على مناطق فرط التقرن الثؤلولي .

### خلل تنسج الأديم الظاهر الولادي مع ساد Congenital Ectodermal Dysplasia With Cataract : ( كولي ، غيفن ، سيمونز ، سترود ١٩٤٥ ) [Cole, Giffen, Simmons, Stroud 1945]

يقع هذا المرض النادر جداً بين متلازمة روثموند وخلل تنسج الأديم الظاهر الولادي نمط مانع العرق Anhidrotic ، ويبدو أن له استقلالية معينة . ومن أساسيات التشخيص وجود

مزيج من تبكل الجلد ، وساد ، وتشوهات سنية ، ونقص تنسج الأظفار . وقامة صغيرة ، ونقص ذكاء ، وفقد أو خلل تنسج في جريبات الأشعار والغدد الزُهمية والعرقية .

**نقص التنسج الأدمي البؤري Focal Dermal Hypoplasia** : ( جنسر ١٩٢١ ، غولتز ١٩٦٢ ، غورلين ١٩٦٣ )

مرادفات : متلازمة غولتز – غورلين .Gottz, Gorlin Sy ، خلل تنسج الأديم الظاهر والمتوسط الولادي ، خلل التنسج الغضروفي – العيني – الجلدي ، ضمور الجلد الوحمي الجهازي ، نقص التنسج الجلدي الولادي ، توسع الشعيريات الولادي مع سوء تعظم Congenital Telangiectasis with Dysostosis .

**التعريف** : هو مرض يتصف بتشوه الأديم الظاهر Ectodermal والمتوسط Mesodermal للجلد وملحقاته ، مع ارتباطه بعيوب في العيون ، والأسنان ، والآذان والهيكل ، والأعضاء الداخلية .

**الحدوث** : يمكن لهذا المرض أن يمثل عاملاً مميتاً للذكور . يكون نموذج الوراثة عن طريق الصبغي الجنسي x السائد مع موت الذكور . وهذا يفسر سبب زيادة نسبة الإجهاضات لدى هذه العائلات . ويُفترض أن سبب الاضطراب هو حدوث خلل في النمو الجنيني في أسبوع الحمل الثامن ، وأن المسؤول عن حدوث التغيرات هو إصابة الحامل بحمة راشحة ( كالتهاب الكبد ، والانفلونزا ، والحصبة الألمانية ، وذات الرئة بحمى راشحة ) أو أنها تنجم عن استعمال أدوية ( كالتتراسكلين ، الساليسيلات ، الباربيتوريات ، مضادات الهيستامين ) .

**الموجودات السريرية** :

*الموجودات الجلدية* : العلامة النموذجية هي حدوث ضمورات جلدية محددة . وتشاهد هذه الضمورات عند الولادة أو أنها تنمو بسرعة من منطقة أولية حمامية . وغالباً ما تكون الضمورات لا منتظمة ، ومبعثرة ، وشبكية ، ومخططة . ويكون حجم البقع الضامرة بضعة ميلليمترات وقد تتجمع في مساحات كبيرة . يكون جلد المناطق المصابة ضامراً ورقيقاً ، ينكمش بسهولة ، وبلون أحمر رمادي ، ويتجعد كورقة لفافة التبغ . وتكون مناطق الجلد الضامرة مفنوقة أحياناً . ويمكن للاضطرابات الصباغية وتوسع الشعيريات أن تشكل صورة بقعية مبكلة تذكر بتبكل الجلد الولادي .

*الأورام الحليمية Papillomas* : تحدث في مناطق الشفاه أو على الأغشية المخاطية التناسلية والشرجية . وتشبه اللقموم المؤنف Condylomata Acuminata وغالباً ما تشاهد أورام ليفية – وعائية Angiofibroma بالفحص النسيجي .

*فتوق النسيج الدهني الشبيه بضمور الجلد البقعي* : تنشأ هذه الحالة عندما تسمح المساحات الواسعة من مناطق ضمور الجلد ببروز النسيج الدهني تحت الجلد . وبالجس يبدو الجلد ضامراً ويمكن تجعيده كورقة لفافة التبغ وتكون المنطقة المفتوقة رقيقة .

*الندبات* : تحدث نتيجة عيب في الأنسجة العميقة وتوجد لدى المرضى عند الولادة .

*تغيرات الأظفار والشعر* : من الشائع حدوث حثل أظفار وحاصة ندبية نتيجة عيوب الأنسجة الأعمق . وغالباً ما تشاهد قلة شعر منتشر ، وأحياناً تحدث نفحة ( تساقط أشعار ) انتهائية شديدة Severe Telogen Effluvium .

*التبدلات الهيكلية* : تشاهد عند الولادة في ٥٠٪ من الحالات . يقود التصاق الأصابع Syndactylies ، ونقص تنسج أو لا تنسج أصابع اليدين والقدمين ، والتبدلات الشبيهة بتشوه الأطراف Dysmelia ، إلى حدوث تغيرات تشبه مخلب جراد البحر أو سرطان البحر . ويحدث أيضاً جنف Scoliosis ، وسنسنة مشقوقة (spina bivida) ، ونقص تنسج أو لا تنسج في عظم الترقوة والأضلاع ، بالإضافة إلى تشوه القفص الصدري . كما لوحظ حدوث تشوهات في الجمجمة ، وشذوذات في الحوض وتغيرات في بنية العظام مثل تخلخل العظام Osteoporosis وإعاقة التعظم .

*شذوذات الأسنان* : يشاهد في عمرٍ تالٍ ، احتباس الأسنان أو غيابها ، وخلل في طبقة المينا وشذوذات في توضع الأسنان .

*شذوذات العين* : قد تشاهد ثُلامة Coloboma القزحية ، وانعدام المقلة Anophthalmia أو صغرها ، وحَوَل ، ورأرأة .

*التخلف الجسمي والنفسي* : قد يكون هذا الأمر ملفتاً للانتباه في حالات مختلفة .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد تضاؤل شديد في الأدمة ، ويمتد غالباً النسيج الدهني تحت الجلد للأعلى نحو البشرة الضامرة المتضيقة . ويحدث تخلخل Rarefaction في الألياف المرنة وتخشنها في الأدمة وناقصة التنسج .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الوحمات الشحمومية الجلدية السطحية ( هوفمان – زرهيلي ) (Nevus Lipomatous Cutaneus Superficialis) حيث يغيب فتق الجلد الضامر ، ويفرق أيضاً عن سلس الصاغ Continentia Pigmenti الذي

يترافق أيضاً بتشوهات هيكلية ، وعينية ، وسنية ، ولكن يغيب عنه تبكل الجلد . من بين تبكلات الجلد الولادية يجب الانتباه إلى متلازمة روثموند إلا أن الترتيبات المخططة لتغيرات الجلد تكون مفقودة .

**المعالجة** : عرضية فقط .

## ضمورات الجلد المكتسبة
## Acquired Skin Atrophies :

### ضمور الجلد الشيخوخي والسافع
### Senile And Actinic Skin Atrophy :

*المرادفات :* ضمور الجلد الشيخوخي ، الجلد الهرم Aging Skin .

**الحدوث** : تشاهد عادة تغيرات الجلد الأولى الناجمة عن تقدم السن في العقد الرابع من العمر . ولا توجد ارتباطات وثيقة مع الكهولة العامة الجسدية ولكنها تعتمد على التعرض المديد والمستمر لعوامل خارجية ( كضوء الشمس ، والطقس ، والمناخ ) ، كما تعتمد على نمط التصبغ الجلدي . ونتيجة لذلك تحدث تغيرات رئيسية :

– لدى الأفراد ذوي الجلد الفاتح .

– في الأماكن المكشوفة من الجسم ( الوجه ، مؤخرة العنق ، ظهر اليدين ، والساعدين ) .

– في حالات التعرض الشديد للأشعة الشمسية ( العيش في المناطق الاستوائية ، بعض الجماعات بمهن الفلاحة ، والملاحة ، وأدلاء الجبال ) .

**الموجودات السريرية** :

*مناطق الجلد المغطاة :* تكون التغيرات في هذه المناطق قليلة نسبياً . تتناقص لدى المجموعات الأكبر سناً احتقانات الجلد Skin Turgor ، ويتناقص إفراز الغدد العرقية ، والدهنية ( الزهمية Sebaceous ) ، ويظهر على الجلد توسف نخالي الشكل أو سماكي الشكل Ichthyosiform وبشكل خاص على الفخذين . من الشائع حدوث تقران مَثّي Seborrheic Keratoses ووعاؤومات شيخوخية (senile Hemangiomas) وخاصة على الجذع . ويحدث إكزيمة حاكة بانعدام الزهم itching asteatotic وإكزيمة تراكمية سمية بسبب الحمامات المتكررة والدش .

*مناطق الجلد المكشوفة :* يكون هرم الجلد أشد . ويمكن تفريق الصور السريرية التالية حسب المنطقة المصابة :

– *شيخوخة جلد ظهر اليدين والساعدين :* يتميز بضمور الطبقة الدهنية تحت الجلد وترقق الأدمة ، فيصبح الجلد رقيقاً نسبياً ورخواً وقابلاً للتجعد ويتلف بسهولة . وعند رفع طيات الجلد ثم تركها ، فإنها تغوص ببطء إلى مستواها الطبيعي . وتشاهد الأوعية الدموية الكبيرة من خلال الجلد وهي تلمع . ( راجع الشكل ١٨ – ١٠ ) .

يشاهد تبكل جلد وفرط تصبغ وغياب تصبغ جلدي وتوسع الشعيريات . وتتشكل بقع محددة ومتصبغة تدعى بقع الكهولة (age spot) أو النمش الشيخوخي Lentigines Seniles ، وغالباً ما تكون هذه البقع تقران مَثّي صباغي مسطح Flat Pigmented Seborrheic Keratoses يكون الجلد الهرم الضامر جافاً بسبب نقص مفرزات الغدد الزهمية والعرقية وتتشكل وسوف نخالية الشكل تتفاقم بالغسيل وباستعمال الصوابين المزيلة للدهون والمطهرات . تحدث نزوف بؤرية بسهولة إثر رضوض بسيطة تدعى الفرفرية الشيخوخية ( باتمان ) ( راجع الشكل ١٨ – ١٠ ) ، كما تتشكل ندبات ضمورية بيضاء نجمية الشكل أو ذات شكل شاذ Bizarre إثر جروح بسيطة تدعى الندبات الكاذبة النجمية العفوية . من الشائع حدوث تقران سافع قد يتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا . ( راجع الشكل ١٨ – ١١ ) .

– *شيخوخة جلد الوجه :* يعتمد الضمور على نمط التصبغ ومجموع كمية الشمس التي يتعرض لها المريض خلال حياته . ويتأثر بشكل انتقائي رقيقوا الجلد ذوي الاستعداد للإصابة بحروق شمسية ، وقليلوا المقدرة الدبغية Little Tanning Capacity ( نمط I و II ) ، والأشخاص الذين يتعرضون لأشعة الشمس لفترات طويلة . وبسبب الانقباض المديد لعضل الوجه ، تنمو الطيات الجلدية والتجاعيد بزاوية عمودية على اتجاه الألياف العضلية وتتطابق مع خطوط الشد الجلدي ( خطوط الشد الجلدي بالاسترخاء ) . وبشكل أساسي فإن تغيرات السن في جلد الوجه تتطابق مع التغيرات الموصوفة لظهر اليدين . لا يكون ترقق جلد الوجه واضحاً في جميع الحالات حيث يوجد غالباً ازدياد في النسيج الضام المرضي ويدعى المران السافع . ومن علامات الشيخوخة الأخرى ، المران السافع ، المران الجلدي الكيسي والزؤاني ( فافر – راكوشو ) (Favre – Racouchot) وجلد النقرة المعيني الشكل .

### ضمور الجلد بسبب السغاب ، والشد ، والضغط
### Inanition, Tension, And Pressure Atrophy of the Skin :

يشاهد ضمور الجلد السغابي في الأمراض المسببة للهزال

كت... ، والأورام الخبيثة ، ودنف سيموند ، أو بعد سوء التغذية المزمن . وهو نتيجة لضمور النسيج الدهني تحت الجلد أو متبدل يلفي لهذا النسيج ، ويمكن أن يترافق بفقدان شعر منتشر .

ينجم ضمور الشد والضغط عن أسباب عديدة كخاتم ضاغط أو مخدة تحت حزام فتق A Pad Under a Truss . ويشمل ضمور الجلد جريبات الأشعار مما قد يقود إلى حدوث حاصة دائمة كما لدى حاملي السلال .

## ضمورات الجلد البقعية Anetodermas :

ضمورات الجلد البقعية عبارة عن أشكال لضمور الجلد البقعي Macular الأساسي . تكون الآفات مستديرة أو بيضوية ومحددة بدقة ويتراوح حجم البقعة الضامرة بين ميليمترات قليلة وحتى سانتيمتراً واحداً ، ومنتثرة إفرادياً أو بشكل لا منتظم على الظهر والأطراف . قد يتجعد جلد المناطق المصابة كورقة لفافة التبغ أو تنفتق الأنسجة تحت الجلد بالضغط . تنشأ ضمورات الجلد البقعية من تغيرات التهابية محددة مجهولة السببيات ، ويمكن للتغيرات الشبيهة بضمور الجلد البقعي أن تترافق مع أمراض أخرى تقود للضمور كالذأب الحمامي وداء الخلايا البدينة Mast Cell Disease .

**التشخيص التفريقي لضمورات الجلد البقعية** : يفرق عن الخزاز التصلبي الضموري ، والقشيعة Morphea ، والتهاب جلد الأطراف المزمن المضمر ، وندبات الخزاز المسطح أو داء المنطقة ، ورخاوة الجلد ، ونقص التنسج الأدمي البؤري ( متلازمة غولتز – غورلين ) .

**الإنذار** : بعد حدوث المرض النوبي تبقى مناطق ضمور الجلد البقعي المحددة موجودة بشكل محدود ولا عكوس .

**المعالجة** : ينصح باستعمال البنسيللين في الطور الالتهابي وبنفس الجرعات المستعملة في تصلب الجلد . ولا يمكن التأثير على تطور المضمر بالمعالجة .

**ضمور الجلد البقعي نمط جاداسون ( ضمور الجلد البقعي الحمامي ) Anetoderma, Jadasshn Type** : يسبق حدوث البؤر المحددة الضاربة للبياض أو الحمرة ، طور التهابي مع احمرار وتورم . يكشف الفحص النسيجي عن وذمة وارتشاحات حول الأوعية والملحقات مكونة من لمفاويات وخلايا مصورة . قد تشاهد منسجات Histocytes وخلايا عملاقة . يحدث تَشَدُّف الألياف المرنة في منتصف الأدمة وتختفي نموذجياً .

**ضمور الجلد البقعي نمط بيلليزاري Anetoderma Pellizari** : لهذا الشكل النادر طور شروي مبكر قد يستمر عدة أسابيع . وقد تندمج البقع الضامرة ببعضها لتغطي مساحات كبيرة . تشاهد تغيرات فقاعية Bullous أحياناً وتميز تحت اسم نمط الكسندر . ( راجع الشكل ١٨ – ١٢ ) .

**ضمور الجلد البقعي نمط شوينفر – بوزي Anetgderma Schwenning Buzzi** : لا يلاحظ في هذا النمط سريرياً حدوث طور التهابي سابق للمرض ، وغالباً ما تظهر تلقائياً عدة بؤر واضحة تتوضع دوماً على الجذع . تكون هذه البؤر الضمورية محددة بدقة ومستديرة الشكل وبيضاء مزرقة وبقطر ١ – ٢ سم . يشعر الطبيب عند فحص الجلد بوجود حفرة ينفتق فيها النسيج الدهني تحت الجلد . ويمكن مشاهدة التهاب بواسطة المجهر . ( راجع الشكل ١٨ – ٣ ) .

## ضمور الجلد العصبي المنشأ Neurogenic Skin Atrophy :

قد تؤدي اضطرابات الجملة العصبية المركزية إلى حدوث ضمور جلد قطعي Segmental . كما تؤدي أذية الجهاز العصبي المحيطي إلى حدوث اضطرابات ضمورية في مناطق توزع الأعصاب المصابة ، وبهذه الحالة لا يضمر الجلد فقط وإنما يضمر العضل والعظام تحت الجلد أيضاً .

ويمكن إثر إصابة الجهاز العصبي المحيطي أن يظهر شكل لضمور الجلد يدعى لمعان الجلد والأصابع Glossy Skin And Fingers . فبالإضافة إلى الترقق الورقي الشكل ، وجفاف الجلد الوردي المحمر أو المزرق أحياناً ، فإنه يوجد ميل لحدوث فرط تقرن ، ونفطات رضية ، وفرط تعرق واضطرابات في نمو الأظفار ( الأظفار المخددة Grooved Nails ) . وإن حدوث فرط مذل ومذل Paresthesia « نَمَل » ، وخدر إنما هي عبارة عن جزء من الصورة السريرية .

## ضمرات الجلد الأخرى :

**ضمور الوجه الشقي المترقي Hemiatrophia Faciei Progressiva : [Romberg 1846]**

*المرادفات :* متلازمة رومبيرج ، الاضطراب العصابي الغذائي Trophoneurosis لرومبيرج ، الضمور الشقي لباري – رومبيرج .

**التعريف** : هو ضمور وجهي وحيد الجانب ، قد يصيب الأنسجة تحت الجلد والعضل والعظام إضافة إلى الجلد ، ويظهر المرض خلال الطفولة .

**الحدوث** : نادر جداً ، لم يثبت انتقاله بالوراثة ، وليس له ارتباط بجنس المصاب .

**السببيات** : عصبي المنشأ ، إما لاضطرابات عصبية مركزية أو لتـلف العصب ثـلاثي التـوائم بسب تكهف النخـاع Syringomylia ، أو جروح الجمجمة ، أو خمج بؤري .

**الموجودات السريرية** : يظهر المرض في معظم الحالات في الطفولة أو عند البلوغ المبكر ، إثر نوبات صرعية أو آلام عصبية الشكل في منطقة العصب ثلاثي التوائم . ويظهر ببطء ضمور شقي وجهي يصيب ما تحت الجلد والعضل والعظام أيضاً . يبدو نصف الوجه المصاب ناحلاً وأصغر حجماً من الشق السليم والعين غائرة والشق الفموي متضيق . وفي الجهة المصابة قد تضمر الحنجرة ونصف اللسان وقد تسقط الأهداب والحواجب وشعر الرأس . ويكون الجلد ، مشدوداً ، ضامراً ، رقيقاً ، وأحياناً مفرط أو معدوم التصبغ . وتتناقص غالباً المفرزات العرقية في الشق المصاب .

**الإنذار** : قد يتوقف المرض تلقائياً في أي وقت ، وتحدث في بعض الحالات النادرة فقط تشوهات شديدة قد تشمل الرقبة والأكتاف والجذع . تحدث لدى عدد قليل من المرضى إصابة في الجملة العصبية المركزية مع نوب صرعية .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن تصلب الجلد الموضع ( القشيعة ) الذي قد يشبه كثيراً ( ضربة السيف coup de sabre ) ، كما ويجب التفريق عن الحثل الشحمي المترقي ( ضمور سيمون ) .

**المعالجة** : كما في تصلب الجلد ، يجرب إعطاء البنيسيلين لوقف تقدم المرض . أما في الأطوار الأخيرة فلا يمكن التأثير على المرض ، ويمكن للجراحة التصنيعية أن تحسن من المظهر .

### ضمور الجلد الدوداني

**[Darier 1920] : Atrophodermia Vermiculata**

**التعريف** : ضمور وجهي متناظر دودي الشكل يحدث في الطفولة .

**السببيات** : مجهولة ، ويمكن أن تكون له صلة بالحمامى التندبية محجبية المنشأ Ulerythema Ophryogens أو التهاب الجريبات العدّي الشكل المزمن .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الإصابة في الطفولة الباكرة في أسفل عظم الخد وبشكل متناظر على كلا الخدين كانطباعات سطحية دقيقة التحديد وبدون أعراض ، وتكون إما خطية أو ندبية أو شبكية الشكل . ( راجع الشكل ١٨ ــ ١٤ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يظهر في التشريح المرضي النسجي تقران جريبي وأكياس صغيرة متقرنة ، وضمور في البشرة والغدد الزهمية ، ومجموعات من ألياف مرنة .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الندبات التالية للعدُّ ، والحمامى التندبية المحجبية المنشأ ، والذأب الحمامي القريصي .

**المعالجة** : يمكن إجراء كشط الجلد لاعتبارات تزويقية .

### الخطوط المتباعدة ( الفزر ) Striae Distensae :

*المرادفات* : الخطوط الضمورية ، شقوق الجلد ، خطوط الحمل .

**التعريف** : ضمور جلدي خطي يكون بالبدء أزرقاً ــ محمراً ثم يصبح بعد ذلك أبيضاً ويحدث في المناطق التي يزداد فيها تمدد الجلد .

**الحدوث** : يحدث في سن البلوغ ( ٧٠٪ إناث ، ٤٠٪ ذكور ) ، وأثناء الحمل ( ٩٠٪ وبشكل رئيسي بعد الشهر السادس ) ، وفي داء كوشينغ ، وبعد المعالجة الجهازية أو الموضعية بالستيرويدات القشرية أو أنه ينجم عن زيادة الوزن السريعة . ( راجع الشكل ١٨ ــ ١٥ ) .

**الإمراض** : إن تأثير الستيرويدات القشرية Corticosteroids حاسم . ويلعب فرط تمديد الجلد دوراً في الإمراض ، بالرغم من فشل تمديد الجلد التجريبي لوحده في إحداث أية خطوط بالتمدد . وتتكون الخطوط عادة بشكل عمودي على جهة الشد .

بعد التطبيق المديد للستيروئيدات أو تحت ضماد كتيم ، تحدث بسهولة خطوط متباعدة في مناطق الولع بهذه الإصابة أثناء البلوغ وخلال الحمل . ويمكن للمعالجة المديدة بالستيرويدات و ACTH بالطريق العام أن تحدث خطوطاً متباعدة من نفس خطوط التوزع النموذجي لداء كوشينغ ( الخطوط الستيرويدية ) . ولهذا ينبغي مراقبة استعمال هذه المركبات بعناية أثناء البلوغ سواء أعطيت عن الطريق العام أو الموضعي ، وأن يفكر بدقة عند التطبيق الموضعي لاسيا في المناطق الولوعة بهذه الإصابة . قد يشاهد حدوث الخطوط المتباعدة في الأمراض الخمجية ( التيفية ، الزحار ، السل ، ذات الجنب ) وكذلك في حالات نمو أورام البطن السريع ، وفي الحبن .

**الموجودات السريرية** : مناطق الولع الرئيسية للإصابة بالخطوط المتباعدة عند البلوغ هي المنطقة القطنية ــ العجزية ، الأفخاذ ، منطقة المداور Trochanteric ، ومنطقة فوق الرضفة . تحدث الخطوط الحملية في مناطق البطن الجانبية ، والألية ، والأفخاذ ، والأثداء . أما في حالات الاضطرابات الغدية الصماء المترافقة بزيادة وزن سريعة فإن الخطوط تفضل مناطق البطن ، الألية ، الأفخاذ ، والطيات الإبطية . ولهذه الخطوط أهمية تشخيصية

كبرى . يختلف طول الخطوط وعرضها ، وتكون مسننة أو ذات حواف أو متوازية ، أو كالمروحة . ويكون لونها في البداية أحمر ، أو أحمر ضارباً للزرقة ، وبعد ذلك تصبح بلون أبيض أو أصفر وتبدي زيادة في انعكاس الضوء عند التمديد . يكون الخد المشدود قليلاً ، رقيقاً ، وتحدث فيه تشققات عرضانية ناعمة وأحياناً تبرز كتل تشبه الفتق . ( راجع الشكل ١٨ ـ ١٥ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البشرة ضامرة والكلاجين متجانس ، أما الألياف المرنة فقد تختفي كلية ، غير أنها تكون مضغوطة أو ملففة **Convoluted** في أطراف المنطقة المصابة .

**سير المرض** : تكون الخطوط الأولية زرقاء محمرة ومزعجة من الناحية الجمالية ، ثم تصبح بيضاء مصفرة بشكل عام ، وقريبة من لون الجلد ، وعندها تكون أقل وضوحاً .

**المعالجة** : ككل الضمورات لا يمكن التأثير على الخطوط بالمعالجة ، كما لم يثبت تأثير التطبيق الوقائي للمراهم لدى الحوامل .

### الخطوط الهاجرة ( شيللي وكوهين ١٩٦٤ ) : Striae Migrans

هي شكل نادر خاص من الخطوط المتباعدة المعزولة مع زيادة بطيئة في التوسعات الخطية. موقعها في الغالب على الناحية الأنسية للفخذ عند البالغين . وقد تشاهد نفس الخطوط بعد المعالجة الموضعية بالستيرويدات القشرية لتلك المنطقة .

## المران Elastoses :

يدل مصطلح « المران » على زيادة عدد ألياف النسيج الضام في الأدمة . تتصبغ هذه الألياف كتصبغ الألياف المرنة وتتفاعل كيميائياً ـ حيوياً مثلها . وهو عبارة عن تفاعل إثر التعرض المديد للشمس و/أو التعرض للحرارة لعدة سنوات ولهذا يشار إليه باسم المران السافع والمران الشمسي . المصابون بشكل عام هم من كبار السن ذوي الصباغ الواقي القليل ( نموذج الجلد I ، II ) ، أو أنهم أفراد زاد تعرضهم للشمس خلال الحياة كالفلاحين ومدربي التزلج ، وأدلاء الجبال والبحارة .

### المران السافع Actinic Elastosis :

*المرادفات :* المران الشيخوخي ، المران الشمسي ، المران الشمسي أو الشيخوخي ، تنكس النسيج الكلاجيني الأسسي Basophil Collagen Degeneration .

**التعريف** : هو ازدياد بمادة الألياف في قسم الأدمة العلوي التي تتلون كالنسيج المرن .

**الحدوث** : يغلب وجوده نسبياً لدى البيض إلا أنه يوجد لدى السود بنسبة أقل بسبب حماية الصباغ للجلد . إن اقتصار حدوث المران السافع على مناطق الجلد المعرضة بشكل مزمن للشمس يدعم من أهمية عامل الأشعة الشمسية بعد التعرض المديد لها . ويتأثر بشكل خاص ذوي الجلد الفاتح نموذج I ، II .

**الإمراض** : التعرض المديد للشمس شرط أساسي للإصابة بهذا المرض . ومن السببيات المهمة الأشعة فوق البنفسجية (UVA) التي تخترق أدمة الجلد . كما يشك أيضاً بوجود علاقة للأشعة تحت الحمراء في الإمراض . أما الآلية الحقيقية التي تقود لتحول النسيج الضام الطبيعي إلى نسيج مرن متنكس فلا زالت مجهولة .

إن زيادة الحساسية للضوء والتي لها صلة بالبرفيرين يؤدي أيضاً إلى الإسراع في حدوث المران السافع ، ولهذا يعتبر المران السافع عرض للبرفيرية وخاصة البرفيرية الجلدية الآجلة . وفي الحالات الواضحة يجب إجراء الفحوص المناسبة بما فيها فحص البرفيرينيات .

**الموجودات السريرية** : تظهر ارتشاحات شبكية مخططة بدقة أو منتشرة ذات لون عاجي أو مصفر . وتكون قليلة البروز وتفضل مناطق الصدغ والجبهة والنقرة ونادراً ما تفضل الحدود . وغالباً ما يرتبط تجعد الجلد حول الفم وحول الحجاج بالمران .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد تحت البشرة الضامرة حزمة ضيقة من نسيج ضام خالية من الألياف المرنة وناجمة عن تخرب الضفيرة المرنة تحت الظهارية . ويشاهد تحتها تجمع لألياف نسيج ضام خشنة ومتضخمة ومتجانسة ، وتتلون كالألياف المرنة مع ميل قوي وولع بالأساسة **Basophilia** وذلك في مستحضرات الهياتوكسيلين ـ إيوزين . كيميائياً ـ حيوياً ونسيجياً تسلك المادة الليفية أو الصفيحة سلوك الألياف المرنة . وتشير بحوث المجهر الإلكتروني إلى أنها تنجم إما عن الكلاجين أو تتجدد من ذاتها De Novo .

**سير المرض** : يكون مزمناً ، ويجب توقع المزيد من التغيرات بعد التعرض لمزيد من الشمس . لا يزداد خطر حدوث السرطانة الجلدية .

**المعالجة** : وتتم بالوقاية من الشمس ومن مجالات (UVA) بالدارئات الشمسية ذات الطيف الواسع ( SPF > ١٥ ) .

**الجلد المعيني على القفا ( جاداسون ١٩٢٥ ) Cutis Rhomboidalis Nuchae :**

هو تغير نموذجي لدى العاملين خارج المكاتب كالمزارعين ، والبحارة ، والرياضيين ، وأدلاء الجبال . كما يصيب المرضى مفرطي الحساسية للضوء لاسيما المصابين منهم بالبرفيرية ( مثل البرفيرية الجلدية الآجلة ) . يندر حدوث هذا المرض عند النساء لأن النقرة لديهم تكون عادة محمية من الضوء بواسطة الشعر .

يثخن جلد النقرة ، وبدرجة أقل من جلد جانبي الرقبة ، وأحياناً يثخن جلد الصدر بمنطقة على شكل حرف (V) . ويصفر ، وينقسم إلى أشكال شبه معينية بواسطة أثلام عميقة . وتشاهد أحياناً زؤانات (comedones) إلى جانب الشعر الشوكي الثابت Trichostasis Spinulosa . ويظهر التشريح المرضي النسجي وجود مران واسع في الأدمة . ( راجع الشكل ١٨ – ١٦ ) .

**المعالجة** : غير ممكنة . ينصح بالوقاية من الشمس واستعمال دارئات الشمس . يمكن للمعالجة الموضعية بالتريتينون Tretinon أن تحسن من مظهر الجلد .

**المرنوم المنتشر ( دوبروي ١٨٩٢ ) Elastoma Diffusum :**

يتكون هذا الورم المرن من صفيحات منتشرة محددة إلى حد ما ، مصفرة وثخينة تتوضع على الوجه أو على النقرة . تحدث أيضاً بؤر افرادية ، على الأنف مثلاً . ( راجع الشكل ١٨ – ١٧ ) .

**المعالجة** : عندما يترافق هذا الورم مع تقران سافع يفكر بإجراء كشط الجلد ، وإلا فينبغي العناية بالجلد والوقاية من الشمس باستعمال دارئات الشمس ( UVA و UVB ) .

**المران العقيدي مع كيسات وزؤان ( فافر – راكوشو ١٩٥١ ) Nodular Elastosis With Cysts and Comedones :**

*المرادفات* : شبه المران الجلدي العقيدي مع أكياس وزؤان – متلازمة فافر – راكوشو .

**التعريف** : هو شكل عقيدي مختلف بوضوح عن المران السافع الشيخوخي .

**الحدوث** : يصاب كبار السن من الرجال بشكل مفضل .

**الموجودات السريرية** : يميل هذا الداء للتوضع في مناطق الأقواس الوجنية ، والأصداغ ، وحول الحجاج ، أو منطقة الأنف ونادراً ما يتوضع في مناطق أخرى معرضة بشكل مزمن للضوء . ويظهر عدد من الزؤان المفتوح ، بالإضافة إلى زؤان مغلق شبيه بالكيسات ذو لون مصفر ضارب للبياض . لا يمكن عصر الزؤانة بسهولة . وغالباً ما تحدث تجمعات للزؤان . ( راجع الشكل ١٨ – ١٨ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد جريبات زهمية Sebaceous ضامرة مع كيسات جريبية ممتلئة بالقرن بالإضافة إلى مران واسع في الأدمة .

**المعالجة** : يفيد التطبيق الموضعي المديد للتريتينون Tretinoin . وفي الحالات الصعبة يمكن تجربة تجريف أو كشط الجلد ، والحماية من الشمس باستعمال دارئات الشمس واسعة الطيف .

**الجلد الليموني ( ميلان ١٩٢١ ) Lemon Skin :**

*المرادفات* : جلد ليموني (Peau Citréine) .

تحدث تغيرات جلدية سافعة متميزة بعد التعرض المديد للشمس . يشاهد في بعض الحالات حدوث عائلي للمرض . يثخن جلد الوجه وتزداد فيه التجاعيد ويكون بلون أصفر منتشر .

**المرانوية التقرنية في النهايات : ( كوستا ١٩٥٦ ) Acrokeratoelastoidosis :**

*المرادفات* : المرانوية التقرنية في النهايات الهامشي باليد ، المرانوية التقرنية في النهايات الثؤلولي الشكل ، لويحات اليدين والقدمين الكلاجينية .

**الحدوث** : وصف هذا المرض النادر لأول مرة في أمريكا الشمالية . ولكنه يحدث أيضاً في المناخات المعتدلة . يتأثر بهذا المرض بعض الحرفيين من العاملين خارج المكاتب . لهذا المرض أرضية وراثية تنجم عن وراثة بصبغي جسدي سائد والحدوث العائلي عديد . قد يكون للتعرض المديد للشمس والرضوح الفيزيائية دوراً في حدوث المرض .

**الإمراض** : العيب المركزي هو حدوث مران مع إختلال في الألياف المرنة ، وتوسع بالشعيريات ، وفرط تقرن شواكي Acanthohyperkeratosis تفاعلي محدد في البشرة ، قد ينجم عن رضوح صغرية وإشعاعات شمسية . يصنف بعض المؤلفين هذا المرض بين التقرانات .

**الموجودات السريرية** : يميل هذا المرض للتوضع في المناطق الانتقالية بين راحة اليد وظهرها فوق المشط الأول والإبهام ، ووصفت تغيرات مشابهة على ظهر وأخمص القدم . يكون التفريق عن الأماكن الجلدية السليمة واضحاً . تشاهد في

ـحق مصابة حطاطات ذات تسرر مركزي أحياناً ، تتجمع بكثافة ، وبلون أبيض عاجي ، وتكون صغيرة وقاسية . يتوضع بمعاينة بالشفوفية Diascopy اللون المصفر ( القرن وحرن ) . قد يختلف مظهر الحطاطات ، فقد تكون الحطاطة كبيرة حجم وعديدة الأضلاع أو معينية الشكل ، مع مظهر حرزني وسطح مستوي أو ثؤلولي متقرن . ( راجع الشكل ١٠ ـ ١٩ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد ثخن في البشرة مع شواك Acanthosis ، وفرط تحبب Hypergranulosis ، وفرط تقرن . يشاهد في الأدمة مران وكلاجين هياليني ، وتوسع الشعيريات .

**تشخيص التفريقي** : يفرق عن الصفروم المسطح .

**المعالجة** : غير ممكنة .

**العقيدات المرانية لوترة الأذن ( كارتر ـ كونستانتين ـ ويـــــولي ١٩٦٩ ) Elastotic Nodules of the Anthelix** :

تحدث أحياناً عقيدات مصفرة على وترة الأذن بعد التعرض المزمن للشمس . ونسيجياً فهي أشكال محددة للمران .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن سرطانة الخلايا القاعدية ، وعقيدات الأذن المؤلمة ، والتُوف النقرسي Gout Tophi ، والحبيوم الخفي . ينصح بإجراء الفحص النسيجي .

**المعالجة** : غير ضرورية .

**مران أشعة رونتجن Roentgen Elastosis** :

المرادفات : مران الأشعة السينية (X) ، المران الشعاعي Radioelastosis .

يحدث هذا الداء نتيجة التهاب الجلد المزمن الشعاعي ويقود إلى حدوث تغيرات واسعة في النسيج الضام الجلدي . وعلى غرار ما يحدث بعد التعرض المزمن للشمس ، فإنه تزداد المادة الليفية الأسسة ( ألياف المران بعد التعرض للأشعة السينية ) ، ويدعى هذا مران رُنتجن . تتوافق مع هذه التغيرات البقع المصفرة في تبكل جلد الناجم عن التهاب الجلد الشعاعي .

**المران اليوريمي Uremic Elastosis** :

تشاهد تغيرات في النسيج الضام لدى المرضى المصابين باليوريميا المزمنة . يوجد ازدياد في الألياف المرنة الأدمية ( المران ) ، وتشاهد حتى في المناطق غير المعرضة لأشعة الشمس بشكل مزمن .

**الدخينـة الغـروانيـة ( واجـنر ١٨٦٦ ) Colloid Milium** :

*المرادفات* : المران الغرواني المُكَوَّم Elastosis Colloidalis Conglomerata ، تنكس الجلد الغرواني .

**التعريف** : هو مران كاذب يتضمن حالتين : الشكل الخاص بالأحداث ويورث بصبغي جسدي سائد ، ويحدث عائلياً وغالباً عند البلوغ ؛ والشكل الخاص بالبالغين أو الشكل الشمسي ، ويحدث بشكل رئيسي لدى أفراد يتعرضون لأشعة الشمس بشكل مزمن ، ولمواد كيميائية ذات تأثير ضوئي ـ ديناميكي Photodynamic ، مثال : بعد الاستعمال المديد للهيدروكينون .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : تحدث أولى التغيرات في قمة حليمات الأدمة فتزداد ببطء كمية المادة الغروانية المتجانسة . وقد ظُن بأن هذا شكل من أشكال تنكس النسيج الضام كالمران ، إلا أن الغراء لا يتصبغ بأصبغة الألياف المرنة كما وأن تركيب الحموض الأمينية يشبه بروتينات المصل . من المحتمل أن يكون هذا بروتين تصلبي أنتجته الأرومات الليفية . ويمكن عن طريق البنية المستدقة التفريق بين المادة الغروانية تفاعلية الباس (PAS) والمادة النشوانية Amyloid . تكون المادة الزجاجية Hyaline في الداء البروتيني الشحماني Lipoid Proteinosis ، ( التنكس الهياليني في الجلد والأغشية المخاطية ) إيجابية بشدة تجاه الباس (PAS) ولكنها تحتوي أيضاً على الدهون .

**الموجودات السريرية** : تتوضع الآفات في القوس الوجني ، وعلى جوانب العنق ، وعلى الأذنين ، وظهر اليدين . تكون الآفات نسبياً أقل على الأنف ، والشفة العلوية ، والذقن ، والسطوح الباسطة للساعد . تشاهد العديد من الحطاطات المصفرة الطرية الشفافة بقطر ٠,٢ ـ ٠,٥ سم متوزعة بشكل متناظر أو بمجموعات . ويمكن أحياناً إخراج كتلة هلامية عنوة بعد وخز الآفة . وهذا يختلف عن حالة المران السافع . يمكن للحطاطات المتعددة أن تندمج في لويحة ، أو تمر بمرحلة تشكل حويصلي كاذب . تحدث أحياناً الدخينة الغروانية مترافقة مع المران السافع .

**السير** : تبقى التغيرات ثابتة بعد ترقي الآفة في مدة ٢ ـ ٥ سنوات .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الظهارومات الشعرية Trichoepitheliomas ، والكيسومات العرقية Hidrocystomas ، والغدومات العرقية ، والغدوم الدهني ،

والداء النشواني ، وداء الزؤان الشمسي ، والمران السافع . هذا وإن الفحص النسيجي مهم جداً في التشخيص التفريقي .

**المعالجة** : ينصح باستعمال الحرارة النافذة Diathermy ، والكشط ، والمعالجة القربة Cryotherapy ، غير أن هذه المعالجات لا تقود عادة إلى نتائج مقبولة . يجرب كشط الجلد والاستئصال الجراحي للآفات الكبيرة .

## الصفروم الكاذب المرن ( داريه ١٨٩٦ ) : Pseudoxanthoma Elasticum

*المرادفات :* تمزق النسيج المرن المتعمم والجهازي ( تورين ) Elastorrhexis generalisata et systemica ، الصفروم الكاذب المرن مع أتلام وعائية ، متلازمة غرونبلاد – ستراندبيرغ .

**التعريف** : مرض جهازي وراثي يصيب النسيج الضام المرن . وقد اعتبر بالأصل محصوراً في الجلد ، لكن تبين أن مظاهر المرض تشاهد في نسيج الجلد المرن ، والعيون ، والجهاز القلبي الوعائي .

**الحدوث** : نادر ، وغالباً عائلي . وصفت أشكال موروثة بصبغيات جسدية سائدة وبصبغيات جسدية صاغرة .

**الإمراض** : هو معمم يصيب النسيج المرن ، مجهول السببيات . تتنكس الألياف المرنة وتتشدف أو تتورم وتشاهد ترسبات مميزة من أملاح الكلس وزيادة في البروتيوغليكان الحمضي . وقد افترض وجود خلل في تركيب أو تحلل المادة المرنة الاستنادية ( الإيلاستين ) .

**الموجودات السريرية** : بما أن المرض هو خلل معمم في النسيج الضام ، فإن مظاهره تشاهد في العديد من الأعضاء والأنسجة المحتوية على الإيلاستين . يبدأ المرض عادة قبل سن الثلاثين سنة .

*الجلد :* تكون الآفات متناظرة ، وهي حطاطات قاسية مستديرة ، بيضوية ، أو خطية تتلازق فتشكل لويحات ، وغالباً ما تكون في البداية بلون بنفسجي ، ثم تصبح مبيضة أو مصفرة وحتى برتقالية ، ومن هنا جاءت تسمية الصفروم الكاذب . يكون سطح الجلد المصاب غير منتظم وذي قوام طري ، متهدل ، وغير مرن . تتأثر بشكل رئيسي جوانب العنق وثنيات المفاصل ( الإبط ، المرفق ، المغبن ، والحفرة المأبضية ) ، وجوانب الجذع ، والسرة . وإن بسط الجلد بين الأصابع يبرز الحطاطات الصفراء . يمكن أن يشاهد تهدل جلد . ويسمى الجلد المصاب أيضاً بجلد الدجاج المنتوف . ( راجع الشكل ١٨ – ٢٠ ) .

*العيون :* يستشير طبيب العيون حوالي ثلثي عدد المرضى بسبب اضطرابات الرؤية في سن بين ٢٠ – ٤٠ سنة ، ولأن التغيرات الجلدية غالباً ما تكون عديمة الأهمية ولا تسبب أعراضاً . تشاهد تبدلات في قعر العين كظهور هالة رمادية في محيط القرص البصري ، وأتلام وعائية الشكل Angioid Streaks ( كناب ١٨٩٢ Knapp ) ، وهي خطوط متشعبة صفراء – رمادية إلى سوداء وبأحجام مختلفة . تشاهد أيضاً تغيرات بشكل متناثر أو لصوق Plastered . تكون التغيرات العينية متناظرة . وقد تحدث نزوف في الشبكية وفي مشيمة العين .

*الموجودات المجموعية :* تحدث تغيرات وعائية وصفية في القلب والشرايين الكبيرة ، كما يشاهد أيضاً فرط ضغط الدم ، وتصلب شرايين ، والتهاب العضل القلبي ، والتهاب الأبهر ، وذبحة صدرية Angina Pectoris ، وسكتة وعائية دماغية Cerebral Vascular Accident ، ونزوف في الأعضاء الداخلية ( لاسيما الأعضاء المعدية – المعوية ، والقناة البولية ) . تشير هذه التغيرات إلى وجود مرض متعمم في النسيج المرن أشار إليه غرونبلاد وستراندبيرغ عام ١٩٢٩ .

**التشريح المرضي النسجي** : تقتصر التغيرات على الألياف المرنة حيث تنتفخ وتتفتت إلى أقسام صغيرة . وتتوضع غالباً في مجموعات صغيرة بين الألياف الكلاجينية الطبيعية . يمكن للألياف المرنة المصابة أن تكون غنية جداً بأملاح الكلس وتتصبغ بالألوان الأسسة ( صباغ فون كوستا ) وتحتوي على البروتيوغليكان الحمضي ( تفاعل هالي – باس Hale – PAS ) . تظهر دراسات المجهر الألكتروني تغيرات بنيوية خشنة وتشدف الألياف المرنة وأباتيت الكالسيوم . والأتلام الوعائية عبارة عن تغيرات مماثلة في غشاء العين المرن المتمزق ( طبقة بروش Bruch ) ، وفي الطبقة المرنة للشرايين الشبكية . وتشاهد تغيرات شديدة في الشرايين المرنة .

**التشخيص** : إن فحص خزعة من المنطقة المصابة يحسم التشخيص . والمهم هو تقييم مدى الانتشار المجموعي .

**السير** : يتقدم المرض ببطء ولا يحدث تراجع . قد تضمر الآفات قليلاً وتبدي طيات من نمط الجلد الرخو .

**الإنذار** : يعتمد على شدة التغيرات في الجهاز القلبي الوعائي . تحدث اضطرابات رؤية شديدة قد تصل لدرجة العمى لدى أكثر من ٧٠٪ من المرضى المصابين بتغيرات في العين .

**المعالجة** : تطبق المعالجة العرضية للحد الأقصى الممكن . ولقد خابت الآمال في محاولات المعالجة بالفيتامين (E) ، أو بالمركبات الخالبة للكلس (EDTA) لتحطيم أملاح الكلس المرتبطة بالمارنة Elastic . ويمكن استئصال الآفات المزعجة .

### الصفروم الكاذب المرن الناجم عن النترات كريستنسين ١٩٧٨ ) Nitrate – Induced : Pseudoxanthoma Elasticum

ـ ـتعت : شكل مختلف خارجي المنشأ للصفروم الكاذب ـ ـ يشـاهد عند المزارعين المسنين هو : الصفروم الكاذب ـ ـ موضع . أشارت تقارير من اسكنديناڤيا عن تغيرات في حـ تشبه الصفروم الكاذب المرن ، وتعزى إلى عوامل حـ ـحية . يكون الداء مقتصراً على الجلد ولا تصاب الأعضاء ـ ـحية كما لا توجد أتلام وعائية . ولقد حدثت تغيرات جلدية ـ ـ ستعمال نترات الكلس في الأسمدة خلال ٣٠ – ٥٠ عـ مضى . وتتأثر بشكل خاص المنطقة أمام المرفق antecubital) . تماثل هذه التبدلات الجلدية الصفروم الكاذب المرن نسيجياً وسريرياً . يميز كلا المرضين وجود ـ ـ لأباتيت Apatite في النسيج الضام . ويعرف أيضاً شكل من أشكال الصفروم الكاذب الموضع دون وجود أية سوابق متعرض للنيترات .

### الـ ـران الثاقب الساعي ( لوتز ١٩٥٣ ، ميشر ١٩٥٥ ) : Elastosis Perforans Serpiginosa

ـ ـدفات : الورم المرن داخل الحليمات الثاقب الثؤلولي الشكل ميشر ) ، التقران الجريبي الساعي ( لوتز ) ، الورم المرن ـ ـقب .

**الحدوث** : نادر جداً ، يبدأ ظهور المرض بشكل رئيسي لدى الشباب ويندر بعد سن الأربعين ، ويصيب الذكور بشكل رئيسي .

**الإمراض** : يحدث هذا الجُلاد Dermatosis إما بسبب وراثة صبغي جسدي سائد ويكون لوحده ، أو أنه يحدث مع أمراض أخرى مثل متلازمة اهلر – دانلوس ، ومتلازمة مارفان ، والصفروم الكاذب المرن ، ومتلازمة روثموند أو تومسون أو داون أو في داء تكون العظم الناقص . وقد يظهر المرض بشكل عفوي في داء ويلسون أو يحرش عند المعالجة بالبنسيلامين – د . وحسب رأي ميشر ، يحدث فرط تنسج محدد في الألياف المرنة في الحليمات الأدمية مع بَلى فيزيولوجي Necrobiosis في الحزم المرنة يتم التخلص منها عبر البشرة .

**الموجودات السريرية** : يميل المرض للظهور في الرقبة والخدود والأطراف . تشاهد آفات ذات حافات حلقية ودائرية وساعية مع ميل للتقدم نحو المحيط والشفاء المركزي ، وتتكون من حطاطات ضيقة وقاسية ومتقرنة أو ثؤلولية الشكل بلون أحمر وقدّ بين ٢ – ٥ ملم تتواضع بجوار بعضها . وقد تُكّون مجموعات . ( راجع الشكل ١٨ – ٢١ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يحدث بثق للمادة المرنة عبر البشرة وغالباً ما يكون حول الجريبات أو من خلالها . يشاهد ثخن تفاعلي في البشرة شواكي – مفرط التقرن .

**الإنذار** : يوضع بحذر لأن المرض قد يتواجد لأكثر من عدة سنوات . وقد لوحظ تراجع تلقائي مخلفاً ضموراً جلدياً . قد تتكون جدرة Keloid وبشكل خاص بعد التداخل العلاجي النشط .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن فرط التقرن الراحي الأخمصي المحدد البقعي ( داء كيرل ) ، وعن الحبيبوم الحلقي الثاقب ، والورم الكلاجيني الثاقب الثؤلولي الشكل ( لوجييه – ورينجر ) .

**المعالجة** : يمكن استئصال المناطق المزعجة جمالياً ، كما ينصح أيضاً باستعمال الأزوت السائل . ويمكن تجربة استعمال ضمادات كتيمة أو حقن الستيروئيدات القشرية داخل الآفة .

### التهاب جلد الأطراف المزمن المُضمر : Acrodermatitis Chronica Atrophicans

هذا الداء الخمجي الناجم عن الإصابة بالبورلية Borrelia Burgdorferi قد سبق وصفه في الفصل الرابع .

### ضمورات الجلد الثانوية الأخرى وتبكلات الجلد :

يمكن للعديد من الأمراض الجلدية أن تنتهي بالضمور أو بتبكل الجلد . وغالباً ما يصعب وضع التشخيص الأصلي سريرياً أو نسيجياً من الحالة النهائية . غير أنه يمكن التفكير ببعض الأسباب المحتملة كالرضح ( الآلي ، الكيمياوي ، الحراري ، الشعاعي ) ، والذأب الحمامي ، والتهاب الجلد والعضل ، والذأب الشائع ، وداء الفطار الفطراني Mycosis Fungoides ، وورم هودجكين اللمفاوي الجلدي ، ونظير الصداف ، خطل التقرن المتبدل ، والحزاز المسطح .

### تبكل الجلد الوعائي المُضّمر ( جاكوبي ١٩٠٦ ) : Poikiloderma Vascularis Atrophicans

هذا المرض ليس جلاداً Dermatosis مستقلاً ، لكنه بالأحرى حالة نموذجية شكلية نهائية تصنف على أنها تبكل جلد ثانوي . تشاهد الصورة النموذجية من تبكل الجلد في هذا المرض مع مساحات واسعة من جلد ضامر ، شبكية أو مخططة مع فرط التصبغ أو غيابه ، وتوسع شعيريات عديدة ، وقد تتواجد حطاطات صغيرة حزازانية وتوسف نخالي الشكل . والأمراض الرئيسية المسببة هي داء الفطار الفطراني ، ونظير الصداف .

**الكُلاج ( الداء المغراوي ) الناشط الثاقب ( مهرجان ، وشوارتز ، وليفنغود ١٩٦٧ ) Reactive Perforating Collagenosis :**

**التعريف** : هو عبارة عن مرض نادر جداً يحدث عقب رضح سطحي ، لدى الأطفال عادة .

**الحدوث** : تظهر التبدلات الجلدية إثر إصابات طفيفة وقد تستمر حتى سن البلوغ . وتشير زيادة نسبة حدوث هذا الداء لدى التوائم إلى خلفية وراثية .

**الإمراض** : إثر رضح زهيد يحدث تنكس في النسيج الضام في الحليمات الجلدية حيث يتم التخلص منها عبر البشرة بوقت لاحق ، كما يحدث تفاعل التهابي .

**الموجودات السريرية** : تشاهد حطاطات متقرنة ، ١ – ٢ ملم ، وتتوضع إما منفردة أو بترتيب خطي . تنمو هذه الحطاطات ببطء حتى ٣ – ٥ ملم وعندئذٍ تظهر فيها حفرة مركزية مع تشكل سدادة قاسية ، متقرنة ، وملتصقة . تزول الآفة بعد ٢ – ٦ أسابيع مخلفة وراءها بقعاً ناقصة التصبغ .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد التهاب مزمن مع تنكس كلاجين أسسي يتم التخلص منه إلى الخارج عبر البشرة المتمزقة المفرطة التقرن .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن المران الثاقب الساعي أو الحبيبوم الحلقي الثاقب ، وفرط التقرن الراحي – الأخمصي المحدد والعظموم Osteoma الثاقب ، والكلاس الجلدي Calcinosis cutis .

**الحزاز التصلبي الضموري ( هالوبيو ١٨٨٧ ، داريه ١٨٩٢ ) Lichen Sclerosus et Atrophicus (LSA) :**

*المرادفات :* الحزاز المتصلب ، الحزاز الأبيض ، داء البقع البيضاء White – spot ( جونسون وشيرويل ١٩٠٣ ) .

**التعريف** : هو جُلاد مجهول السببيات يتكون من بقع جلدية صغيرة بيضاء ضامرة ، وقد تتلاقى هذه البقع لتحدث بؤراً أكبر ، مع فقدان الألياف المرنة وتقران جريبي .

**الحدوث** : نادر نسبياً . ويشاهد عادة لدى نساء في سن ٤٠ – ٦٠ سنة . ويحدث بشكل نادر لدى الأطفال ، وعندها يسود حدوثه لدى الفتيات . يتوضع عند الذكور على حشفة القضيب Glans Penis وعلى القلفة Prepuce في أغلب الحالات . وقد شوهد المرض بشكل استثنائي فقط لدى السود .

**السببيات** : مجهولة . وصف حدوث المرض لدى بعض العائلات في حالات معزولة . ويشاهد مترافقاً مع الحزاز المسطح ، والقشيعة ، والذأب الحمامي في حالات نادرة ، وفي التغيرات الجلدية في حالات الطعم المزمن – ضد – الثوي Chronic Graft – Versus – Host .

**الموجودات السريرية :**

*التوضع والتوزع :* قد تكون الآفات منتشرة أو محددة . تميل الآفات للظهور في جوانب العنق ، ومنطقة الترقوة ، والمنطقة بين وتحت الأثداء ، وجوانب الأذرع الانثنائية ، والأكتاف ، والأعضاء التناسلية لاسيا الفرج والقلفة وحشفة القضيب . يُحدث الحزاز التصلبي في المنطقة الشرجية لويحة كثقب المفتاح . ويجب فحص جميع هذه المناطق في الحالات التي يشك فيها في حدوث هذا المرض .

*الموجودات الجلدية :* في البدء ، تشاهد بشكل استثنائي حطاطات حمامية معزولة . والموجودات النموذجية هي عبارة عن آفات ضمورية دقيقة كالخزف أو تميل أكثر للون الأبيض المزرق ، وتكون مستديرة أو بيضوية ، ومسطحة ، وبقدّ يصل حتى ٠,٥ سم ، وقد تندمج محدثة مساحات كبيرة إلى حد ما ذات شكل لا منتظم . تبدي هذه الآفات أحياناً حوافاً التهابية بلون السيكلما ( لون زهري محمر ) . وتشاهد في الآفات الأقدم تجعدات في السطح ورقية الشكل وفرط تقرن جريبي زؤاني الشكل ووصفي . تنفصل البشرة في حالات نادرة مع تشكل نفطات Blisters نزفية . لا يوجد جُسُوٌّ ( Induration = قساوة ) واضح أو حكة أو أية أعراض شخصانية (subjective) .

*الأغشية المخاطية :* تظهر آفات نادرة كبقع مبيضة تتوضع على أغشية الخدين المخاطية .

*الأعضاء التناسلية :* تتكون الآفات التناسلية في منطقة الفرج والقلفة وحشفة القضيب من بقع بيضاء ضامرة مع إنكماش ندبي واضح في الغالب . تنمو أحياناً حويصلات نزفية لا تلبث أن تشفى مخلفة ندبات في مكانها . سريرياً : تشبه هذه الآفات تلك الموجودة في لَطَع الفرج Kraurosis Vulvae ولَطَع القضيب . وإن التهاب الحشفة الجاف المسد ( ستوهمر ١٩٢٨ ) Balanitis Xerotica Obliterans والذي تم وصفة كداء مستقل مع انكماش ندبي في منطقة القلفة واللجيم Frenulum والحشفة وفتحة الإحليل . يجب أن يصنف أيضاً كحزاز تصلبي ضموري . عندما تصاب الحشفة حول فتحة الإحليل يحدث تضيق مع انحباس بولي مزمن . ويمكن للتغيرات التناسلية أن تسبب حكة شديدة . ( راجع الأشكال ١٨ – ٢٢ ، ١٨ – ٢٣ ، ١٨ – ٢٤ ، ١٨ – ٢٥ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد ثخن أولي ثم ضمور بشرة

مع وص تقرن جريبي . ويوجد تحت هذه مباشرة منقطة فاقدة مرونة مع نسيج ضام متوذم زجاجي Hyalinized . ويشاهد تحت نوذمة شريط حول الوعاء من رشاحة لمفاوية . قد تؤدي نوذمة واسعة إلى انفصال البشرة مع تآكل الأوعية الشعرية وضوح دموي وتشكل نفطات نزفية تحت البشرة .

**السير والإنذار** : يكون السير مزمناً وأحياناً متقطعاً والتوقف التلقائي ممكن في أي وقت ، أما الضمور فلا يتراجع . وإذا ترمن المرض مع طلوانية في منطقة الفرج أو القضيب فمن الممكن أن تظهر سرطانة الخلايا الوسفية . تترافق بعض الحالات مع داء السكري .

**التزامن مع أمراض جلد أخرى** : التزامن ممكن مع تصلب جلد الموضع ( القشيعة = Morphea ) . يشاهد بشكل نادر مع الحزاز المسطح ، والذأب الحمامي . ويشاهد أحياناً مع البهق Vitiligo . وعندما يصاب الفرج فمن الممكن أن يحدث طلوان Leukoplakia .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن القشيعات النقطية Guttate Morphea ( ولكن بالفحص النسيجي يكون النسيج المرن محفوظاً ) ، ويفرق عن الحزاز المسطح الضموري النقطي ويمكن أيضاً تفريقه بالفحص النسيجي ) .

**المعالجة** : ليست مؤثرة .

*المعالجة الجهازية* : لا تستطب الستيروئيدات القشرية السكرية لأن فائدتها غير أكيدة . وإن تجارب إعطاء الفيتامين ( آ ) أو الفيتامين (E) أو الكلوروكين لم تؤدِ إلى نتائج مقنعة . كما تم تجربة الريتينوئيدات العطرية Aromatic Retinoid عند البالغين كالإتريتينيت Etretinate والإيزوتريتينون Isotretinoin .

*المعالجة الموضعية* : يوصى باستعمال كريمات أو مراهم الستيروئيدات القشرانية السكرية مع مستحضرات موضعية تحوي إضافات من الهيبارين أو الاستروجين . ويمكن أيضاً استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية تحت ضمادات مغلقة أو بحقنها داخل المنطقة المصابة كمعلق بلورات أسيتونيد التريامسينولون ١٠ ملغ/مل يمدد بنسبة ١ : ٣ – ١ : ٥ في محلول فيزيولوجي ملحي أو مع مخدر موضعي . وإن طريقة المعالجة الأخيرة تخفف إلى حد كبير من حكة الأعضاء التناسلية ، وهي طريقة العلاج المثلى لها . لقد ثبتت فائدة تبديل المعالجة اليومية بين الستيروئيدات القشرية السكرية والهيبارين في أمراض حشفة القضيب والفرج . يعالج حزاز الفرج التصلبي الضموري أيضاً بمراهم الإستروجين . ويوصى باستعمال مستحلب الماء في الزيت لبروبيونات التستوستيرون ٢٪ لمعالجة الحزاز التصلبي الموضع على منطقة الأعضاء التناسلية عند الرجال .

*المعالجة الجراحية* : إذا حدث شك بحدوث سرطانة الخلايا الوسفية في منطقة الفرج فيجب أخذ خزعة يتلوها استئصال واسع عند الضرورة . يوصى بالختان في التغيرات الندبية التي تصيب القلفة كما يوصى بشق فوهة الإحليل عند تضيقها .

## تصلبات الجلد Sclerodermas :

**التعريف** : آفة مزمنة مجهولة السببيات تبدأ بأعراض التهابية يتلوها التصلب مع إصابة الأحشاء أو دونها . الإنذار جيد في الأشكال الموضعة ولكنه خطير في الأشكال المجموعية . يمكن تمييز نوعين من الإصابة اعتماداً على الانتشار والسير والإنذار رغم وجود مظاهر نسيجية مشتركة وهما :

- تصلب الجلد الموضع أو المحدد .
- تصلب الجلد المجموعي المترقي .

وهناك بعض أشكال تصلب الجلد التي تشابه المرض المذكور إلا أنها ذات سببيات معروفة ويطلق عليها اسم تصلب الجلد الكاذب أو متلازمات تصلب الجلد .

إن تغيرات الجلد التصلبية المحددة والتي تذكّر تصلب الجلد ، يجب أن لا تلتبس بهذا المرض ، ويطلق عليها أحياناً اسم التغيرات الجلدية الشبيهة بتصلب الجلد ، ومثالها سرطانة الخلايا القاعدية القشيعية الشكل .

### تصلب الجلد الموضع Localized Scleroderma :

*المرادفات : تصلب الجلد المحدد* Circumscribed Scleroderma ، القشيعة Morphea .

**الحدوث** : نادر نسبياً ، ويغلب حدوثه في النساء بنسبة ٢ : ١ – ٣ : ١ . ويحدث خاصة في الأعمار الشابة ( ٢٠ – ٤٠ سنة ) ، وتظهر الإصابة تحت سن العشر سنوات في ١٥٪ من الحالات .

**السببيات** : مجهولة ، وقد اتهمت الرضوح في بعض الحالات الإفرادية ، كما يشك بإسهام العوامل الوراثية والمناعية والهرمونية والحمات الراشحة والسموم والعوامل العصبية والوعائية في حدوث المرض ، إلا أنه لم يثبت بعد دور أي منها . وقد ظهرت إشارات حديثة إلى إمكانية وجود دور لخمج البورلية البورغ دورفيري Borrelia Burgdorferi في بعض الحالات المرضية على الأقل .

**الموجودات السريرية** : تكون الآفة الأولية في تصلب الجلد

الموضع على شكل بقعة حمامية ملتهبة بشكل معتدل ، ثم تختفي الحمامى ويظهر في مركزها لويحة قاسية ذات لون أبيض مصفر أو عاجي . ثم تزداد صلابة الجلد في تلك المنطقة وتأخذ لوناً عاجياً لماعاً وتلتصق بالأنسجة العميقة وتحاط بحمامى بنفسجية مزرقة تدعى الحلقة الليلكية (lilac ring) . ويكون هذا الجسؤ ( قساوة = Induration ) لا عكوساً غالباً ، ويتطور مع الزمن إلى ضمور مع فقدان الأشعار والغدد الزهمية وتبدلات لونية في منطقة الآفة ( فرط أو نقص التصبغ ) . تكون الفحوص المخبرية سوية عادة مع إيجابية أضداد النوى Antinuclear Antibodies أحياناً ، وخاصة في القشيعة الخطية والمعممة .

تُميز عدة أشكال سريرية لتصلب الجلد الموضع حسب حجم ونوع وعمق الإصابة الجلدية .

**القشيعة Morphea** : وتتألف من آفة وحيدة أو متعددة ويتراوح حجمها بين قطعة نقدية وراحة اليد أو أكثر وتنتقي عادة الجذع في توضعها . ( راجع الشكل ١٨ ـ ٢٦ ) .

**القشيعة النقطية Guttate Morphea** : وتتميز بآفات تصلبية بيضاء مصفرة مبعثرة بسطح لامع وحافة ليلكية وقد يصعب تفريقها عن الحزاز التصلبي الضموري . لا يشاهد فيها فرط تقرن جريبي وتكون الركيزة النسيجية Histological Subtrate حاسمة .

**تصلب الجلد الموضعي الحمامي Erythematous Localized Scleroderma** : ويدعى أيضاً ضمور الجلد الغامض والمترقي (Atrophodermia Idiopathica et Progressiva) ( بيريني وباسيني ١٩٢٣ ) . وهذا الشكل نادر ويتظاهر بعدة آفات مدورة حمامية بلون السيكلما (cyclamen – colored) وبحجم عدة سانتيمترات تدعى الشكل الليلكي ( كوجيرو ) ودون وجود تصلب جلدي أو إذا وجد فيكون خفيفاً جداً . ثم يضمر الجلد وينخسف ويتصبغ أحياناً في الآفات واضحة الحدود . وهذا عبارة عن تصلب جلد محدد وسطحي جداً . وقد يشاهد مرافقاً لتصلب الجلد الموضع الوصفي . ( راجع الشكل ١٨ ـ ٢٧ ) .

**القشيعة المعممة ( تصلب الجلد ) Generalized Morphea (Scleroderma)** : يتميز تصلب الجلد الموضع المنتثر بوجود آفات عديدة تتعمم في الأشكال الشديدة ، وقد تقود إلى تحدد الحركة والتنفس لاسيا تحدد حركة الأطراف . لوحظت علامات التصلب الجهازي المترقي في بعض الحالات لذلك ينصح باستقصاء هؤلاء المرضى ومراقبتهم حتى يمكن تقييم الوضع لأن الانتقال إلى تصلب الجلد المجموعي المترقي ممكن الحدوث في هذا المرض . ( راجع الشكل ١٨ ـ ٢٨ ) .

**تصلب الجلد الخطي Linear Scleroderma** : تظهر على الأطراف آفات خطية شريطية الشكل تأخذ اتجاهاً طولياً وقد تتوضع أثناء امتدادها فوق المفاصل كشريط متصلب قاس يتسبب بتحدد الحركة . قد يحدث ضمور في العضل والعظام في المناطق المصابة عند الأطفال ( الفحص بالأشعة السينية ، مخطط كهربائية العضل ) . إن القشيعات التصلبية المتعممة المُقعدة لدى الأطفال عبارة عن اجتماع قشيعات خطية مع قشيعات متعممة ، وقد تصيب الأعضاء الداخلية وتكون مترقية .

**تصلب الجلد على شكل ضربة السيف Scleroderma En Coup De Sabre** : يتوضع هذا الشكل الخاص من تصلب الجلد الخطي في المنطقة الجبهية ـ الجدارية ، وهو مرض غير نادر الحدوث ، يمتد من الحواجب إلى داخل فروة الرأس ويكون اتجاهه جُنيب الناصف Paramdian ويقود إلى تشكل حاصة Alopecia دائمة . يشاهد في بعض الحالات ضمور انخسافي Depressed خطي يصيب العظم تحت منطقة الآفة ، فيقود إلى تشكل مظهر شبيه بجرح ضربة السيف ( وهذا سبب تسمية المرض ) . من النادر جداً لهذه الآفة أن تحدث بالجانبين . وقد وصفت تبدلات في مخطط كهربائية الدماغ (EEG) . وعندما يميل توضع الآفة بشكل أكثر إلى أحد جوانب الرأس أو على الذقن فقد تكون صورة شبيهة بضمور الوجه الشقي . ( راجع الشكل ١٨ ـ ٢٩ ) .

**تصلب الجلد الموضعي العقيدي Nodular Localized Scleroderma** : تشاهد في هذا الشكل النادر آفات عقيدية هي آثار لجدرات Keloid ، ولهذا كان من المرادفات اسم القشيعة الجدرية . قد تشاهد قشيعة نموذجية مما يساعد في وضع التشخيص . يشاهد بالفحص النسيجي وجود نسيج مرن سوي على عكس ما يشاهد في الجدرة .

**تصلب ما تحت الجلد ( القشيعة العميقة ) Subcutaneous Scleroderma (Morphea Profunda)** : يتميز هذا الشكل الخاص بالتوضع الانتقائي للتصلب في الجزء الحاجزي من النسيج الشحمي تحت الجلد وفي الطبقات العميقة للأدمة ، ولهذا السبب لا تشاهد الحمامى الليلكية الخاصة بالحلقة الليلكية . تشاهد سريرياً تبدلات جلدية عقيدية أو كالجدرة ، وتقود إلى انكماش أو تبارز الجلد والتصاقه بالأنسجة العميقة كما في اللفافات Fascias .

**تصلب الجلد الموضعي للفافات ( تصلب اللفافات ) Localized Scleroderma of the Fascia (Sclero – fascia)** : يوصف هذا الداء بأنه تصلب جلد موضعي يصيب

لـــيـج اـعــه مفـفـات . ويختار لتوضعه لفافات أغماد الأوتار عـ ـج حي ـثبـت ( الانقباضية ) flexor sides في أسفل ـ ـعـيـ وـسـبـب الانكمـاش والتحفظ Encapsulation مـ يـــب في نهاية تثبيت المفاصل الجلدي ، وكذلك ظهور عـ حـ مـتـــلازمـــة النـفـق الرسـغـي Capral Tunnel Syndrome .

**تـشـريح المرضي النسجي** : تتكون التبدلات المبكرة من ـتـج تهابي لمفاوي غزير يحيط بأوعية الأدمة و/أو بالأوعية تحت حمـ . ومن تورم وذمي في الحزم الكلاجينية وفي بعض الأحيـان يحدث التهـاب السَّبَـلة الشحميـة Panniculitis حـحـري ويترافق باللمفاويات والمصوريات والحمضـات . يعبـر هـ تطور الالتهابي إلى طور تصلبي ، حيث يحل النسيج عـه تبدى محل النسيج الشحمي تحت الجلد . وتختفي الخلايا الأـتـبـية ويشـاهد عدد قليل من الأرومات الليفية بين حزم الأليـف الكلاجينية المتجانسة والسميكة وتكون مرتبة بشكل متوـ مع سطح الجلد . تتضيق الأوعية وتضمر الملحقات . وتختفي الجريبات الشعرية والغدد الزهمية بشكل شبه تام وتبقى فقـط عضلات مُقَفَّةُ الشعرة Arrectores Pilorum . وتصبح عـد العرقية الناتحة eccrine محاصرة في مركز الأدمة الزجاجي تـصـب . وتسلم الألياف المرنة من الإصابة عادة .

يشـاهد في المجهر الإلكتروني تكون ناحي جديد لليفات الكلاجين . ويوجد نقص في متوسط قطر الليبفات وزيادة في مدى الاختـلاف في سماكتها ، إلا أن بنيتها تكون سوية . وتشاهد أيضاً سماكة بطانية وتثقيب Fenestration في الأوعية الصغيرة وتسمك الغشاء القاعدي .

**السير والإنذار** : تختلف شدة المرض ولا يمكن التنبؤ بها . وكقـاعدة ، يتوقف المرض تلقائياً وتختفي الحلقة الليلكية وقد يتراجع التصلب . تشير المعلومات المتوفرة إلى أن متوسط فترة مرض ١,٥ ـ ٤ سنوات للقشيعة و /٥/ سنوات لتصـلـب جـلـد المحدد الخطي ، ويمكن للمرض أن يـترقى خلال عقود زمنية .

**المضاعفات** : الإنذار جيد مدى الحياة ، ويعكر صفوه الآفات الضمورية الدائمة وإمكانية حدوث تشوهات ( وخصوصاً في الأشكـال الخطيـة وأشكـال ما تحت الجلد ) ، وتحدد حركة المفاصل المزعج . يمكن أن تظهر في بؤر قديمة من تصلب الجلد قرحات ضامرة بطيئة الاندمال لاسيا على الساقين . إن تواجد هذا الداء مع تصلب الجلد المجموعي المترقي نادر ، كما أن التحول إلى هذه الحالة الشديدة نادر أيضاً ، ولكنه يحدث في القشيعة المنتـشرة أو المعممـة . وقد يحدث التهـاب عضـل في المناطق المصابة .

**المعالجة** : غير ناجحة ، ونظراً لإمكانية حدوث الشفاء التلقائي فإنه يحذر من اتخاذ إجراءات شديدة .

*المعالجة الجهازية* : يوصى باستعمـال البنيسيللين في حالات الانتشـار الواسع المترافق بعلامات تدل على نشـاط المرض ( الحلقة الليلكية الواضحة ، زيادة حجم الآفات الكبير ) إما عن طريق الحقن اليومي بكميات ١٠ ـ ٢٠ × ١٠^٦ وحدة دوليـة (IU) لمدة ٢ ـ ٤ أسـابيع أو عن طريق الفـم بكمية ١ ـ ٢ × ١٠^٦ وحدة دوليـة ثلاث مرات يومياً . ينصح باستعمـال الفينيتوئين في أشكـال تصلب الجلد الخطي ويبدأ بمقدار ١٠٠ ملغ ٢ ـ ٣ مرات يومياً ثم بمقدار ١٠٠ ملغ لمدة ٢ ـ ٣ سنوات مع مراقبة التـأثيرات الجانبية . يمكن للأدوية المضـــادة للبرداء كالهيـدروكسـي كلوروكين أو بـلاكوانيـل ٢٠٠ ملغ يومياً أن تفيد في بعض الحالات الفردية .

*المعـالجة الموضعيـة* : يمكن استعمـال الستيرويدات القشـرية السكرية على شكل مرهم أو تحت ضماد واقٍ . كما يمكن حقن داخـل الآفـات بمعـلق تريمسينولون اسيتونيد ١:٣ ـ ١:٥ . ويـوصى بـاستعمـال مراهـم الهيـارين أو أشبـاه الهيـارين Heparinoids .

*المعالجة الفيزيائية* : يتوجب عدم نسيان المعالجة الفيزيائية في الأشكال الخطية المؤثرة في الأطراف للمحافظة على الحركة . ويمكن للمعالجة بالحرارة والتدليك أن تساعد في المحافظة على الحركة .

## تصلب الجلد المجموعي المترقي

## Progressive Systemic Scleroderma (PSS) :

( راجع الأشـــكـــال ١٨ ـ ٣٠ ، ١٨ ـ ٣١ ، ١٨ ـ ٣٢ ) .

*المرادفات* : تصـلـب الجلد المترقي أو المنتشر ، تصلب الجلد المنتشر والمترقي ، التصلب المجموعي .

**التعريف** : هو مرض مجموعي مجهول السببيات ذو سير مزمن عادة وقد يسبب الموت خلال سنوات قليلة . يؤثر في النسيج الضام الحاوي على الأوعية الدموية ويقود إلى تصلب منتشر في الجلد والأعضاء الداخلية ، وغالباً ما تتقدمه أو تصاحبه متلازمة رينو Raynaud .

**الحدوث** : المرض نادر الحدوث . تبلغ المراضة Morbidity في الولايات المتحدة /١٠٥/ في المليون من السكـان . أما عدد الحالات الجديدة فتبلغ ٣ ـ ١٢ حالة لكل مليون من السكان

سنوياً . لا تعرف للمرض اختلافات مناخية أو عرقية أو جغرافية وقد ثبت ترافقه مع مستضد هلا (HLA – B8) . ويظهر المرض لدى النساء أكثر من الرجال وبنسبة ٣ : ١ – ٥ : ١ . تزداد نسبة حدوث المرض مع تقدم السن وهو نادر جداً لدى الأطفال .

**الإمراض** : السبب مجهول . والعوامل الممكنة هي الاستعداد الوراثي ، واضطراب نظام الأوعية **Vascular Regulation** ، وظواهر مناعية خلطية وخلوية ، واضطرابات تنظيم تركيب الكلاجين . وسيتم ذكر بعض المشاهدات الفردية . لوحظت زيادة حدوث شذوذات في الصبغيات لدى أفراد العائلات المرضى منهم والأصحاء ، وقد وجد عامل في مصل المريض يحرض حدوث كسور في الصبغيات أثناء الانقسام الفتيلي **Mitoses** عند الأصحاء . ويغلب وجود مستضد هلا **(HLA – B8)** لدى المرضى الذين يأخذ سير المرض لديهم طريقاً وخيماً ، وتكون مناعتهم المتواسطة بالخلايا متأذية . وغالباً ما يشاهد في مراحل المرض الأولى انسداد الشرايين الإصبعية بسبب التكاثر البطاني مع اضطراب في وظيفة الوعاء. يشاهد غالباً خمود **(Depression)** في اللمفاويات **(T)** وتسميم خلايا المريض اللمفاوية ضد خلايا العضل والأرومات الليفية . وإن حدوث أضداد لمختلف المستضدات النووية دليل على تغير حالة المناعة الخلطية . تبدي الأرومات الليفية لمرضى تصلب الجلد معدلات أعلى لتركيب الكلاجين منها لدى الأشخاص ذوي الجلد الطبيعي وتكون نوعية الكلاجين مختلفة . ولقد سبق البحث في إمكانية وجود علاقة بين خمج بحمة راشحة ( مرض حمى راشحة بطيء ) وإمراض تصلب الجلد . ويمكن للهدروكربونيات المكلورة مثل كلور الفنيل أن يسبب متلازمة تصلب جلد .

**الموجودات السريرية** : هو مرض متعدد الأشكال ويمكن تفريق نماذج فردية حسب سير المرض ، مع أنها تتداخل ببعضها . واعتماداً على التوضع البدئي يمكن تفريق الأشكال المختلفة التالية :

١ – تصلب جلد الأطراف ( النهايات ) Acroscleroderma أو تصلب الأطراف ( النهايات ) Acrosclerosis .

٢ – تصلب الجلد المترقي المنتشر ( وشكلها الخبيث الحاد ) .

٣ – متلازمة ثايبرج – وايسنباخ أو متلازمة كريست Crest Syndrome .

٤ – تصلب الجلد الحشوي دون إصابة الجلد .

إن حدوث أشكال عديدة انتقالية يشير إلى أنها أشكال مختلفة لمرض واحد .

توجد تصانيف أخرى لتصلب الجلد المجموعي المترقي ، كالتصانيف التي تعتمد كلياً على الإصابة الجلدية وهي :

– *النمط I* : *النمط الطرفي ( القمي )* **Acral Type** ، متلازمة رينو ، تصلب الأصابع .

– *النمط II* : *النمط القاصي ( البعيد )* **Distal Type** : ظاهرة رينو ، تصلب الجلد ، توسع الشعيريات ، وإصابة الرئة ، والكلى ، والقلب ، والقناة الهضمية .

– *النمط III* : *النمط الجذعي* **Trunk Type** : حدوث ظاهرة رينو ليست إجبارية .

يشاهد تصلب جلد منتشر يبدأ على الجذع وتصاب المفاصل والأحشاء ( القلب ، الكلى ، القناة الهضمية ) مع حمى خفيفة .

واعتماداً على التشريح المرضي ، والاعتلال الوعائي – التصلبي – الالتهابي ، والموجودات الكيميائية – الحيوية ، يمكن تميز نمطين رئيسيين :

– شكل وعائي .
– شكل التهابي .

هذا الشكل من التصنيف له أهمية بالنسبة للمعالجة .

*الموجودات البادرية* ***Prodromal Findings*** : في البدء قد تحدث بعض الأعراض اللامميزة ، كالتعب ، والصداع ، والمزاج المكتئب ، وارتفاع بسيط في درجة الحرارة ، كعلامات أولية لانوعية للمرض . وقد تظهر أيضاً أعراض في نهايات الأطراف . تتجلى هذه الأعراض خلال الفصول الباردة باضطرابات الحركة – الوعائية **Vasomotor** ( ازرقاق الأطراف ، والجلد المرمري **Cutis Marmorata** ) ، مع حساسية للبرد وأحياناً مَذَل ( تشوش الحس كالخدر والنمل **Paresthesia** ) .

*متلازمة رينو* ***Raynaud's Syndrome*** : هو عارض تشنجي وعائي يستثار بالبرد ويصيب بشكل خاص الأطراف العلوية ، ويترافق بثلاثة أطوار متوالية هي إقفار ( نقص تروية ) مؤلم **Painful Ischemia** ، وازرقاق موضعي ، وتبيغ شرياني **Hyperemia** ، وتتواجد هذه المتلازمة كعلامة مبكرة لدى غالبية المرضى . إن ظاهرة رينو هي ثاني أكثر الأعراض حدوثاً بعد التغيرات الجلدية وتحدث في ٦٠ – ٩٠٪ من الحالات ، وبشكل خاص في تصلب جلد الأطراف ( النهايات ) .

*تصلب جلد الأطراف ( النهايات ) Acroscleroderma ، تصلب الأصابع Sclerodactyly :* يبدأ هذا الشكل في الأصابع أو المناطق الطرفية ( القمية ) وهو من أكثر المظاهر حدوثاً . تحدث ظاهرة رينو قبل أو مع حدوث وذمة عجينية القوام . وتورم خفيف محمر في الأصابع واليد والساعد ( الطور الوذمي ) ، وقد تتأثر الأقدام أحياناً . وفي طور لاحق يصبح الجلد مشدوداً وممطوطاً ولامعاً وشبيهاً بالشمع ولا يمكن رفعه في طيات ( الطور التصلبي ) . تتحدد كثيراً حركة اليدين والقدمين بسبب انكماش الجلد التصلبي ( التقفع الجلدي المنشأ Dermatogenic Contracture ) . وتصبح الأصابع مخلبية الشكل بسبب التقفعات الانعطافية ، وفي النهاية يتعذر تحريكها . تشاهد غالباً نخرات صغيرة مؤلمة على رؤوس الأصابع وفوق المفاصل ( نخرات عضة الفأر Rat – bite Necroses ، وتخضع الأنسجة الرخوة والعظام إلى ضمور ضاغط . تبدو نهايات الأصابع مدببة ( أصابع مادونا ) ، أو مجدوعة Mutilated في الحالات الوخيمة . وتتشوهُ الأظفار أخاديد مستعرضة وتخططات ، وتحدث أحياناً نزوف نقطية فوق الظفر Eponychium .

إن نقطة الانطلاق الأخرى لظهور مظاهر المرض هي الوجه إذ تغيب عنه التعابير ( الوجه المقنع أو المتصلب ) ، ويصغر الوجه بسبب توتر الجلد وتصلبه . ويصبح الأنف مدبباً ويغطيه جلد ناعم لامع . تصبح الخدود مشدودة وتتضيق الشفاه ، ويصبح الفم عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة ( الفم الصغير Microstomia ) . يصعب على المريض فتح الفم وتتحدد حركة الأجفان ، ولا يمكن للحاجب أن يتغضن ، كما لا تتمكن الشفاه من التصفير . وبالجس ، يكون جلد الوجه مشدوداً وقاسياً ، ذو لون أبيض أو أصفر أو يكون شاحباً .

وقد يمتد التصلب إلى الرقبة والجذع والأطراف ، ويزداد تحدد الحركة ، ويصبح التنفس صعباً ، ويكون جدار البطن كالطبل ، وتظهر تقفعات جلدية المنشأ في عضلات الساقين الباسطة ، وفي النهاية يغلف المريض جلد قاس متصلب كرداء المدرع .

*تصلب الجلد المنتشر :* يتميز بحدوث وذمة صلبة تتوضع بشكل رئيسي على الجذع ( الطور الوذمي ) وتنتشر إلى الأطراف ويمكن أن تقود إلى تصلب ضارب للبياض في كامل الجسم ( الطور التصلبي ) . تشاهد أعراض رينو في الأطوار الأخيرة ( وقد لا تشاهد ) ، وتظهر بعد أن يبدأ التصلب في التأثير على اليدين . وغالباً ما يصاب العضل والأعضاء الداخلية مع وجود علامات التهاب كارتفاع سرعة التثفل وخلل بروتين الدم Dysproteinemia ، وارتفاع عيارات أضداد النوى . وقد تشاهد أعراض التهاب المفاصل ( نمط التهاب المفاصل الحمي ) . ومن الممكن لهذا الشكل من المرض أن يتداخل مع التهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي . يحدث هذا الشكل المنتشر من تصلب الجلد بشكل متساوٍ لدى الجنسين . والإنذار غير جيد لأنه قد ينتهي بالموت خلال ٣ – ٥ سنوات . ويؤدي الشكل الحاد الخبيث إلى الموت بسرعة خلال أشهر .

**الجدول ١٨ – ٦ : أهم مظاهر تصلب الجلد المجموعي المترقي في الأعضاء**

| العضو | ٪ | العضو | ٪ |
|---|---|---|---|
| الجلد | ٩٠ – ٩٥ | التأمور | ١١ |
| ظاهرة رينو | ٦٠ – ٩٥ | الكلى | ٣٥ – ٧٠ |
| السبيل المعدي المعوي | ٩٠ | فرط ضغط الدم | ٢١ |
| المريء | ٤٥ – ٧٥ | فقر الدم | ٢٧ |
| المعدة | ٦ – ٢٥ | المفاصل | ٢٥ – ٥٠ |
| الأمعاء | ١٠ – ٥٧ | الأوتار – أغماد الأوتار | ٢٥ |
| الرئتين | ٤٠ – ٩٠ | العضلات الهيكلية | ٢٠ |
| القلب | ٥٠ – ٩٠ | | |

*الموجودات الجلدية الأخرى :* يشاهد توسع الشعيريات Telangiectasia ، ونقص أو فرط تصبغ بقعي إلى مخطط مع ضمور ينجم عنها تبكل جلد . تظهر تقرحات طرفية ( قمية ) إثر إصابات خفيفة . وتضمر اللواحق الجلدية وتظهر على فروة الرأس حاصة تصلبية جلدية ، وتحدث ترسبات كلسية جلدية أو تحت الجلد المتصلب في حوالي ٢٥٪ من الحالات . ويُنَق كلس من الأصابع المدببة ، على شكل كتل سهلة التفتت .

*إصابة الأغشية المخاطية :* تشاهد على الغشاء المخاطي للفم بقع صغيرة أو كبيرة من التصلب والضمور . ويكون حجم الفم صغيراً والشفاه صغيرة Microcheilia . يصبح سطح اللسان ضامراً وناعماً وتتحدد حركته لأن اللجيم Frenulum القاسي يصبح قصيراً بسبب تصلبه ( تصلب اللجيم ) . وقد تصاب أيضاً الأغشية المخاطية التناسلية ( راجع الشكل ١٨ – ٣٣ ) .

*إصابة الأعضاء الداخلية :* تنجم المتلازمات السريرية المختلفة وسير المرض في هذا الداء عن اختلاف شدة إصابة الأعضاء الداخلية . تختلف المعلومات الإحصائية كثيراً بخصوص إصابة

الأعضاء ويرجع ذلك إلى وجود اختلافات كبيرة بين الأعراض السريرية وبين الوسائل التشخيصية الحساسة ، وموجودات الفحص النسيجي عند فتح الجثة .

*القناة الهضمية :* تصاب القناة الهضمية في حوالي ٩٠٪ من حالات تصلب الجلد المجموعي المترقي ، وأكثرها عرضة للإصابة هو المريء حيث يشاهد جَزْر Reflux وعسرة بلع Dysphagia . يظهر الفحص الشعاعي توسع واني Atonic وفقدان التمعج Peristalsis وضمور مخاطي ، وتقرح ، وغالباً تضيق تصلبي في الثلث الأسفل للمريء . ويمكن بمقياس الضغط Manometry بيان غياب الارتخاء والتمعج عند البلع . تضطرب عملية التنظيف الذاتي في الأطوار الأولى من المرض . يمكن للتصلب أن يقود إلى لا حُمُوضية Anacidity في المعدة وإلى تفريج Relief مخاطي أملس مع تقرحات وتشنجات في مُقَدم البواب Perpyloric . وتشاهد في الأمعاء الدقيقة والغليظة توسعات وانية ، وتضيقات وعسر حركة Dyskinesia بدرجات متفاوتة . ويمكن للإسهال وأيضاً للإمساك أن يكونا من العلامات الدالة على التغيرات المرضية . وقد يشاهد علَّوص شللي Paralytic Ileus .

*الرئة :* يشاهد غالباً تليف واسع . تُظهر فحوص الأشعة السينية في ٤٠٪ من الحالات ظلالاً منتشرة أو تشكلات كيسية قد تصل لدرجة الرئة المخربة ( Honeycomb Lung = رئة مليئة بالثقوب كقرص العسل ) ، وتكون فحوص وظيفة الرئة مَرضَية Pathalogical في حوالي ٧٠٪ من الحالات ، وغالباً ما تشاهد قبل حدوث أي تغير في الأشعة السينية . ويشاهد في تشريح الجثث تغيرات مرضية بنسب أعلى من الحالات. تحدث في المراحل ا لمتقدمة أعراض ضيق نفس وسعال وازرقاق . ويوجد ميل كبير للإصابة بالتهاب قصبي رئوي لاسيا بعد رشف Aspiration الطعام .

*الحنجرة :* تشير بحة الصوت وخشونته إلى حدوث تصلب في الحبال الصوتية .

*القلب :* يشاهد تليف عضلي قلبي خلالي منتشر . وتصبح الألياف العضلية لدى المصاب محصورة بحجاب ليفي يعيق الارتخاء الانبساطي وبالتالي يضعف القوة الانقباضية . قد تكون الإصابة القلبية ثانوية نتيجة تليف رئة ( القلب الرئوي Cor Pulmonale ) ، أو بسبب تبدلات وعائية ، أو فرط ضغط الدم ، أو نتيجة لتجمع عدة آليات مرضية مختلفة . وقد يحدث التهاب تأمور . تشاهد تبدلات بمخطط كهربائية القلب في أكثر من ٥٠٪ من الحالات . ويمكن مشاهدة اضطرابات نظم القلب Arrhythmias ، وتسرع قلب انتيابي ( اشتدادي ) Paroxysmal Tachycardia ، وإحصار قلب جزئي أو تام ، ورجفان أذيني ، وقصور قلب معند على الدجتلة .

*الكلى :* تتوضح التبدلات الكلوية بعد تشريح الجثث أكثر مما هو عليه الأمر في الفحص السريري ، وتتألف من تليف الشرايين والشرينات داخل الفص ، واحتشاءات صغيرة ، وضمور النُبيبات ، وحدوث الكلية الضامرة . والعلامة السريرية الأولى للإصابة الكلوية هي البيلة البروتينية ، ثم تليها اضطرابات في التصفية . ويظهر في الطور النهائي قصور مترقٍ مع فرط ضغط دم خبيث . وتعد الإصابة الكلوية سبباً في وفاة حوالي ٥٠٪ من مرضى تصلب الجلد المجموعي المترقي .

*العيون :* يمكن للساد أن يكون من العلامات المبكرة للمرض .

*الأسنان :* قد يؤثر تصلب النسيج الضام حول السن في العظام ( صور الأشعة السينية ) ويؤدي إلى فقد الأسنان .

*الجهاز الحركي Locomotor Apparatus :* من خلال تصوير الهيكل ( العظمي ) بالأشعة السينية يشاهد حل العظم الارتشافي Resorptive Osteolysis ، وتبكل العظام Osteopoikilosis ، وتخلخل العظام Osteoporosis ، وفراغات كيسية لاسيا في السلاميات الأخيرة لأصابع اليدين والقدمين . ويوجد ألم مفاصل بنسبة ٢٥٪ - ٥٠٪ ، والتهاب الوتر والغمد بنسبة حوالي ٢٥٪ ، وتكون غالباً دون وذمة .

*العضل :* قد يصاب العضل ، فيشاهد ضعف وألم والتهاب عضل مُثبت بالفحص النسيجي ، والإنظيم ( الخمائر ) الكيميائي الحيوي ، ومخطط كهربائية العضل . وفي الحالات الوخيمة يجب التفريق عن التهاب الجلد والعضل ، أو عن متلازمة التراكب Overlap Syndrome . وقد يشاهد ضمور عضل شديد ثانوي تحت الجلد المتصلب ناجم عن المفاصل الثابتة .

*الكُلاس (Calcinosis) :* من الشائع في تصلب الجلد المجموعي المترقي مشاهدة رواسب كلسية خلالية وتحت الجلد . يغلب حدوثها عند النساء بنسبة (١٠:١) . وتتوضع على وسادات الأصابع Finger Pads حيث يتم بثق ( طرح ) كتل كلسية سهلة التفتت . كما تشاهد بشكل أقل رواسب كلسية عقيدية خشنة تتوضع في منطقة الورك ، وفوق العمود الفقري ، وعلى المرفقين ، والركبتين ، والقدمين ، وأماكن أخرى . يوجد شكل مختلف من تصلب الجلد المجموعي المترقي يترافق بكُلاس شديد يدعى متلازمة ثايبيرج - وايسنباخ . أما متلازمة وينتربوير (١٩٦٤) أو ( العرف Crest ) فهي عبارة عن اجتماع الكُلاس ومتلازمة رينو مع تقرح وتصلب الأصابع

وتوسع الشعيريات، وتشاهد فيه أضداد مضادة للقسيم المركزي Anticentromere Antibodies . وعند إصابة المريء يستعمل اصطلاح متلازمة كريست CREST Syndrome .

**الموجودات المخبرية** : غير نوعية وتعتمد على حدة الالتهاب ومدى إصابة الأعضاء .

*علامات الالتهاب* : ارتفاع سرعة التثفل ESR ، وخلل بروتين الدم ونقص البومين الدم ، وزيادة نسبية في الغاما غلوبولين (γ) . وغالباً ما يشاهد في الرحلان المناعي زيادة في الغلوبولينات المناعية IgG و IgM . ويشاهد أيضاً بروتين C المتفاعل c – Reactive Protein . وقد تشاهد كثرة الكريات البيض مع كثرة الحمضات أو كثرة العدلات Neutrophilia .

*معالم المناعية Immunological Parameters* : تكون أضداد مضادة للنوى (ANAs) إيجابية في أكثر من ٩٠٪ من الحالات المنتشرة وفي غالبية حالات تصلب جلد الأطراف ( النهايات ) . وبغض النظر عن الصورة السريرية ، تبدي العيارات (Titers) اختلافات واسعة وترابطاً طفيفاً في النشاط السريري . ويظهر التألق المناعي اللامباشر (IIF) نموذجاً نُوَيياً Nucleolar Pattern ، أما في تصلب جلد الأطراف مع متلازمة كريست فيشاهد نموذج القسيم المركزي Centromere Pattern . وقد يشاهد في حالات كثيرة نموذج المنقط Speckled Pattern . تكون العوامل الرثيانية إيجابية لدى ٢٠٪ – ٣٥٪ من المرضى . وتشاهد نتائج إيجابية كاذبة في حوالي ٥٪ من الفحوص المصلية الإفرنجية اللاالوبية . وتشاهد راصات البرد غالباً في (٢٥٪) ، أما الغلوبلينات القَرِّية Cryoglobulins فتكون نادرة . تشاهد أضداد مضادة لـ (Scl – 70) لدى حوالي ٣٠٪ من المرضى لاسيا من ذوي النمط (II PSS) حيث تصاب الأعضاء ، ويمكن كشفها باختبار الانتشار المناعي Immunodiffusion للأضداد النووية القابلة للاستخلاص (ENA) . وتبدي الخزعة المأخوذة من الجلد انصباب متفاعلات مناعية Immune Reactants في الجلد بواسطة التألق المناعي المباشر . ( راجع الشكلين ١٨ – ٣٤ و ١٨ – ٣٥ ) .

*مؤشرات إصابة الأعضاء* : إن زيادة النشاط النوعي لناقلة الأمين (Transaminase) ، والألدولاز ، والكرياتين فوسفوكيناز ، مع وجود الأعراض السريرية تشير إلى إصابة العضل . وتشاهد اليوريمية ( الانسمام البولي ) Uremia في طور المرض الأخير مترافقة مع مظاهر القصور الكلوي . ويشاهد أحياناً فقر دم (٢٥٪) كنتيجة لسوء الامتصاص Malabsorption وللنزوف المعدية – المعوية ، أو بسبب القصور الكلوي .

**التشريح المرضي النسجي** : التشريح المرضي النسيجي للجلد في هذا المرض يوافق الصورة الموصوفة لتصلب الجلد الموضعي . قد تبدأ التغيرات التصلبية في حواجز النسيج الضام الموجود في النسيج الشحمي تحت الجلد .

**السير والإنذار** : لا يمكن التنبؤ بسير المرض للحالات الإفرادية ، إلا أن سير المرض في تصلب جلد الأطراف ( النمط I ) أفضل منه في تصلب الجلد المنتشر ( النمط III ) . ففي الشكل المنتشر قد يأخذ المرض طريقاً خاطفاً التهابياً يقود إلى الموت خلال أشهر قليلة بسبب قصور قلبي أو كلوي .

وبشكل عام ، يكون سير المرض لدى الرجال أسوأ منه لدى النساء ، ويمتد لفترة تتراوح بين ٥ – ٢٠ سنة دون أي ميل للشفاء التلقائي . ويحاط الجسم تدريجياً بجلد متصلب يشبه المدرع ويترافق مع دنف متزايد . ينجم الموت عن التهاب قصبات ورئة ، أو عن قصور قلبي أو رئوي أو كلوي . وقد يترافق مع فرط ضغط دم خبيث ، ويشاهد أحياناً انثقاباً في السبيل المعدي – المعوي ، ويندر حدوث هدأة تلقائية للمرض .

**التشخيص** : أهم العوامل المساعدة في وضع التشخيص هي القصة المرضية ، وتقصي تفاصيل أعراض رينو ، والصورة السريرية ( الإصابة الطرفية ، الوجه ، لجام اللسان ) ، وأضداد النوى ، والفحص النسجي ، ومختلف الوسائل المستعملة في تشخيص إصابات الأعضاء ( الأشعة السينية للصدر ، وفحوص وظائف الرئة ، والأشعة السينية للمريء ، ومخطط كهربائية القلب ) . ومن الفحوص المهمة ، خزعة الجلد ، وفحوص التألق المناعي .

**التشخيص التفريقي** : تكون الصورة السريرية في الحالات الواضحة حاسمة ، وتجرى الفحوص التشخيصية لكشف مدى إصابة مختلف الأعضاء . إذا كان بدء المرض حاداً فيجب التفكير بالتهاب العضل والجلد ، والذأب الحمامي المجموعي ، ومتلازمات التراكب . وكذلك يجب التفريق عن القشيعة المعممة ، وعن إمكانية وجود شكل عابر ( متحول ) . ومن المهم نفي حالات تصلب الجلد الكاذب .

**المعالجة** : يصعب تقيم نتائج المعالجة بشكل موضوعي بسبب عدم إمكانية التنبؤ بسير المرض وغياب المعالم التي يُعتد بها . لا تعرف معالجة مؤثرة ، كما أن البحث عن معالجات نوعية أضحت صعبة بسبب غموض سببيات الإمراض والافتقار لطراز حيواني للأبحاث .

*معالجة الأشكال الالتهابية :* تستعمل الستيرويدات بجرعات معتدلة ( ٤٠ ملغ بردنيزون كل يومين ) ، ويوصى أيضاً باستعمال مضادات الالتهاب كالإندوميتاسين ، وموقفات النمو الخلوي Cytostatics مثل ( ازاثيوبرين ١٠٠ – ١٥٠ ملغ يومياً ، سيكلوفوسفاميد ١٠٠ – ٢٠٠ ملغ يومياً أو كلورامبسيل ٤ ملغ يومياً ) . كما يوصى بالبنيسيلامين – د الذي قد يوقف المرض في بادية الأشكال الالتهابية ( يعطى بالتدريج ثم بجرعة عالية حتى ١,٨ – ٣,٦ غ يومياً ) . تكون نسبة حدوث التأثيرات الجانبية عالية ، حيث يشاهد من بين التأثيرات الجانبية الأخرى : طفحيات Exanthemas نزفية ، وفقاع ، وتغيرات دموية ، وتأذي كلوي وغثيان . وغالباً ما تستعمل جرعات أقل من ٢٥٠ – ٥٠٠ ملغ يومياً لمدة ٢ – ٣ سنوات . ومن الآليات الممكنة لعمل هذه المادة هي : تثبيط التركيب الحيوي للكلاجين من خلال نزع الشوارد المعدنية الضرورية للتفاعلات الإنظمية ( تكون الخالبة Chelate Formation ، أو تثبيط إطلاق الكلاجين ، وتثبيط الارتباط التصالبي للجزيئات الكلاجينية . وإن تسريب Infusion البنيسيلين يكون أحسن تحملاً ( ١٠ – ٢٠ × ١٠^٦ IU يومياً لفترات كل منها ٣ أسابيع ) ويحدث التأثير من خلال ناتج التدرك Degredation وهو البنيسيلامين .

*معالجة الأشكال الوعائية :* ينصح أولاً باستعمال الأدوية الفعالة في الأوعية ( ريزربين ، بنتوكسيفيللين ) والتي تؤثر في خواص جريان الدم ( الدكستران ذو الوزن الجزيئي المنخفض ) ومثبطات تكدس الصفيحات كالأسبرين . شوهدت نتائج مشجعة في أعراض رينو باستعمال ضادات Antagonists الكلس ( نيفيديبين ، فيراباميل ) ، ويفيد استعمال عوامل إحصار مستقبلات ألفا مثل فينوكسي بنزامين ١٠ ملغ يومياً يُزاد حتى حدود التحمل .

*المعالجة الفيزيائية :* تمارين الحركة مفيدة جداً لتحسين عمل المفاصل ( كرة مطاطية ، تدليك الجسم ) وكذلك التدليك الخفيف للنسيج الضام ، والتدليك تحت الماء . ويجب أن تستعمل يومياً الحمامات الدافئة وحمامات البارافين وكمادات الوحل Mud Packs . هذا وإن التمارين التنفسية ضرورية في المرحلة الثانية للمرض .

*المعالجة العامة :* في حال حدوث تغيرات في المريء ( عسر بلع ) ، وتليف رئوي ، يتم تناول الطعام بوجبات صغيرة متكررة والمريض بوضعية الجلوس . يجب أن يكون حجم الطعام كبيراً كي يحرض التمعج . تفيد مضادات الحموضة عند وجود جَزر ( قلس ) Reflux للعصارة المعدية إلى المريء وذلك لمنع حدوث الالتهاب الذي يسبب التضيقات . ويفيد استعمال السيميتيدين أو الرانيتيدين في الليل . وقد يفيد رفع رأس السرير بمقدار ١٥ سم . وبشكل أساسي يمنع التدخين ويُتقى من البرد ، ويُحتاط من مخاطر الخمج Infection .

*المعالجة الموضعية :* تعالج القرحات وفق الطرق التقليدية بالصادات أو بالمطهرات الموضعية وبالمستحضرات التي تحرض على التحبب Granulation والتظهرن Epithelialization . وقد تفيد المراهم مع النيتروغليسيرين المنشطة للدوران .

ويمكن ، شخصانياً على الأقل ، تحمل المراهم الحاوية على الهيبارين ومثيلاته Heparinoids ، ويمكن أيضاً التفكير باستعمال الستيروئيدات .

## تصلبات الجلد الكاذبة

## Pseudosclerodermas :

تصلبات الجلد الكاذبة عبارة عن أمراض ذات شكل سريري يُذكرنا بتصلبات الجلد ، إلا أنها تنتمي إلى تصانيف أخرى ذات سببيات وإمراض مختلف . وتلخص بالجدول التالي :

**الجدول ١٨ – ٧** : تصلبات الجلد الكاذبة

١ – **متلازمة ولادية :**
**متلازمة ويرنر** Werner Syndrome

٢ – *أمراض الترسيب Deposition Diseases :*
الداء النشواني Amyloidosis
الوذمة الصلبة لدى البالغين Scleredema Adultorum
تصلب الوذمة المخاطية Scleromyxedema

٣ – *الاضطرابات الاستقلابية :*
البرفيرية الجلدية الآجلة
بيلة الفينل كيتون
داء خزن الغليكوجين

٤ – *القصور الوريدي المزمن :*
تصلب جلد الأطراف السفلية

٥ – *العوامل الخارجية المنشأ Exogenous Factors :*
السُحار السيليسي Silicosis
داء كلور الفنيل
داء تري كلور الايثيلين

٦ – *المتلازمات المواكبة للورم Paraneoplastic Syndromes :*
السرطانة (carcinoma) غالباً قصبية

ورم مُصَّوريات Plasmocytoma
سرطوي النقيلي Metastatic Carcinoid
ـ داء طعم ـ ضد ـ الثوي : Graft – Versus – Host
ـ ضوء نسيج الضام :
ـب الحمامي
التهاب الجلد والعضل

---

## التهاب اللفافات الحمضي ( Shulman ١٩٧٤ ) : Eosinophilic Fasciitis

مرادفات : التهاب اللفافات المنتشر مع كثرة الحمضات ، متلازمة شولمان Shulman .

**التعريف** : يتصف بوجود أعراض مركبة مع تغيرات جلدية شبيهة بتصلب الجلد ، وغياب ظاهرة رينو ، وكثرة الحمضات في الدم ، وارتفاع سرعة التثفل (ESR) ، وفرط غاما ـ غلوبلين الدم ، ومستويات عالية لمركبات مناعية تجول في الدم . يحتمل أن لا يكون هذا الداء مرضاً مستقلاً وإنما هو شكل مختلف لتصلب جلد موضعي أو منتشر .

**الحدوث** : نادر .

**السببيات** : مجهولة . تشير القصة المرضية إلى وجود رضح موضعي أو فرط إجهاد جسدي سابق لحدوث المرض .

**الموجودات السريرية** : يمكن لهذا المرض الذي يذكّر بتصلب الجلد لدى البالغين أن يحدث في أي سن ، ولكنه يشاهد عادة لدى البالغين في سن الكهولة . يشاهد حدوث جسوء سريع التشكل ذي شكل تصلبي جلدي ، وقوام كالعجين ودون أية أعراض لرينو ، تتوضع عادة على الأطراف وبشكل أقل على الجذع أو الوجه . ويصبح الجلد قاسياً ، متجعداً ، وملتصقاً بإحكام بالبنية التي تحته ، لذلك قد تظهر تقفعات Contractures في أسابيع قليلة . ولا يشاهد تصلب في الأعضاء الداخلية ، غير أنه قد تحدث بعض الحالات المشتركة بشكل نادر .

تُبدي الفحوص المخبرية كثرة الحمضات الدموية ( حتى ٥٠٪ ) وارتفاع تثفل الكريات الحمر (ESR) وفرط الغاما ـ غلوبلين الدموي ، قد تكون الأضداد المضادة للنوى إيجابية . ويشاهد كل من كثرة المصوريات Plasmacytosis وكثرة الحمضات في نقي العظم .

**التشريح المرضي النسيجي** : يشاهد ثخانة ليفية في اللفافات العميقة بين النسيج الشحمي والعضل . يرافق ضخامة الحزم الكلاجينية رشاحة حول الأوعية أو رشاحة بقعية تتكون من خلايا المصوريات واللمفاويات . لا تشاهد دائماً كثرة الحمضات النسيجية إلا أنها تكون ملفتة للنظر أحياناً . ويشاهد بالتألق المناعي المباشر وعاء ، وغشاء قاعدي ، أو متفاعلات مناعية Immuno Reactants منتشرة .

**السير والإنذار** : يأخذ الداء سيراً مزمناً ، وقد يهجع تلقائياً . ويتجاوب بشكل جيد للستيروئيدات القشرية السكرية . وقد ذُكر حدوث حالات مع ابيضاض دم .

**المعالجة** : تستعمل الستيروئيدات القشرية السكرية بمقادير معتدلة ( حوالي ٦٠ ملغ معادل بريدنيزون يومياً ) مع إنقاص الجرعة ببطء شديد . ويجب استعمال الحرارة والتدليك يومياً .

## الوذمة الصلبة لدى البالغين ( بوشكي ١٩٠٠ ) : Scleredema Adultorum

*المرادفات* : الوذمة الصلبة ، وذمة بوشكي الصلبة ، تصلب الجلد الوذمي ( هاردي ١٨٧٧ ) .

**التعريف** : عبارة عن جسوءات ( صلابات ) جلدية قاسية منتشرة تالية لأمراض خمجية ، تنجم عن ترسبات جلدية وتحت الجلد لعديد السكريدات المخاطي Mucopolysaccharides مع تراجع تلقائي تالٍ .

**الحدوث** : نادر ، ويصيب الإناث بشكل رئيسي . وقد يحدث في أي مجموعة من الأعمار ، ولكن وبما أن الأطفال لغاية سن العشر سنوات كثيراً ما يصابون بالمرض ( ٢٩٪ من الحالات ) ، كما يصاب به البالغون أيضاً ، فإن إطلاق تسمية ( الوذمة الصلبة لدى البالغين ) على هذا الداء ليس دقيقاً .

**السببيات والإمراض** : الأسباب مجهولة ، إلا أن الملفت للانتباه هو بداية ظهور المرض بعد داء خمجي حاد عند البالغين الشباب لاسيما أخماج العقديات ( الذُباح Angina ، والقوباء Impetigo ، والحُمرة Erysipelas ، والحمى القرمزية Scarlatina ) ، وكذلك في النزلة الوافدة ، والحصبة ، وذات الرئة . ومن الملفت للنظر ، ظهور المرض عند مصابين بالداء السكري من متوسطي العمر . يشك بعلاقة الرضح الآلي ( الحوادث ) بالحث على ظهور المرض . تنجم جسؤات الجلد عن رواسب كبيرة لحمض عديد السكريدات المخاطي من نمط الحمض الهيالوروني ( أو غلوكوزامينوغليكان Glucosaminoglycans ) في الأدمة . شوهد لدى عدد قليل من المرضى اعتلال غامي وحيد النسيلة Monoclonal Gammopathy ( $IgG_2-k$ ، $IgG_3-k$ ، $IgG_1-\lambda$ ) دون وجود نقيوم متعدد Multiple Myeloma .

**الموجودات السريرية** : يصاب بسرعة الوجه ، وقفا الرقبة والجذع وتمتد الآفة للذراعين ، غير أن الساقين كثيراً ما تنجو

من الإصابة . يظهر انتفاخ وذمي شديد القساوة فوق مناطق جلدية تبدو شاحبة مع أن لونها لم يتغير . يظهر الجلد وكأنه دولاب مطاطي منفوخ ، فهو قاس لا يمكن بعجه ولا يمكن رفعه كطيات ، وبسبب هذا الاتساع الجلدي البالوني الشكل ، يشعر المرضى بالاختناق في منطقة العنق وقد يعانون من ضيق النفس . تتحدد حركة الذراعين وتشاهد بوضعية الانثناء بعيدة عن الجسم . وتبقى حركة اليدين حرة .

**الموجودات المجموعية** : لا توجد أية موجودات مجموعية عادة ، عدا بعض الاستثناءات النادرة ، قد يصاب اللسان ( جسؤ ) والمريء ( عسرة بلع ) والتأمور والمفاصل والجَنَبة pleura ( التهاب المصلية serositis ) ، وعضل القلب ، وعضل الهيكل ( مخطط كهربائية القلب ، مخطط كهربائية العضل ، خزعة العضل ) .

**الموجودات المخبرية** : قد يشاهد ارتفاع في تثفل الكريات الحمر ، وتغيرات لانوعية في البروتينات المصلية ، وارتفاع في عيار مضاد الحالة العقدية Antistreptolysin .

**التشريح المرضي النسيجي** : تبتعد الألياف الكلاجينية المتورمة والمنتفخة الموجودة في الأدمة وتحت الجلد عن بعضها البعض بواسطة عديدات السكريدات المخاطية الحمضية وبشكل خاص حمض الهيالوروني والذي يأخذ صباغاً متبدل التلون (Metachromatic) . تشاهد حول الأوعية رشاحات مكونة من خلايا لمفاوية ، ومصوريات والعديد من الخلايا البدينة Mast cells ، ويبقى النسيج المرن سليماً .

**السير** : قد تستمر الحالة لبضعة أشهر ثم يطرأ تحسن على العديد من الحالات ، وأخيراً يتراجع المرض دون عقابيل .

**التشخيص التفريقي** : لا يحدث خطأ في تشخيص الحالات النموذجية . وأحياناً ، يصعب التفريق عن تصلب الجلد المجموعي المترقي في طوره الوذمي ، إلا أن تصلب الجلد في هذا المرض الأخير يكون لا عكوساً . تغيب ظاهرة رينو دوماً في الوذمة التصلبية ، كما تغيب اضطرابات التصبغ . ويجب التفكير أيضاً بالتهاب اللفافات الحمضي .

**المعالجة** : لا توجد معالجة مؤثرة . يوصي باستعمال البنيسيللين كما في تصلب الجلد المجموعي المترقي ، أو باستعمال الصادات ذات الطيف الواسع . ويجب التخلص من بؤر الخمج .

يجرب استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية ( ١٠ – ٤٠ ملغ بريدنيزون باليوم أو جرعات مساوية من مستحضرات أخرى مناسبة ) ، بالإضافة للتدليك والحمامات .

### الصلدمة عند الوليد ( سوتمان ١٨٩٩ ) Sclerema Neonatorum :

*المرادفات* : الصلدمة الوذمية عند الوليد .

**التعريف** :تورم منتشر في الجلد يصيب المضعفين من حديثي الولادة ويكون كالمعجون . أو يكون ذا قوام قاسٍ .

**الحدوث** : يصاب عادة الأطفال الخدج ، كما يصاب أيضاً حديثي الولادة المضعفين أو الذين يعانون من أمراض خمجية كالإفرنجي الولادي .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض في اليوم الثاني وحتى الرابع بعد الولادة ونادراً ما يكون بعد ذلك . يظهر تورم في الجلد ، وتحت الجلد ، منتشر ، وذمي ، جاسيء ، في الطرفين السفليين ويرتفع نحو الأعلى إلى الجذع . ولا تصاب مناطق الأعضاء التناسلية ولا المناطق الكعبية (Malleolar) . يترواح لون الجلد بين الأحمر المزرق والأبيض المصفر .

**الأعراض العامة** : تتأثر الوظائف التنفسية والدورانية .

**التشريح المرضي النسجي** : قد تشاهد في الأدمة وذمة مخاطانية Mucoid بين الليفات ، ويكون النسيج الشحمي تحت الجلد سوياً ، إنما يشاهد تسمك في الحاجز الليفي .

**السير** : إن الحالات التي يحدث فيها تراجع للمرض قليلة ، كما وأن حدوث النوبات Seizures والوسن تشير إلى نتائج مميتة قادمة .

**التشخيص التفريقي** : يصعب التفريق عن الصلدمة الشحمية الوليدية ، إلا أن الرصعة (Dimple) بعد الضغط على الجلد تستمر مشاهدتها لفترة في الصلدمة الوذمية ، ولا يحدث في هذا المرض الأخير تغيرات في النسيج الشحمي .

**المعالجة** : يمكن أن يكون للستيروئيدات القشرية السكرية إلى جانب الصادات تأثير منقذ للحياة .

## الذأب الحمامي Lupus Erythematosus :

( كازينيف وشيدل ١٨٣٨ ، كابوسي ١٨٧٢ ، أوسلر ١٨٩٥ ، ليبان وساكس ١٩٢٣ )

*المرادفات* : LE ، الذأب الحمامي (Lupus Erythematodes) ( جيرمان ) .

يوجد تحت هذا الاسم عدد من الأشكال المختلفة مجهولة

ـيات . ومن المحتمل أن تكون جميع هذه الأشكال جزءاً من طيف مرضي واحد ، لكنها تُفرق عن بعضها بالأعراض ، والسير والإنذار . يشاهد العديد من الملامح المشتركة في الموجودات السريرية ، والموجودات المخبرية ، وأيضاً أشكالاً متوسطة وأخرى انتقالية ، مما يشير إلى أنها تنتمي إلى بعضها بعضاً . ومع أن هذه المجموعة من الأمراض تتميز بمظاهر مختلفة من التمنيع الذاتي ، إلا أن أسبابها وأهمية سببياتها لم تتوضح بعد . سوف تشاهد تفاصيل أكثر حين الورود على وصف الشكل المجموعي للمرض . إن الشكلين الرئيسين المشهورين للذأب الحمامي هما :

- الذأب الحمامي الجلدي (CLE) .
- الذأب الحمامي المجموعي (SLE) .

يبدو أن هذا التصنيف مصطنع ، لأن الانتقال قد يحدث من الشكل الجلدي إلى الشكل المجموعي .

## الذأب الحمامي الجلدي (CLE) : Cutaneous Lupus Erythematosus

المرادفات : الذأب الحمامي اللحافي (Lupus Erythematosus Integumentalis) .

تشاهد في هذه الأشكال من الذأب الحمامي الجلدي تغيرات جلدية ذات سير مزمن ولا تصاب الأحشاء . قد تشاهد شذوذات مخبرية دموية ومصلية . ( راجع الشكل ١٨ – ٣٦ ) .

## الذأب الحمامي القريصي (DEL) : Discoid Lupus Erythematosus

مرادفات : الذأب الحمامي القريصي المزمن ، الذأب الحمامي الجلدي المزمن .

**التعريف** : هو جلاد التهابي ذو سير مزمن ويتوضع غالباً على الوجه . من المحتمل أن يكون ظهوره ناجماً عن حدثيات من التمنيع الذاتي تؤدي إلى حدوث آفات محددة ، وحمامى متقرنة تشفى مخلفة ندبات ضمورية .

**الحدوث** : هو الشكل الأكثر شيوعاً من بين جميع الأشكال الجلدية . وعلى الرغم من ندرة حدوث المرض إلا أنه يشاهد باستمرار بسبب سيره المزمن والمعالجة المديدة التي يتطلبها . يصاب بهذا المرض الشباب البالغين غالباً ، حيث يبدأ ظهوره في سن ٢٠ – ٤٠ سنة ، وتصاب جميع السلالات ، ويغلب حدوث لدى النساء وبمعدل ٣ : ١ – ٣ : ٢ ، كما شوهد حدوث المرض في بعض العائلات . ومن المشاهدات المثيرة ، كشف إمكانية تحريض ظهور العلامات الجلدية للمرض وزيادة شدتها عند التعرض للأشعة فوق البنفسجية ( UVA و/أو UVB ) ، وكذلك التعرض للبرد ، أو التأثر بالأدوية .

**السببيات** : مجهولة . ويحتمل أنه مرض منيع للذات Autoimmune حيث يؤدي وجود عيب وراثي محدد إلى تركيب أضداد ذاتية تكون محصرة Blocked في الحالات السوية . وإلى جانب التأهب الوراثي ، ولكي تظهر الإصابة ، لابد من وجود عوامل أخرى خارجية كالرضح الآلي ، والكرب stress ، والضوء والبرد ، والأخماج . كما أن تواجد هذه العوامل ضروري لاستمرار الأعراض . ولم تتضح أهمية البنية الشبيهة بنظير الحمة المخاطية Paramyxovirus والتي تشاهد في البنية المستدقة لخلايا النسيج البطاني والضام في الأدمة . وتوجد زيادة في مستضد هلا HLA – B8 لاسيما لدى النساء فوق سن الأربعين وكذلك في مستضد هلا HLA – DR3 .

**الموجودات السريرية** : يتوضع المرض عادة على الوجه ( الخدود – الجبهة – الأنف ) وغالباً ما يشبه توزعه الفراشة ( ومنها جاءت التسمية : طفح الفراشة Butterfly Rash . قد تشاهد الآفات أيضاً على الأذن ، وفروة الرأس ، أو على الصدر بشكل حرف V ، وتندر الإصابة على بقية الجذع والأطراف ( راجع الشكلين ١٨ – ٣٧ و ١٨ – ٣٨ ) . يبدأ المرض في جهة واحدة أو جهتين بظهور حطاطات أو لويحات ذات قطر أقل من ١ سم ، حمامية مرتفعة محددة بدقة ، ومستمرة ، مع رشاحة واضحة محسوسة . تصبح الآفة على شكل قرص ( قريصي ) بسبب انتشارها نحو المحيط ، وقد تتلاق الآفات مع بعضها . يغطي مركز الآفة وسف Scales أبيض – مصفر شديد الالتصاق ، ويسبب انفصاله القسري عن الجلد بالحك حدوث ألم . وإذا فُصلت صفحة وسفية بواسطة ملقط يشاهد على وجهها الباطن سدادات Plugs تقرانية مدببة ومخروطية ، ناشئة من فتحة الجريب ، وهذا يشير إلى تقران جريبي . وإن هذه الظاهرة المسمارية ( Tack Phenomenon = مسمار صغير مستدق الطرف عريض الرأس ) وصفية في الذأب الحمامي القريصي . تختفي أحياناً المناطق الوسفية ويشاهد فقط فرط التقرن الجريبي الشبيه بالزؤان . من العلامات المهمة في التشخيص فرط الحس في مناطق الآفات . ويسبب تمرير حافة ظفر الأصبع فوق منطقة الآفة ألماً . تنتشر الآفة ببطء من المحيط بينما تتراجع في المركز مخلفة ضموراً في الجلد ، وتصبح المنطقة المركزية شاحبة والجلد ضامراً . ويختفي التقران وكذلك فوهات الجريبات . تشاهد بقع ناقصة التصبغ ، وأخرى مفرطة التصبغ ، وتوسع شعيريات ، مما يعطي مظهراً شبيهاً بتبكل

الجلد . يمكن للضمور اللامنتظم أن يؤدي إلى المظهر المأكول بالديدان Worm – eaten لاسيا في منطقة الأنف والأذن ، وأحيانـاً يحدث جدع Mutilation في ذروة الأنف أو في فصوص الأذن . وتظهر حالة من الثعلبة الكاذبة على فروة الرأس .

**موجودات الغشاء المخاطي** : غالباً ما يتأثر القسم الظاهر من الشفتين Vermilion وتشاهد حمامى دائمة . يظهر تسمك ظهاري رمادي ، وتقران دقيق ، وتآكلات . قد يظهر على الأغشية المخاطية الفموية والتناسلية والشرجية حمامى وذمية واضحة الحدود مع تسمك ظهاري قاتم وآفات مبيضة بقعية أو شبكية وتآكلات مؤلمة أو تقرحات .

**موجودات العين** : في حالات شديدة الندرة تشاهد تغيرات التهابية ، قطنية – صوفية في الأوعية الشبكية ، وقد يشاهد التهاب قرنية والتهاب ملتحمة .

**الموجودات المجموعية** : في ضوء تعريف المرض ، فإن الإصابة المجموعية لا تشكل جزءاً من الصورة السريرية للذأب الحمامي القريصي . وإذا شوهدت مثل هذه العلامات والأعراض فيكون الانتقال إلى الشكل المجموعي (SLE) قد حدث . يشاهد هذا الأمر لدى ١٪ – ٥٪ فقط من حالات الذأب الحمامي القريصي (DLE) ولدى ٢٠٪ – ٤٠٪ من حالات الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد ( SCLE ) .

**الموجودات المخبرية** : تشاهد في حالات متفرقة الأضداد المضادة للنوى ، وقلة الكريات البيض ، وما عدا ذلك فإن الموجودات المخبرية تتطابق مع تلك الموجودة لدى مجموعة المراقبة Control Group . تشاهد لدى ٦٠٪ – ٧٠٪ من المرضى المصابين بالذأب الحمامي المجموعي الجلدي (SCLE) أضداد ضد المستضد الهيولي Ro (SSA) وغالباً ضد المستضد النووي La (SSB) أيضاً . إن هذه الأضداد الذاتية موصوفة في الأساس في متلازمة جوغرن (Sjögren) وتترافق عادة مع مستضد هلا ، من أنماط HLA – B8 و HLA – DR3 .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البشرة ضامرة . يشاهد فرط تقرن سوي OrthohyperKeratosis شديد التراص مع تقران جريبي . ويظهر تنكس فجوي في الخلايا القاعدية . تشاهد ثخانة زجاجية (Hyaline) في الغشاء القاعدي المتفاعل للباس PAS (PAS – Reactive) . وتظهر في أعلى الأدمة وذمة ومخاطين Mucin يتلوها حدوث تصلب . تتوسع الأوعية الدموية واللمفية ، وتشاهد رشاحة كثيفة لمفاوية تحيط بأوعية الضفيرة السطحية والعميقة وبالملحقات أيضاً . وترى ضمن الرشاحة الألياف الكلاجينية والمرنة المتأذية . يشاهد عقيدات لمفية في الشحم الموجود تحت الجلد .

**التشريح المرضي النسجي المناعي ( اختبار شريط الذأب = Lupus Band Test** : يشاهد في الخزعات المأخوذة من الجلد المصاب شريط من ترسبات حبيبية ناعمة أو من ترسبات خشنة تشبه اللويحة مكونة من غلوبلينات مناعية ( على الأغلب IgG وأيضاً IgM و IgA ) بالإضافة إلى المتممة C1, C3 ، والتي يمكن كشفها في منطقة المَوْصل الأدمي – البشروي بواسطة التألق المناعي المباشر (DIF) . تدعى هذه الترسبات شرائط الذأب الحمامي أو شرائط الذأب ، ويدعى الاختبار ، اختبار شريط الذأب . لا تشاهد أية ترسبات في الخزعات المأخوذة من مناطق الجلد السليم غير المعرض لأشعة الشمس . ( راجع الشكل ١٨ – ٣٩ ) .

**السير** : يأخذ المرض سيراً مزمناً يستمر من عدة سنوات إلى عقود .

**الإنذار** : يكون الإنذار جيداً بالنسبة للحياة في الذأب الحمامي القريصي (DLE) ، غير أن حدوث الشفاء صعب . ويتحول حوالي ٥٪ من هذه الحالات إلى ذأب حمامي مجموعي (SLE) خلال ٥ – ٢٠ سنة . ويمكن تحريض سورات Exacerbation حادة أو تحت الحادة للأعراض المجموعية ( حمام شمسي لمدة طويلة ، بعض الأدوية ) ، ووصفت على أنها ذأب حمامي قريصي مع سورات مجموعية .

**المضاعفات** : تشفى الآفات مخلفة ضموراً ، قد يقود حدوثه في المناطق الطرفية ( كالأنف والآذان ) إلى حدوث جدع وخيم : الذأب = الذئب ، ومثاله الحزاز القارض . تؤدي إصابة فروة الرأس إلى حدوث حاصة لاعكوسة في منطقة الآفات المتصلبة – الضامرة . قد تحدث أحياناً قرحة مزمنة بطيئة الشفاء في حال حدوث ضمور واسع . وقد تحدث سرطانة وسفية الخلايا في المناطق المصابة خلال سير المرض .

**التشخيص** : الثلاثي السريري النموذجي للمرض هو تواجد حمامى ، وتقران ، وضمور . بالإضافة لهذا يشاهد فرط حس والظاهرة المسمارية . لتأكيد التشخيص تُجرى فحوص التشريح المرضي النسجي ، واختبار التألق المناعي المباشر DIF ( اختبار شريط الذأب ) . يُجرى اختبار شريط الذأب بشكل خاص ، ويتم التحري عن الأضداد المضادة للنوى لاسيا الأضداد المضادة للدنا DNA الواطن (Native DNA) لنفي الإصابة المجموعية ، كما تفحص سرعة تثفل الكريات الحمر (ESR) ، والمعالم الدموية الأخرى ( في الذأب الحمامي المجموعي تشاهد قلة البيض ، وفقر الدم ، وقلة الصفيحات ) .

**التشخيص التفريقي** : على الأغلب ، تشبه الآفات الذأب

ـتـئـع . لاسيما إذا أمكن رؤية الرشاحة الذأبانية (lupoid) ـحـبة الشفوفية Diascopy ( الذأب الحمامي القريصي ـنـي . أو الذأب الحمامي الذأباني ) . وبالمقابل يحدث أيضاً من شكل الذأب الشائع شكل ذو سطح حمامي – تقراني الذأب الشائع الحمامي ) . قد يصعب تفريق الذأب الحمامي عن العجع الضوئي عديد الأشكال لاسيما الذأب الحمامي المنتبج (LE Tumidus) . وعلى كل ، تتميز هذه الحالات بوجود علاقة دقيقة مع التعرض للضوء ، حيث أنها تغيب في الشتاء ، ولا يحدث ضمور . يظهر العد الوردي (Rosacea) في نفس المنطقة . وأحياناً يكون ذو توسف Scaling ، إلا أن شدته تتفاوت بدرجات كبيرة ، ويقود إلى الضمور بدلاً من . يجب التفكير أيضاً بالإكزيمة المَثِّية Seborrheic Eczema . والصداف الشائع ، والتقران السافع ، وسعفة الوجه Tinea Faciei وسعفة الجسد . وفي الذأب الشَرَثي Chilblain ، يتوجب التفريق عن الغرناوية Sarcoidosis الذأب الشرثي = Lupus Pernio ) وعن الشـرث (perniones) . وفي الذأب الحمامي القريصي الضخامي يجب التفريق عن الغداد اللمفي الجلدي الحميد Lymphoadenosis Cutis Benigna والحبيبوم الوجهي Granuloma Faciale . وفي الذأب الحمامي العميق يجب التفريق عن جميع أنواع التهاب النسيجة الشحمية Paniculitis وعن التهاب الأوعية العقيدي . عندما تظهر الآفات على فروة الرأس يجب التفريق عن حالات الثعلبة الكاذبة . وعندما تتوضع الآفات على الشفة يجب التفريق عن التهاب الشفة السافع ، وكما في الآفات المخاطية يجب التفريق عن خزاز المسطح والطلوان Leukoplakias . ويحسم تشخيص الموجودات التشريحية النسجية المرضية ، والموجودات التشريحية النسجية المناعية المرضية .

**الاتقاء Prophylaxis** : يوصى بالوقاية من الشمس ، وباستعمال دارئات الشمس واسعة الطيف ، وتجنب التعرض للأشعة فوق البنفسجية (UV) الاصطناعية ( علاجياً مثل PUVA ، أو في صالونات دبغ البشرة بالتعرض للأشعة Tanning Salons . يوصى بشكل خاص بلبس ثياب مناسبة ، وتغيير العمل إذا تضمن تعرضاً كبيراً لأشعة الشمس . ويجب الانتباه إلى حالات إثارة المرض بالأدوية .

**المعالجة** :

*جهازية Systemic* : لقد ثبتت فائدة العقاقير المضادة للبرداء ، وبشكل خاص الكلوروكين بجرعات ٢ X ١ مضغوطة ( ٠,٢٥ غ ) يومياً لمدة (١٠) أيام ، ثم تعطى مضغوطة واحدة يومياً حتى يصبح المجموع ( ١٥ غ ) لكل فترة علاجية . يجب تجربة جرعات أخف ، كما يمكن إعادة المعالجة بعد أسابيع قليلة . يستعمل أيضاً مركب سلفات الهيدروكسي كلوروكين بمضغوطات من ٢٠٠ ملغ وبجرعات مماثلة للكلوروكين ، وغالباً ما يكون التحمل أفضل . ويمكن استعمال الكيناكرين ( اتبرين ١٠٠ ملغ ٣ مرات يومياً ) ، وغالباً ما يفيد الجمع بين هذه المركبات بجرعات مخففة . ومن موانع استعمال هذه الأدوية : الحمل ، وأمراض الكبد ، والصداف ( قد تحدث سورة وخيمة ) ، والعوز الوراثي لنازعة هدروجين الغليكوز – ٦ – فوسفات G6PD ( العرض : فقر دم انحلالي ) . من أهم التأثيرات الجانبية : تغيم القرنية ، واعتلال الشبكية ، لهذا يجب إجراء فحص العيون قبل بدء المعالجة وأثناءها وبانتظام . يجب سؤال المريض عن اضطرابات الرؤية ورُهاب الضوء Photophobia . ومن التأثيرات الجانبية النادرة حدوث غثيان ، وفرط تصبغ الأغشية المخاطية والأطراف ، وابيضاض الشعر ، وطفح ظاهر دوائي ، وذُهان Psychoses ووهن العضل ، وقلة الكريات البيض ، وقلة الصفيحات . تكون الاستجابة للمعالجة جيدة في ٧٥٪ من الحالات ، لكن الرجعات Recurrences قد تحدث بعد وقف العلاج . يوصى باستعمال الستيروئيدات إضافة للمعالجات الأخرى أو كبديل عنها في الحالات الاستثنائية فقط ، ويستجيب الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد (SCLE) بسرعة لها . يختلف الوضع في سورات الشكل المجموعي الحادة ، فيستدعي ذلك الاستعانة بكابتات المناعة ( أزاثيوبرين ١٠٠ – ١٥٠ ملغ/ يومياً ) ، وبموقفات النمو الخلوي Cytostatics ( سيكلوفوسفاميد ٥٠ – ٢٠٠ ملغ/ يومياً ) وذلك في الحالات الوخيمة التي لا تستجيب للعلاج ، كما يستعمل ( التاليدوميد ) بحذر شديد .

قد يفيد استعمال الدابسون ٥٠ – ٢٠٠ ملغ/ يومياً في الحالات الشروية والحويصلية والمنتثرة من الذأب الحمامي القريصي . ظهرت حديثاً فائدة المعالجة بالرتينوئيدات Retinoid والاتريتينات Etretinate أو اتريتين .

*المعالجة الموضعية* : تفيد المعالجة الموضعية في الآفات الصغيرة . يفيد الحقن الموضعي داخل منطقة الإصابة بمعلق بلوري ممدد من الستيروئيدات ( تريامسينولون اسيتونيد ١٠ ملغ ممزوجة بمخدر موضعي ١ : ٣ – ١ : ٥ ) . كما يفيد التطبيق الموضعي للمراهم الستيروئيدية تحت الضماد الكتيم . بالنسبة لآفات الوجه ، يمكن صنع أقنعة لدائنية أو يمكن قصها من صفيحة . ومن الضروري استعمال دارئات الشمس واسعة الطيف أثناء النهار ( UVB + UVA ) إضافة للمعالجات السابقة . كما ثبتت فائدة المعالجة القرية السطحية بالثلج الفحمي مع الأسيتون أو

بالأزوت السائل . وبما أن للبرد تأثير مؤكد في السورات المرضية فينصح بمعالجة زُراق الأطراف ( النهايات ) Acrocyanosis بمراهم النيترو أو مراهم السليسيلات .

### الأشكال الخاصة Special Forms :

### الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد (SCLE) ( سنتايمر وزملاؤه ١٩٧٩ ) Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus :

*المرادفات :* الذأب الحمامي المزمن المنتشر السطحي ، الذأب الحمامي المنتشر .

تغلب إصابة النساء الشابات بهذا المرض ، ويترافق بشكل كبير مع مستضد هلا HLA – B8 و HLA – DR3 . تشاهد عدة آفات وغالباً في الجانبين . تكون العلامات السريرية – الشكليائية (Morphological) واضحة الحدود ، فهي آفات حمامية مرتفعة بقدّ ٠,٥ إلى ٢ أو ٣ سم ، وشكلها إما حلقي أو مفتول ، مستدير ، أو بيضوي ، مع أو دون وسف نخالي الشكل ، ويكون ملتصقاً أو غير ملتصق ، إلا أنه يخلو من ظاهرة المسمار Tack Phenomena . وغالباً ما يشاهد فرط حس . تميل الآفات للظهور في المناطق المكشوفة من أعلى الصدر والظهر وعلى السطح الباسط للذراعين والوجه والفروة . يفرق هذا المرض عن الصداف الشائع ، والإكزيمة المثية Seborrheice . ويكون سير المرض مزمناً ، وقد تحدث سورات مع مظاهر لإصابة حشوية . ويظهر في معظم الحالات ، عند تراجع المرض ، ضمور سطحي مع غياب التصبغ . يمكن أن تظهر حاصة دائمة على الفروة ( ثعلبة كاذبة ). ويلفت النظر وجود الأضداد المضادة للنوى في المصل لدى ٧٠٪ – ٨٠٪ من مرضى (SCLE) . وتشاهد أضداد مضادة للمستضد الهيولي Ro/SSA لدى أكثر من ٦٠٪ . كما تشاهد معقدات مناعية جوالة في الدم . وقد تتواجد حساسية مفرطة للضوء . ( راجع الشكلين ١٨ – ٤٠ و ١٨ – ٤١ ) .

### الذأب الحمامي المنتبج Lupus Erythematosus Tumidus :

لهذه الحالات النادرة جداً من الذأب الحمامي القريصي (DLE) رشاحة التهابية كبيرة تتسبب في ارتفاع الآفة كالورم فوق الجلد . التشخيص التفريقي الرئيسي هو التفريق عن الاندفاعات الضوئية عديدة الأشكال ، وعن اللمفوم الكاذب Pseudolymphoma .

### الذأب الحمامي العميق Lupus Erythematosus Profundus : ( Kaposi ١٨٨٣ ، Irgang ١٩٤٠ )

*المرادفات :* التهاب السبلة الشحمية الذأبي .

يمكن في حالات نادرة مشاهدة عقيدات مؤلمة إلى جانب الآفات النموذجية من الذأب الحمامي القريصي (DLE) تمتد بعمق تحت الجلد ، ولها سطح التهابي – محمر ، قد يتقرح أحياناً ، ثم تشفى مخلفة ندبة منخفضة . تتوضع الآفات على الوجه ، الأكتاف ، الإليتين ، والفخذين . شوهدت حالات ترافقت بسورات مع إصابات حشوية أدت لحدوث الوفاة . يفرق هذا المرض عن الأشكال الأخرى لالتهاب السبلة الشحمية وعن اللمفوم الخبيث . ( راجع الشكل ١٨ – ٤٢ ) .

### الذأب الحمامي الضخامي والعميق Lupus Erythematosus Hypertrophicus et Profoundus : ( بهجت Behçet 1942 )

قد يكون هذا الداء نوع نادر جداً من الذأب الحمامي العميق . تشاهد كنتيجة للرشاحة اللمفاوية الجسيمة آفات ورمية الشكل ذات لون مزرق إلى أحمر فاتح ، تتوضع غالباً على الوجه ، ويلاحظ على سطحها وجود مسامات كبيرة أو أنها مغطاة بالتقران . يفرق هذا المرض عن الغداد اللمفي الجلدي السليم ( اللمفوم الكاذب ) ، وعن اللمفوم الجلدي ، والغرناوية العقيدية . سير المرض مزمن ، ولا تحدث سورات أو إصابات حشوية .

### الذأب الشرثي Chilblain Lupus :

غالباً ما يكون هذا المرض علامة واحدة فقط للذأب الحمامي القريصي (DLE) . يظهر لدى مرضى مصابين بزراق الأطراف عقيدات كبيرة محددة بلون أزرق – محمر ، وتكون مسطحة مع تقران خفيف شديد الالتصاق ، وفرط حس ، وتتوضع على مناطق الجلد المعرضة للبرد . وتفضل ظهر وحواف اليدين والقدمين ، والأنف والأذنين . يوجد ميل خفيف لانحسار المرض عن المركز ، لا تصاب الأغشية المخاطية عادة . ويفرق هذا المرض عن الحزاز المسطح وعن الغرناوية ( راجع الشكل ١٨ – ٤٣ ) .

## الذأب الحمامي المجموعي (SLE) Systemic Lupus Erythematosus :

*المرادفات :* الذأب الحمامي الحشوي ، الذأب الحمامي اللحافي والحشوي .

**تعريف** : مرض مجموعي التهابي ، يصيب النسيج الضام ذي ...وعية . سببيته مجهولة ، وهو قاتل إذا لم يعالج ، مع احتمال إصابة جميع الأجهزة . ويتميز بحدوث عدد كبير من الأضداد ...تية مختلفة واحتمل أن تكون لها علاقة بالإمراض .

**حدوث** : يحدث المرض في جميع المناطق الجغرافية ولدى جميع السلالات ويغلب لدى السود أكثر من البيض ، ويظهر لدى الشباب البالغين ( حوالي سن ٣٠ سنة ) . ومن النادر إصابة الأطفال أو الكهول . نسبة حدوثه عند النساء مقارنة مع الرجال هي ٨ : ١ . وبسبب تكرر حدوثه لدى بعض العائلات . فمن المحتمل أن يكون للعوامل الوراثية دور فيه . يوجد المستضد هلا HLA – B8 بنسب عالية لدى النساء المصابات بذأب حمامي مجموعي (SLE) . أما لدى السود فيترافق مع HLA – A1 . كما يترافق أيضاً مع HLA – B5 و HLA – DR3 . ومن العوامل الخارجية المنشأ المسرعة في ظهور الإصابة : الأشعة فوق البنفسجية ( UVA و UVB ) ، والأدوية ، والحمل ، والرضح ، والكرب النفسي .

**جدول ١٨ ـ ٨** : الأدوية التي تحرض على ظهور الذأب المجموعي (SLE) أو ظهور متلازمة شبيهة بهذا الذأب

| | | |
|---|---|---|
| كوتريموكزازول | ميثيل ثيوراسيل | بروكائين أميد |
| أملاح الذهب | نيتروفورادانتين | كينيدين |
| غريزوفولفين | حبوب منع الحمل | ريزربين |
| مشتقات الهيدانتوئين | حمض بارا أمينوساليسيلك | ستربتومايسين |
| هيدرالازين | بنيسيلامين | سولفاسالازين |
| إيزونيازيد | بنيسيلينات | سلفوناميدات |
| ييود | فينوثيازينات | تتراسكلينات |
| ميثيل دوبا | فينيل بوتازون | |

**الإمراض** : لا يزال مجهولاً ، ومع ذلك توجد دلائل بأن التأثرات بين الشذوذات الرواميزية الوراثية Genetically Coded Anomalies للجهاز المناعي والعوامل الخارجية المنشأ الآنف ذكرها ، مسؤولة عن حدوث المرض . وهكذا يفترض مثلاً بأن الأشعة (UV) تغير من الدنا الواطن (Native DNA) فيصبح غريباً ، وعندها يعمل كمستضد Antigen يحرض على تكوين أضداد ذاتية . ويبحث أيضاً في الحمة الراشحة في المسببات ، حيث كشف المجهر الإلكتروني وجود بنيات أنبوبية تشبه نظيرات الحمة المخاطية Paramyxovirus في الخلايا البطانية ، وفي الاختبارات المجراة على الحيوانات شوهدت جسيمات من نمط (C) ، وشوهد لدى الإنسان أضداد مماثلة . قد تكون العيوب الوراثية في خلية (T) ( مثلاً ، الخلايا الكابتة Suppressor Cells ) مسؤولة عن حقيقة قيام الخلايا (B) في تكوين الأضداد الذاتية بطريقة لا يتم التحكم بها . ومن جهة أخرى شوهدت أضداد سامة للمفاويات لدى مرضى مصابين بالذأب الحمامي المجموعي (SLE) . كما توجد دلائل تشير إلى وجود عيب أو نقص في التخلص من الأضداد والمعقدات المناعية لدى مرض الذأب الحمامي المجموعي (SLE) . هذا وإن المعقدات المناعية المترسبة في جدر الأوعية الجلدية وفي أعضاء مختلفة تُنشط شلال المتممة Complement Cascade فتقود إلى حدوث أعراض مرضية متنوعة ، كالتهاب الأوعية بالمعقدات المناعية ، والتهاب الكلية ، والتهاب الشغاف ، والتهاب المفاصل .

**الموجودات السريرية** : لقد تم قبول الموجودات أو أعراض الذأب الحمامي الجهازي الملخصة في الجدول ١٨ ـ ٩ من الاتحاد الأمريكي للرثية عام ١٩٧١ ونقحت عام ١٩٨٢ . يتم تشخيص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) إذا وجدت (٤) علامات على الأقل من (١١) علامة ، ووجدت هذه الأعراض في نفس الوقت أو بالتوالي لدى الشخص المريض . تبلغ نسبة حساسية هذا التشخيص الترسيمي ٩٦٪ وتبلغ نوعيته ٩٦٪ أيضاً . ويكون ٤٪ سلبياً كاذباً و ٤٪ إيجابياً كاذباً . ومن العلامات الإضافية : الحمى (٩٠٪) ، ضخامة الكبد (٢٥٪) ، ضخامة طحال (٧٥٪) ، أعراض بطنية (٢٠٪) ، حاصة (٤٠٪ ـ ٧٣٪) ، وظاهرة رينو (١٧٪ ـ ٤٤٪) .

*الموجودات الجلدية* : على الرغم من أن الموجودات الجلدية نموذجية ، إلا أنها توجد لدى ٨٠٪ فقط من الحالات . يفضل المرض التوضع على الوجه ومناطق الصدر العارية والظهر والأطراف ، وتكون الآفات متناظرة وتميل للانتشار في مناطق واسعة من الجسم . ( راجع الشكل ١٨ ـ ٤٤ ) .

تشاهد في حالات عديدة : حمامى منتشرة ، دائمة ، تتوضع على الوجه بشكل متناظر يشبه الفراشة مما يجعل المريض بمظهر المنتفخ . قد تحدث آفات حطاطية ـ حويصلية تبدي خلال سيرها توسفاً نخالي الشكل ملتصقاً ، أو تبدي ضموراً . وقد يشاهد طفح ظاهري Exanthems حصبوي الشكل أو قرمزي الشكل أو متعدد الأشكال أو شبيه بالوردية أو بالترزق متوضع على الجذع حيث يفضل الأقسام العلوية من الصدر والظهر .

قد تصاب أيضاً المناطق الطرفية ( القمية ) . ومن الإصابات

النموذجية ظهور حمامى بقعية أو منتشرة على راحات اليدين وأخمص القدمين مع تفضيل التوضع على الإصبع النهائي Terminal Digit في اليدين والقدمين . ويحدث التقران بعد استمرار المرض لمدة طويلة . يشاهد توسع شعيريات وعائية دموية على رؤوس الأصابع وطيات الأظفار مع نزوف دموية تحت الأظفار . ويمكن للالتهاب الوعائي Angiitis أن يقود إلى تزرق وموات جلدي محدد ، وإلى حدوث تقرحات . وغالباً ما تشاهد حمامى مع توسع شعيريات وتقران وضمور وتقرحات سطحية ، لاسيما على المرفقين والركبتين .

**الجدول ١٨ ـ ٩** : تشخيص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) وفق المعايير المنقحة عام ١٩٨٢

| | | ٪ |
|---|---|---|
| ١ ـ | طفح خدي (Malar Rash) ـ حمامى وجهية ثابتة | ٤٠ ـ ٦٤ |
| ٢ ـ | آفات قريصية ، ندبات ضمورية | ١٧ ـ ٣٢ |
| ٣ ـ | تحسس ضوئي | ٢٨ ـ ٤١ |
| ٤ ـ | تقرحات في الفم أو في الخيشوم Rhinopharynx | ١٥ ـ ٤٣ |
| ٥ ـ | التهاب مفاصل ( لاتآكلي ، شامل مفصلين محيطيين أو أكثر ) | ٧٨ ـ ٩٤ |
| ٦ ـ | التهاب مصلية ( التهاب جنب ، التهاب تأمور ) | ٤٠ ـ ٦٠ |
| ٧ ـ | اضطرابات كلوية [ بيلة بروتينية ( > ٠,٥ غ/ يوم ) ، ( اسطوانات خلوية ) ] | ١٦ ـ ٤٨ |
| ٨ ـ | اضطرابات عصبية ( نوبات Seizures ، ذهان Psychosis ) | ٨ ـ ٢٩ |
| ٩ ـ | اضطرابات دموية [ فقر دم انحلالي ، قلة البيض ≥ ٤٠٠٠/مل ، قلة اللمفاويات ، قلة الصفيحات > ١٠٠٠٠٠/مل ] | ٤٠ ـ ٧٥ |
| ١٠ ـ | اضطرابات مناعية [ خلايا (LE) ، مضاد nDNA ، مضاد Sm أو اختبارات مصلية إيجابية كاذبة للإفرنجي ] | ٢٧ ـ ٦٠ |
| ١١ ـ | أضداد مضادة للنوى Antinuclear Antibodies | ٩٠ ـ ١٠٠ |

تشاهد أثناء السير الوخيم والمتعمم للمرض حاصة منتشرة على الفروة . ومن جهة أخرى ، تقود إصابات الفروة الوحيدة أو المنتثرة إلى حاصة محددة ندبية ( لاعكوسة ) ، أي الثعلبة الكاذبة .

لا يمكن التنبؤ بسير المرض ، فقد تستمر التغيرات الجلدية أو تتراجع تلقائياً مخلفة ضموراً في أغلب الأوقات . قد تكون التغيرات طفيفة ، وقد تحدث إصابة جلدية عامة لدرجة احمرار الجلد ( الأحمرية ) Erythroderma .

*الغشاء المخاطي الفموي* : تشاهد حمامى وذمية حمراء ـ مزرقة ، وتآكلات ، وتقرحات ذات غطاء فيبريني Fibrinous . تتوضع التغيرات في الغالب على الحنك العظمي (Hard Palate) ، والمخاطية الفموية ، وبدرجة أقل على اللسان . ويشاهد التهاب الشفتين النضحي Exudative Cheilitis أو المغلف بالجلب Encrusted مع ميل لحدوث ضمور .

*الاعتلال العقدي اللمفي Lymphadenopathy* : يشاهد تورم معمم في العقد اللمفية لدى ٥٠٪ من الحالات .

*إصابة المفاصل* : تحدث إصابة المفاصل في حوالي ٩٤٪ من الحالات . قد يحدث ألم مفصلي عند الحركة مع تيبس المفصل Stiffness ، وقد تشاهد علامات التهاب مفاصل حاد لاسيا المفاصل المحيطية . وبشكل عام ، لا تؤدي هذه الإصابة إلى حدوث تشوهات .

*العضل* : تشاهد آلام عضلية Myalgias والتهاب عضلات Polymyositis في ٥٠٪ من الحالات . ويكون التشخيص التفريقي عن التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis ، والمتلازمات المتراكبة Overlap Syndromes .

*الإصابة الكلوية* : تشاهد حتى في ٥٠٪ من الحالات وقد تكون على شكل التهاب كلية بؤري دون أية أعراض سريرية ، ويتم كشفها بشكل مبدئي عند إجراء الفحص النسيجي أو التألق المناعي المجهري . ومن الموجودات النموذجية كشف بيلة بروتينية ، وكريات حمراء ، وكريات بيضاء ، واسطوانات ، وخلايا بطانية في الثفالة البولية . ينتهي هذا المرض المخاتل ، المتقطع ، والمترقي ، بقصور كلوي ، أو بمتلازمة كلائية ( Nephrotic Syndrome = النفروز ) أو بكلي ضامرة ، وغالباً ما يترافق مع فرط ضغط الدم مما يسرع بحدوث الوفاة .

*الموجودات القلبية* : تشاهد في ٣٠٪ ـ ٥٠٪ من الحالات . وفي إطار الإصابة العامة للأغشية المصلية فإن التهاب التأمور هو الأكثر حدوثاً . بالإضافة إلى ذلك يشاهد التهاب عضل القلب ، ويندر نسبياً حدوث التهاب شغاف دسامي وجداري ثؤلولي لا جرثومي وغوذجي ( متلازمة ليبان ـ ساكس ) . كما يحدث تسرع قلب ، واضطراب نظم القلب ، ونفخات انقباضية ، وقد تسمع احتكاكات التهاب التأمور . تخطط

كهربائية القلب أهمية تشخيصية كبرى ، وكذلك للفحوص الشعاعية .

*الأغشية المصلية* : تتأثر الأغشية المصلية في أكثر من ٣٠٪ من الحالات وتكون الإصابة بشكل التهاب مصليات متعدد فبريني أو نضحي ( التهاب تأمور ، ذات الجنب ، التهاب الصفاق ، البريطوان ، **Peritonitis** ) .

*الجملة العصبية المركزية* : تشاهد تغيرات مرضية لدى ٣٠٪ من الحالات . يمكن للأعراض النفسية ( تغيرات واضحة بالشخصية ) وللأعراض العصبية ( التهاب أعصاب ، وشلل مؤقت ، وفوالج ، واختلاجات ) أن تسبب صعوبات تشخيصية ، لاسيما في حالة غياب الأعراض الجلدية . يشاهد اعتلال عصبي في الأعصاب المحيطية . وذكر ترافق المرض مع متلازمة سنيدون – أهرمان .

*العيون* : يشاهد توسع في الأوعية الشبكية ، والتهاب وريد ، والتهاب حول الوريد **Periphlebitis** ، ونزوف ، ونضح حول البقعة الشبكية **Perimacular Exudation** قطني – صوفي الشكل ، مبيض اللون ( يدعى أجسام الشبكية شبيهة الخلوية **Cytoid Bodies** ) . وقد يحدث ضمور عصب بصري ، والتهاب العنبية **Uveitis** والتهاب قرنية ، والتهاب ملتحمة .

*إصابة أعضاء أخرى* : قد تحدث رشاحات رئوية عقيدية لا نموذجية ، وكذلك ذات رئة ، أو تليف رئوي . تشاهد ضخامة كبدية – طحالية في ٢٠٪ – ٢٥٪ من الحالات . وقد تشاهد بشكل أندر أعراض التهاب كبد ( يرقان ، زيادة في ناقلات الآمين **TRANSEAMINASE** ) . ويشير إلى إصابة السبيل المعدي – المعوي مع ظهور غثيان ، وإقياء ، وألم بطني ، وإسهال ، ونزوف ، وذلك في حوالي ٢٠٪ من الحالات ، مع حدوث التهاب مريء ، والتهاب معدة ، والتهاب أمعاء ، والتهاب قولون . يعد نخر العظم العقيم **ASEPTIC BONE NECROSIS** علامة للذأب الحمامي الجهازي ، وقد يعد من المؤثرات الجانبية للمعالجة بالستيرويدات أيضاً . تبدو إصابة الأوعية في زراق الأطراف ، وأعراض رينو ، ونقص مقاومة الأوعية الشعرية مع ميل لحدوث الفرفرية ، بالإضافة إلى التهاب الوريد الخثاري **THROMBOPHLEBITIS** ، والخثار ( الخثرات = **THROMBOSIS** ) . ومن علامات متلازمة الذأب المضادة للتخثر **Lupus Anticoagulant Syndrome** حدوث تزرق ( ترخم ) **Livido** ، والتهاب وريد ، وتقرح ، مع ظهور مضاعفات في الجهاز العصبي المركزي لدى نسبة عالية من المرضى . وليس من النادر مشاهدة التهاب شرايين ناخر **Necrotizing Arteritis** ، لاسيا في النواحي الطرفية ( القمية ) على شكل شرى ، تزرق شبكي ، وتقرحات ، متوضعة بشكل خاص على الساقين .

*الأعراض العامة* : إن حدوث إنهاك ، وتعب ، وفتور عام ، أو حمى يشير إلى وجود مرض مجموعي . ويمكن مشاهدة جميع المتغيرات المحتملة للمرض من الأشكال الخفيفة وحتى الأشكال ذات الأعراض الوخيمة والبدء الحاد .

تُعطى الأعراض المجموعية الآنف وصفها انطباعاً عن التغيرات العديدة الممكنة الحدوث في الذأب الحمامي المجموعي. وحسب نوع الأعراض السائدة سريرياً، فقد يراجع المريض في البداية الطبيب العام أو طبيب مستشفى ( أخصائي رئية ، أو قلبية ، أو كلية ) أو أخصائي عصبية أو جلدية ، ويتوجب على أي منهم وضع التشخيص ، ومن الضروري التعاون بين مختلف الفروع في هذه الحالات .

**الموجودات المخبرية** : تشاهد تغيرات دموية في ٤٠٪ – ٧٥٪ من الحالات وتبدو على شكل فقر دم طبيعي الصباغ إلى فقر دم ناقص الصباغ ( بسبب انحلال الدم ، نقص حديد ، أو قصور كلوي ) . ومن الموجودات الدموية الأخرى المهمة قلة الكريات البيض ( < ٤٠٠٠/مل ) و/أو قلة الصفيحات ( < ١٠٠٠٠٠/مل ) مما يقود إلى حدوث فرفرية بقلة الصفيحات . ويبدي تعداد الدم التفريقي انحرافاً للأيسر مع قلة اللمفاويات وقلة الحمضات ، ويشاهد أحياناً كثرة الكريات البيض **Leukocytosis** .

ترتفع دائماً سرعة تثفل الكريات الحمر (**ESR**) ، وتصل في أشكال المرض الوخيمة حتى ١٠٠ ملم في الساعة الأولى وقد تتجاوز هذا الرقم ، وهذا دليل على نشاط المرض . يشاهد في الرحلان الكهربائي نقص الألبومين وزيادة في ألفا ٢ – غلوبلين ، وكذلك يشاهد زيادة في عرض غاما – غلوبلين ( معقدات مناعية ) . ويشاهد في الرحلان الكهربائي المناعي ازدياد في **IgG** ( متعددة النسائل **Polyclonal** ) ، أما **IgM** و **IgA** فيكونان سويان عادة .

يكون العامل الرثياني إيجابياً لدى حوالي ٣٣٪ من الحالات ، ويكون البروتين التفاعلي – **C** (**C – reactive protein**) إيجابياً في أغلب الأوقات خلال أطوار نشاط المرض . وقد يكون اختبار كومبس إيجابياً . تشاهد أحياناً معقدات مناعية جائلة وغلوبلينات قرية **Cryoglobulins** ينخفض عادة مستوى المتممة ( **C3** ، **C4** ، مجموع المتممة ) لأنها تستهلك في تكوين معقدات ضدية مستضدية **Antigen – antibody Complexes** . وتشاهد في ١٠٪ من

الحالات تفاعلات مصلية كاذبة للإفرنجي ( تفاعلات نموذجية أو تفاعلات لا لولبية ) ، وهي علامة خاصة لمتلازمة مضاد الكارديوليبين Anticardiolipin Syndrome . كما يشاهد في الذأب الحمامي المجموعي (SLE) إيجابية اختبار (FAT) مع تألق سبحي Beaded Fluorescence . يكشف فحص البول وجود بيلة بروتينية ، أو دموية ، واسطوانات وذلك حسب شدة الإصابة .

ومن خواص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) وجود أعداد كبيرة من الأضداد الذاتية ذات القيمة التشخيصية والإمراضية ( جدول ١٨ – ١٠ ) .

**الجدول ١٨ – ١٠** : الأضداد الذاتية في الذأب الحمامي المجموعي

١ – *أضداد مضادات النوى الموجهة ضد Antinuclear Antibodies Against :*
- – ديوكسي ريبونيكليوبروتين ( نموذج تألق متجانس )
- – دنا DNA وحيد الطاق (ssDNA) ( نموذج غشائي )
- – دنا DNA ثنائي الطاق الواطن ( dsDNA ، nDNA ) ( نموذج نقطي الشكل مع شعرورة لوسيليا Crithidia Luciliae )
- – بروتين نووي ريبي قابل للاستخلاص (RNP) ( نموذج منقط )
- – مستضدات نوية ( نموذج نويي )

٢ – *أضداد المضادات الهيولية الموجهة ضد :*
- – المتقدرات Mitochondria
- – الجسيمات الحالة Lyosomes
- – جسيم صِغري Microsomes
- – ريباسات Ribosomes
- – بروتين سكري Glycoproteins
- – مستضد بروتينات شحمية Lipoproteins – Ro(SSA) Antigen

٣ – *أضداد موجهة ضد الخلايا الدموية :*
- – كريات حمراء
- – كريات بيضاء ( غشاء )
- – صفيحات

٤ – *أضداد موجهة ضد أعضاء مختلفة :*
- – مخاطية المعدة
- – غلوبلين درقي
- – غمد ليف العضل
- – عصبونات Neurons

٥ – *أضداد موجهة ضد الكلاجين .*

---

*أضداد مضادات النوى Antinuclear Antibodies* : يمكن إثبات وجود واحد أو عدة أضداد ذاتية في هذه المجموعة بواسطة تقنية التألق المناعي اللامباشر IIF لدى أكثر من ٩٠٪ من حالات الذأب المجموعي (SLE) . تُغطى مقاطع مجمدة لركيزة نسيجية Tissue Substrate غنية بالنوى بمصل المريض ( مثل : كبد فأر ، مزارع سرطانة خلية / HEP – ٢ خلايا ) . وبعد فترة حضانة لهذه المقاطع ، والغسل ، يمكن مشاهدة أضداد من المريض في نوى الخلية باستعمال مضاد غاما – غلوبلين إنساني موسوم Labeled . ويمكن التفريق بين قسيم مركزي Centromere متجانس ، غشائي ، منقط ، وبين نماذج نوية Nucleolar في التألق النووي Nuclear .

للأنواع المختلفة من الأضداد المضادة للنواة قيمة في التشخيص ، فالنموذج الغشائي ( الحلقي ) يكون بشكل عام نوعي لذأب حمامي مجموعي (SLE) ، لاسيا بوجود عيارات Titeres عالية ، أما نموذج الومضان المتجانس فيكون أقل نوعية ، ومع ذلك فهو يتطابق مع ما يدعى بعامل الذأب الحمامي (LE) ، الذي يمكن كشفه في المصل بإجراء اختبار لاتكس Latex Test . أما النموذج النويي أو نموذج القسيم المركزي فيشير إلى تصلب جلد مجموعي مترقٍ .

تكون الأضداد الموجهة للدنا DNA الواطن ثنائي الطاق DNA (Native Double – Stranded DNA) نوعية للذأب الحمامي المجموعي (SLE) بشكل خاص ، ويمكن مشاهدتها في التألق المناعي المجهري على شكل تألق نقطي في متقدرات Mitochondria الأنواع السوطية لشعرورة لوسيليا (Crithidia Luciliae) ، والتي تستعمل كركيزة Substrate . وبالإضافة إلى ذلك توجد طريقة حساسة ونوعية مناعية شعاعية لكشف الأضداد Radioimmunological Technique .

إن أضداد المستضد (Sm) ، وهي قسم من الجزء المقاوم للدنا (RNAse) والمستخلص من المضادات النووية (ENA) تكون ذات نوعية عالية للذأب الحمامي المجموعي (SLE) . تشاهد أضداد (Sm) لدى ٢٠٪ – ٣٠٪ من المرضى وبشكل رئيسي عند المصابين بمضاعفات وخيمة ( الكلى ، الجهاز العصبي المركزي CNS ) . قد لا توجد أية أضداد عند بعض المرضى المصابين بذأب حمامي مجموعي (SLE) ، ولكن تشاهد لديهم أضداد ضد الهيولى Ro (SSA) وغالباً ما تترافق مع

أضداد La (SSB) ، وقد تشاهد الأضداد لدى مرض الذأب الحمامي المجموعي (SLE) من المصابين بعوز متممة وراثية ولدى حديثي الولادة المصابين بالذأب الحمامي (LE) .

*ظاهرة خلايا (LE) ، واختبار خلايا (LE)* : في عام ١٩٤٨ اكتشف هارغريفز خلايا الذأب الحمامي (LE) في نقي عظم قص مضاف إليه هيبارين ، ويمكن إنتاج هذه الخلايا في الزجاج In Vitro . تتكون خلايا (LE) من محببات عَدَلة Neutrophilic تحتوي على مادة نووية أسسة مُبَلعَمة Phagocytosed ، وتُشاهد أقسامها النووية مُزاحة كلية إلى المحيط . تعود ظاهرة الذأب الحمامي هذه إلى عوامل مضادة للنواة ( عامل LE وغيره ) ، والتي تهاجم مادة النواة في الخلايا المتأذية فتستهلك المتممة وتخرب الخلية . تحاط المادة النووية المتغيرة بالعَدلات ( تَشَكل زهيرة Rosette Formation ) التي تُبلعم المادة فتصبح بذلك خلايا ذأب حمامي (LE) نموذجية . ويمكن بيان هذه الظاهرة خارج الجسم في الزجاج والكشف عنها في دم المرضى . وفي هذه الأيام لا توجد أية أهمية عملية لاختبار خلايا (LE) ، لأن تقنية اختبار (IIF) في كشف أضداد المضاد النووي أكثر حساسية وتسمح بالتعرف على نماذج التألق والمعايرات . ويمكن استعمال اختبار اللاتكس لكشف عامل (LE) كوسيلة لتقصي المرض .

*ترسب الغلوبلين المناعي على الغشاء القاعدي واختبار شريط الذأب* : يمكن أن يشاهد لدى المرضى بذأب حمامي مجموعي (SLE) شرائط مكونة من ترسبات ناعمة - حبيبية أو رواسب خشنة من غلوبلينات مناعية ( IgG ، وأيضاً IgM أو IgA ) ومكونات المتممة (C3) في منطقة الغشاء القاعدي للجلد المصاب ، وذلك بواسطة التألق المناعي المباشر (DII) المجهري . تدعى صورة التألق هذه شريط الذأب Lupus Band وتدعى الطريقة اختبار شريط الذأب .

قد توجد حاجة لإجراء ثلاث خزعات جلدية تُجَمد مباشرة دون تثبيت :

- خزعة من الجلد المريض ( الوجه ، الفروة ، اليدين ) .

- خزعة من جلد معرض للشمس وغير متغير سريرياً ( الناحية الظهرية للساعد ) .

- خزعة من جلد غير متغير سريرياً وغير معرض للشمس ( الألية ) ( تدعو الحاجة إليه نادراً ) .

ويمكن حفظ المادة المتجمدة بدرجة (-٢٠)م لمدة أسبوعين على الأقل ، كما يمكن إرسالها بالبريد على ثلج جاف . يجب أخذ الخزعات على قدر الإمكان قبل إعطاء أي علاج عام أو موضعي بالستيروئيدات القشرية السكرية .

يكون اختبار شريط الذأب إيجابياً في الخزعات المأخوذة من أماكن الإصابة في ٩٠٪ - ١٠٠٪ من مرضى الذأب الحمامي المجموعي (SLE) وفي ٩٠٪ - ٩٥٪ من مرضى الذأب الحمامي القريصي (DLE) ، ولا يشاهد أي اختلاف في نموذج التألق المناعي . يكون الاختبار أحياناً إيجابياً في العد الوردي ، والتهاب الجلد والعضل ، وداء الليشمانيات ، والجذام الجذمومي Lepromatous Leprosy ، وتوسع الشعيريات الأساسي ، والداء السكري ، والبرفيرية الجلدية . يمكن أن يكون اختبار شريط الذأب سلبياً في الذأب الحمامي القريصي (DLE) ، وذلك في الحالات التي تكون فيها التغيرات الجلدية قد حدثت منذ أقل من شهرين ، أو إذا كانت المعالجة العامة أو الموضعية بالستيروئيدات القشرية السكرية قد طبقت منذ زمن طويل .

أما في الجلد غير المتغير سريرياً والمعرض للشمس فيكون الاختبار إيجابياً في ٨٠٪ من حالات الذأب الحمامي المجموعي (SLE) ، ولكنه دائماً سلبي في الذأب الحمامي القريصي (DLE) . وإذا ثبت أن الاختبار إيجابي في الذأب الجلدي تحت الحاد (SCLE) فهذه إشارة مهمة على التحول إلى شكل مجموعي . وفي الجلد غير المتغير سريرياً وغير المعرض للشمس يندر لاختبار شريط الذأب أن يكون إيجابياً في الذأب الحمامي المجموعي (SLE) ، وإيجابيته تشير إلى شدة المرض ، وتصاب الكلية في ٧٠٪ من الحالات .

**الجدول ١٨ - ١١** : الأهمية التشخيصية لاختبار شريط الذأب

| التشخيص السريري | مكان العينة | إيجابي في ٪ من الحالات |
|---|---|---|
| الذأب الحمامي المجموعي (SLE) | جلد مصاب | ٩٠ - ١٠٠ |
| | جلد غير متغير معرض للشمس | ٦٠ - ٨٠ |
| | جلد غير متغير غير معرض للشمس | ٤٠ |
| الذأب الحمامي القريصي (DLE) | جلد مصاب | ٩٠ - ٩٥ |
| | جلد غير متغير معرض للشمس | |
| | جلد غير متغير غير معرض للشمس | |

**التشريح المرضي النسجي** : إن التغيرات النسجية في الذأب الحمامي المجموعي (SLE) مختلفة كاختلاف الصورة السريرية .

فقد تكون شديدة الشبه بالصورة الموجودة في الذأب الحمامي المزمن ، وقد تبدي ملامح نضحية Exudative واضحة . قد يشـــاهـــد ضـــمــــور ، وفـــرط تقـــرن ســـوي Orthohyperkeratosis ، وخطل تقرن Parakeratosis ، وكذلك تفجي Vacuolization خلايا البشرة القاعدية . ومن الملامح الملفتة للنظر ثخانة الغشـاء القاعدي ( تلوين الباس PAS ) . وغالباً ما تشاهد وذمة واضحة في أعلى الأدمة قد تقود إلى تشكل حويصل تحت البشرة . وتتسع الأوعية الدموية واللمفية بشدة . يشاهد في النسيج الضام تنكس فيبريني الشكل Fibrinoid مع ترسب عديدات السكريد المخاطي المتعادل Neutral والحمضي ( تلوين Hale – PAS ) . تشـاهد في الأدمة العلوية رشاحة لمفاوية تتوضع حول الأوعية واللواحق وتكون الكثافة أكبر في الأدمة العميقة . قد يشاهد أيضاً التهاب وعائي كاسر للكريات البيض Leukocytoclastic . ويندر أن يشـاهد في الجلد ما يدعى بأجسام الهياتوكسيلين ( أجسام LE ، Gross ١٩٣٢ ) الموازية للمادة النووية المتبدلة في خلايا (LE) ، وتشاهد أكثر في التهاب الشغاف ، والتهاب الكلية ، وإصابة العقد اللمفية .

**السير والإنذار** : قد يأخذ المرض سيراً خاطفاً إلا أنه على الأغلب ذو سير متقطع مع هدأة محدودة تستمر لأسابيع أو أشهر أو لسنوات قليلة . ويكون الإنذار خطيراً دائماً ، حتى في الأشكال ذات السير تحت الحاد ، والعامل الحاسم يكون في مدى إصـابة الأعضاء المختلفة وترقيها . وقد تحسن الإنذار ، كانت الوفاة تحدث خلال أســابيع قليلة إلى سنتين ، منذ اكتشـاف الستيروئيدات القشرية السكرية ، وأصبحت نسبة الحياة لمدة ٥ سنوات تزيد على ٩٠٪ . وبالإضـافة للموت الناجم عن أسباب خاصة بالمرض ( قصور كلوي أو قصور قلبي ) فإن الأخماج الوخيمة العارضة ( مرض – و/أو عوز مناعي محدث بالمعالجة ) غالباً ما تكون هي المسؤولة عن حدوث الوفاة .

**التشخيص** : يوضع التشخيص السريري بسهولة عند اكتمال ظهور المرض لاسيما في حال وجود حمى ، وارتفاع سرعة تثفل الكريات الحمر ، وقلة البيض . ويتأكد التشخيص بمشاهدة أضداد مضادة للنواة ، عامل (LE) ، وأضداد موجهة ضد الدنا DNA الواطن ثنائي الطاق ، وإيجابية اختبار شريط الذأب . يجب نفي أو تقييم إصابة الأعضاء بالاستقصاءات النوعية . قد لا يخطر تشخيص الذأب الحمامي المجموعي (SLE) على البال إذا كان سير المرض مزمناً ، أو الأعراض قليلة ، أو إذا غابت التغيرات الجلدية . ويجب الشك به في حالات التهاب المفاصل المترافق مع قلة البيض أو الفرفرية ؛ وكذلك في التهاب المفاصل العصيّ على الساليسيلات ، وفي التهاب كبيبات الكلى Glomerulonephritis غير المترافق بفرط ضغط الدم ، وفي ذات الجنب والتهاب الشغاف العصي على المعالجة . وفي حال وجود ذأب قريصي (DLE) سـابق ، يمكن أن تكون الحالة عبارة عن سورة مجموعية لذأب حمامي قريصي (DLE) قد تأخذ سيراً حاداً أو تحت الحاد أو مزمناً . إن حوالي ٥٪ من حالات الذأب الحمامي القريصي (DLE) و ( ٢٠٪ – ٤٠٪ من الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد SCLE ) قد تتحول إلى الشكل المجموعي بعد ٥ – ٢٠ سنة .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفريق عن التهاب المفاصل المزمن ، والتهاب الجلد والعضل ، كما يجب التفريق عن تصلب الجلد المجموعي المترقي ، ومرض النسيج الضام المختلط ( متلازمة Sharp ) ، والتهاب محيط الشريان العَقِدُ Periarteritis Nodosa ، والتهاب الشغاف الجرثومي ، وخمج المكورات السحائية أو البنية ، والحمى الرثوية ، والتهاب كبيبات الكلى ، والطفوح الدوائية ، وداء المصل Serum Sickness . وأخيراً ، يجب التفكير بالأمراض التي تصيب الأعضاء الأخرى من خلال الاعتماد على الأعراض السائدة .

**المعالجة** :

*الجهازية* : في بداية المعالجة لا يستغنى عن استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية ، وهي معالجة عرضية فقط ، يتوجب الاستمرار بها لعدة سنوات في معظم الحالات . ولهذا السبب يجب أن يكون هدف المعالجة الحصول على تأثير مناسب بأقل جرعة ممكنة . تعطى في البداية جرعات عالية ( ١٠٠ – ٢٠٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها من الستيروئيدات القشرية السكرية الأخرى ) ، ومن خلال المناظرة الدقيقة للموجودات السريرية والمخبرية وإنقاص الجرعة بعناية ، كي يتسنى للطبيب المعالج من إقرار الجرعة الفردية الداعمة . في الحالات العصية على الستيروئيدات بشكل خاص ، وبعد ثبات الحالة المرضية أيضاً ، تستعمل ، بالإضافة لها ، كابتات المناعة مثل أزاثيوبرين ( ٥٠ – ١٥٠ ملغ/ يومياً ، أو ٢٠٠ ملغ/ يومياً كحد أقصى ) وسيكلوفوسفاميد ( ٥٠ – ١٥٠ ملغ/ يومياً ) . كما يوصى أيضاً باستعمال الأسبرين في حال وجود أعراض مفصلية واضحة . يمكن الاستطباب أيضاً بالأدوية المضادة للبرداء ( كلوروكين ، هيدروكسي كلوروكين ، أو كيناكرين ) ويستفيد بشكل خاص من هذه المعالجة المرضى ذوي الحساسية الشديدة للضوء ، ومن الضروري مراقبة التأثيرات الجانبية للأدوية . وفي حالات وجود أضداد ذاتية أو معقدات مناعية بعيارات عالية في المصل يجرب إجراء فصادة المصورة Plasmopheresis .

موضعية : تستعمل رهيات أو مراهم تحتوي على الستيروئيدات القشرية . كما تستعمل دارئات شمسية UVB و UVA .

التدابير العامة : ينصح في السورات الوخيمة بالراحة في الفراش وتجنب ضوء الشمس ( قبعات ، ثياب ، واقيات شمسية ) وتجنب الكرب الجسمي والنفسي . تسبب الأمراض الخمجية خطراً كبيراً على المريض .

مراقبة المعالجة : تفيد المعالم التالية في تقييم نشاط الذأب الحمامي المجموعي (SLE) :

– سرعة تثفل الكريات الحمر ( من الممكن أيضاً الرحلان الكهربائي ، IgG ) .

– تعداد الكريات البيض والحمر والصفيحات ، والهيموغلوبين .

– أضداد مضادات النوى لاسيما الأضداد المضادة للدنا DNA الواطن ثنائي الطاق .

– مستويات المتممة ( C3 ، C4 ، ويمكن مجموع المتممة ) .

– بيلة البروتين ( سلاسل – L في البول ) .

وإلى جانب الصورة السريرية العامة ، يمكن لهذه المعلومات المخبرية بشكل خاص أن تكون دليلاً في المعالجة الطويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية السكرية ، وبكابتات المناعة .

## الذأب الحمامي الوليدي ( مكويزشن وشوش ١٩٥٤ ) Neonatal Lupus Erythematosus :

هو مرض نادر لدى ولدان Newborns من أمهات مصابات بذأب حمامي تحت حاد (SCLE) أو ذأب حمامي مجموعي (SLE) ، أو بمتلازمة جوغرن (Sjögren) ، أو مصابات بأدواء المغراء Collagenoses الأخرى . ويتصف سريرياً بمشاهدة آفات بقعية ، وأحياناً حلقية أو متحلقة Circinate ، حمامية ، مع ترقٍ نحو المحيط ، وتفضل أن تتوضع على جلد الوجه والجذع . تشاهد الآفات الجلدية منذ الولادة أو تظهر بعد الوضع بوقت قصير ، وتختفي الآفات خلال السنتين الأوليتين من الحياة . ويشاهد إحصار قلب ولادي لدى حوالي ٢٠٪ – ٧٠٪ من هؤلاء الأطفال . وغالباً ما تشاهد تشوهات قلبية ، وقلة صفيحات أيضاً .

تعد الأضداد Ro (SSA) و/أو La (SSB) في دم الأم وولدها من الواسمات المصلية لهذا المرض . ومن المعروف أن هذه الأضداد تعبر المشيمة إلى الجنين ، ثم تصاب بالتدرك ( تحلل ) خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة ، ويبدو أن لها تأثيراً إمراضياً لأن الآفات الجلدية والأضداد كلاهما تختفيان في نفس الوقت . وتشاهد أيضاً أضداد البروتين النووي الريبي U1 (nRNP) دون أضداد Ro في مثل هذه الحالات .

## المتلازمة الشبيهة بالذأب الحمامي المجموعي Systemic Lupus Erythematosus – Like Syndrome :

*المرادفات* : متلازمة الذأب الحمامي (SLE) الكاذبة .

مع أن الأدوية قادرة على إثارة ذأب حمامي مجموعي (SLE) حقيقي ، إلا أنها تستطيع أيضاً التسبب في إحداث متلازمات تشبه الذأب الحمامي المجموعي سريرياً ، وتتصف بنوب حمى معاودة ، وذات جنب ، والتهاب التأمور وعضل القلب ، وآلام مفاصل ، وآلام عضل ، وعلامات جلدية ( تتضمن حمامى وجهية على شكل فراشة ) .

تظهر هذه الإصابات بشكل عام بعد معالجة مديدة بالهيدرالازين ، هيدانتوئين ، بروكائين – أميد ، وبعض السولفاميدات . وبخلاف الذأب الحمامي المجموعي الحقيقي ، فإن أضداد مضادات النوى لا تشاهد في هذه الإصابات ، إلا أنه غالباً ما يشاهد أضداد الهستون وأضداد مضادات المتقدرات Mitochondria . في أغلب الحالات ، وبعد التوقف عن استعمال الدواء ، تختفي الأعراض تدريجياً وبشكل دائم . وليس ممكناً في جميع الحالات إقرار فيما إذا كانت الحالة عبارة عن ذأب حمامي كامن استثير بالدواء ، أو أن ذأباً حمامياً ذو أعراض قليلة قد تفاقم ، أو أن مرضاً ذأبي الشكل قد تم تحريضه بالأدوية . وإن بعض الآليات الإمراضية الممكنة هو حدوث تحريض دوائي يؤدي إلى تشكل أضداد للذات أو حصول تأذي في الوظيفة التنظيمية للنظام المناعي من خلال تشكل الأضداد . ولا يوجد أي اختبار يمكنه التفريق بشكل قاطع بين الذأب المجموعي الحقيقي والمتلازمة الشبيهة بالذأب .

**المعالجة** : إلى جانب تجنب الأدوية المشكوك فيها ، تطبق الستيرويدات القشرية السكرية بجرعات متناقصة عن الطريق العام .

## التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis : ( Unverricht ، ١٨٦٣ Wagner )

*المرادفات* : التهاب العضلات ( غالباً عندما لا تشاهد أية إصابة جلدية ، إيتون ) ، الداء الليلكي (lilac) ( غلانزمان ، لدى الأطفال ) .

**التعريف** : هو مرض جهازي التهابي وخيم ، يصيب الجلد والهيكل العضلي ، كما يصيب أيضاً النسيج الضام الوعائي ، وتصاب أعضاء في أجهزة أخرى . وغالباً ما تحدث أورام خبيثة لدى البالغين في نفس الوقت مع حدوث التهاب الجلد والعضل .

**الحدوث** : نادر . ويشاهد المرض في جميع مجموعات الأعمار . غالباً ما يحدث المرض لدى أطفال دون سن العشر سنوات ، ولدى بالغين بعمر ٣٠ – ٦٠ سنة . تتضارب المعلومات حول توزع المرض حسب الجنس إلا أن المحتمل هو إصابة الإناث أكثر من الذكور بمرتين إلى ثلاث مرات . وقد شوهد حدوث التهاب جلد وعضل لدى يافعين مترافقاً مع وجود مستضد (HLA – B8) .

**السببيات** : مجهولة . يشاهد في المجهر الإلكتروني مكتنفات تشبه الحمة Virus في الخلايا البطانية والعضلية ، إلا أن السبب الحموي لم يتأكد بعد . يصادف ظهور المرض في بعض الحالات مع وجود حمة كوكساكي ، وفي حالات أخرى مع داء المقوسات Toxoplasmosis .

**الإمراض** : يصنف المرض غالباً مع ما يدعى بأمراض الكلاج Collagenoses أو مع الأمراض المنيعة للذات Autoimmune ، ومع ذلك لا يوجد دليل على قيام الأضداد الذاتية أو المركبات المناعية بأي دور في الإمراض .

**التزامن مع الأورام الخبيثة** : تحدث الأورام الخبيثة بنسب عالية لدى البالغين المصابين بالتهاب الجلد والعضل ، وتشير المعلومات المتوفرة إلى نسب تتراوح ما بين ٢٠٪ إلى أكثر من ٧٠٪ مع وضوح ارتفاع نسبة الإصابة لدى الذكور ، ومع تقدم العمر . يمكن كشف التهاب العضل والجلد بآن واحد مع الورم ، ومع ذلك فإن أحد هذين المرضين قد يحدث قبل الآخر . وغالباً ما يتحسن التهاب العضل والجلد بعد استئصال الورم وقد يرجع بعد عودة ظهور الورم أو حدوث انتقالات . تشاهد سرطانة في السبيل الهضمي ( المعدة ، الكولون ، المستقيم ) ، أو الرئة ، أو الثدي ، أو أعضاء التناسل الأنثوية ( المبايض ، الرحم ) . كما يجب التفكير بالأورام الخبيثة الأخرى . وفي اليابان والحوض الكاريبي يترافق أحياناً التهاب الجلد والعضل مع ابيضاض دم بالخلايا T / لدى البالغين / لمفوم (ATL) ، ومع خباثة خلايا /T/ اللمفاوية الناضجة . وتترافق حمة /T/ الموجهة للمفاويات البشرية Human T Lymphotropic Virus نمط I (HTLV – I) مع (ATL) في سببيات الإمراض .

**الموجودات السريرية :**

*التغيرات الجلدية* : تكون التغيرات الجلدية في الحالات الإفرادية غير واصمة للمرضى ، إلا أن الصورة المرضية تكون نموذجية إذا أخذت من جميع جوانبها . تفضل الآفة إصابة الوجه بشكل متناظر لاسيما الأجفان العلوية ، والمنطقة حول العيون ، والخدود وأيضاً المرفقين ، والركبتين ، وبراجم Knuckles الإصبع ، وطَية وسرير الظفر . تشاهد على الوجه بشكل خاص ، بقع حمامية منتشرة ومتناظرة بلون أحمر خمري إلى بنفسجي ( لون الليلك ) . ومن العلامات المميزة للمرض تعابير الوجه الحزينة ونقص المحاكاة Hypomimia مع مزاج مكتئب . ويظهر في وقت مبكر توسع شعيريات ، ووسف مفرط التقرن شديد الالتصاق . ويندر حدوث نزوف ، بينما تشاهد وبشكل منتظم وذمة في المنطقة الحمامية مختلفة الشدة . بعد استمرار الحالة لبعض الوقت ، تظهر مناطق من الضمور محددة بلون أبيض يشبه الخزف الصيني ( البورسلان ) ، ثم تصبح هذه المناطق مثل الورق ، لاسيما على طيات الأظفار وفوق الأصابع ومفاصل الركبة ( بقع كولوديون = Collodion Spots ) . تشاهد مناطق واسعة من الضمور مع توسع شعيريات وفرط / أو زوال الصباغ على الوجه والرقبة والقسم العلوي من الصدر والظهر وتكون بمظهر مبكل ( التهاب الجلد والعضل التبكلي ) . كما توجد حالات من التهاب الجلد والعضل التبكلي ذات سير مزمن . ( راجع الشكل ١٨ – ٤٥ ) .

قد تشاهد حطاطات حزازانية في نفس المناطق ذات لون أزرق – محمر إلى بنفسجي ، مرتفعة قليلاً ، لاسيما على ظهر اليدين ، والمرفقين ، والرقبة ( علامة غوترون ) . وتصبح الصورة أكثر تقلباً بسبب حدوث طفح ظاهر نزفي ، أو حويصلي – فقاعي ، أو عقيدي ، مع ميل لحدوث نخر Necrosis . هذا وإن ظهور حمامى وخيمة ، دِقية Hectic ، متوردة الشكل ، قد يكون علامة لحدوث خباثة ( حمامى خبيثة ) .

يفقد الشعر بريقه ، وقد تحدث حاصة منتشرة ، كما قد يحدث فرط الأشعار Hypertrichosis . وقد تشاهد حمامى على الفروة . وتصبح الأظفار أيضاً باهتة ومتجعدة . ومما يلفت الانتباه ، ظهور أخدود مصفر ومفرط التقرن في سرير الظفر ، وهو مؤلم عندما يدفع للخلف ( علامة كينينغ = Keining's Sign ) .

*تحت الجلد Subcutis* : يندر حدوث التهاب السبلة الشحمية . تشاهد ترسبات كلسية كبيرة في الحالات المتقدمة

كلا = Calcinosis تتوضع تحت الجلد وفي العضل وقد تُبثق محدثة قرحات بطيئة الالتئام .

عصب : يمن سم هذا المرض على ترافق الأعراض الجلدية مع مرض في بعض غير أنه لا توجد علاقة دقيقة بين الإثنين ، فقد يصاب جد أولاً أو يصاب العضل . وفي حال غياب الإصابة حسية يدعى المرض التهاب العضلات ( ايتون ) . يشاهد في سية تعب متزايد ، يتلوه إيلام Tenderness ، وألم في عضلات وشعور بالتوتر ، وضعف عضل متزايد ( وهن عضي مؤلم = Myasthenia Dolorosa ) . وعلى الأغلب ، يصاب أولاً حزام الكتف بحيث يتعذر رفع اليد فوق المستوى لأفقي . وعلى سبيل المثال ، يصبح تمشيط الشعر مستحيلاً . ود صيبت العضلات الرقبية فلا يمكن إبقاء الرأس منتصباً . م تغيرات العضلات الصوتية فإنها تسبب خشونة الصوت . تكون إصابة المريء وعضلات التنفس خطيرة وتقود إلى عسر سع وضيق النفس ( زلة ) . وقد يصاب الحزام الحوضي أيضاً يشعر المريض بالألم والضعف عند صعود درج أو عند وقوف . وبما أن المرض ينتهي بضمور عضل وتصلب فإن مريض يصبح عاجزاً .

موجودات المجموعية : قد يحدث التهاب عضل القلب ، والتهاب كبيبات الكلى ( بيلة بروتينية ، بيلة اسطوانات ، بيلة دموية ) ، وأندر من ذلك الإصابة الرئوية ( ذات الرئة خلالية ، تليف الرئة ، ذات الرئة الثانوية الرشفية Aspiration مع عسر البلع ) ، وأعراض معدية ـ معوية ( تشنج ، إسهال ، قرحات ) ، وإصابة الجهاز اللمفي ( ذبحة كاذبة Pseudoangina ، وتورم العقد اللمفية ، وضخامة كبدية ـ طحالية ) ، والتهاب العصب ، وتخلخل العظام ، وألم مفصل ، وتغيرات في قاع العين .

الموجودات المخبرية : يشاهد فقر دم ناقص الصباغ معتدل الشدة في بعض الحالات وبعد سير مرضي طويل . تعداد الكريات البيض غير وصفي ، يشاهد غالباً كثرة في الكريات بيض ، وقلة اللمفاويات ، وكثرة الحمضات . يرتفع قليلاً سرعة تثفل الكريات الحمر خلال مراحل نشاط المرض . يكون العامل الرثياني أحياناً إيجابياً ( ما بين ١٠٪ ـ ٥٠٪ ) ، أما عامل الذأب الحمامي (LE) ، وأضداد مضادات النوى ، والتفاعلات المصلية الإفرنجية فتكون سلبية .

من العوامل المهمة قياس نشاط الإنظيم Glutamate – Oxalate Transaminase GOT و LDH ، والألدولاز وبشكل خاص الكرياتين فوسفوكيناز CPK حيث يعتبر ارتفاعها مقياساً لواقع تخرب ألياف العضل أثناء مراحل نشاط المرض ، وبنفس الوقت يرتفع كرياتين المصل ، ويفرغ بمقادير متزايدة في البول ، ويمكن استخدام كرياتين البول لمراقبة سير المرض .

يمكن تفريق الاضطرابات العصبية المنشأ عن الاعتلالات العضلية الأولية بواسطة مخطط كهربائية العضل (EMG) ، ومن خلال وجود رجفان وكمونات صغيرة متعدد الأطوار . وتفيد هذه الطريقة أيضاً في تحديد موقع الإصابة في الالتهابات المحدودة . تفحص خزعة عضلية لنفي الاعتلالات العضلية غير العادية ، ولتأكيد تشخيص الاعتلال العضلي الالتهابي ويجرى هذا عادة بمشاركة مختص بالمرضيات العصبية .

**التشريح المرضي النسجي** : لا يمكن تفريق التغيرات الجلدية في أطوار المرض الأولى عن آفات الذأب الحمامي حيث يشاهد ضمور في البشرة ، وتنكس في الخلايا القاعدية فجوي بؤري ، وثخانة في الغشاء القاعدي ، ووذمة معتدلة إلى شديدة في أعلى الأدمة ، ورواسب موسين ( مخاطين ) ، ورشاحة لمفاوية رخوة حول الشعيريات المتوسعة ، وغالباً ما يلاحظ تسرب كريات حمراء منتثرة خارج الأوعية . وأخيراً يشاهد تليف وتصلب مع رواسب كلسية جلدية وتحت الجلد . يبدي التألق المناعي المباشر أجساماً خلوية الشكل Cytoid .

تكون التغيرات العضلية التشريحية المرضية النسجية محددة ( بؤرية ، قطعية ) . وقد توجد تغيرات وخيمة مجاورة للمناطق السوية . يظهر تورم وذمي في ألياف العضلات المخططة ، ثم تفقد التخطيطات العرضانية ، وتظهر فجوات وتنكس شمعي وتجانس وتخرب لييفات ، وفي النهاية يشاهد غمد ليف عضلي فارغ . وتشاهد وذمة خلالية ورشاحة لمفاوية وأيضاً رشاحة بالمصوريات والمنسجات . ويكون التصلب هو النتيجة النهائية . وإن للتحريات الإنظيمية الكيميائية ـ النسجية قيمة تشخيصية . ومن المهم أخذ خزعة عميقة ذات حجم كاف وكبير ، وغالباً ما تؤخذ من العضلة الدالية . وبما أن التغيرات تكون محدودة ، فإن الفحص النسجي يؤكد تشخيص بعض الحالات فقط . قد توجد حاجة لأخذ عدة خزعات ويفضل أن تؤخذ بالتوافق مع نتائج مخطط كهربائية العضل .

**السير** : إذا سار المرض بشكل خاطف فقد تكون النتيجة مميتة في أيام قليلة ، أما في حالات السير المعتدل فقد تمتد فترة المرض إلى أكثر من ثلاثين عاماً . تشاهد جميع التغيرات الممكنة من تردٍ متقطع إلى هدأة مرضية . ويكون سير المرض لدى الأحداث أفضل منه لدى البالغين لقلة ترافقه مع الخباثة .

**المضاعفات والإنذار** : يمكن لتخرب العضل الواسع أن يقود إلى متلازمة الصدمة العضلية ـ الكلوية مع قصور دوراني

وكلوي . تحدث ذات الرئة بسبب قصور عضل التنفس ، أو بعد الرشف في حالات عسر البلع . وإن استعمال الستيرويدات القشرية السكرية لفترة طويلة و/أو استعمال كابتات المناعة يعرض للإصابة بأخماج عرضية . يُنظر إلى الكلاس على أنه علامة لإنذار جيد . وقد تَحسَّن الإنذار السيء كثيراً عن السنين السابقة وذلك إثر استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية وكابتات المناعة ، ومع ذلك فإن معدل الوفيات خلال السنتين الأوليتين من بدء المرض تقارب ٢٥٪ – ٣٠٪ لدى البالغين و ١٠٪ – ٢٥٪ لدى الأطفال . وغالباً ما تبقى بعد الشفاء شلول عضلية ، وتقفع ، وتحدد بالحركة .

**التشخيص** : يؤكد التشخيص : الصورة السريرية ، ونشاط الإنظيمات العضلية في المصل ، وطرح الكرياتين في البول ، ومخطط كهربائية العضل ، والتشريح المرضي النسجي . يجب نفي ترافق المرض مع الخباثة ( السرطانة ، اللمفوم ) لاسيا لدى البالغين .

**التشخيص التفريقي** : من المهم تفريق هذا المرض عن الذأب الحمامي المجموعي ( عامل الذأب LE ، وأضداد مضادات النوى ANA ، وسرعة التثفل ، وتعداد الدم ، واختبار شريط الذأب ) وعن تصلب الجلد المجموعي المترقي ( وبشكل خاص المدعو متلازمة كريست ) ، وعن أمراض النسيج الضام المختلطة ( متلازمة شارب ) وعن التهاب محيط الشريان العقد .

يسبب داء الشعرينات Trichinosis صعوبة كبيرة عند التشخيص التفريقي ، ولاسيا في طوره الهاجر ( بدءاً من الأسبوع الثاني بعد العدوى ) ، لأن الحمى ، ووذمة الأجفان والوجه ، والألم العضلي ، من العلامات النموذجية لهذا المرض أيضاً . يدوم داء الشعرينات لمدة ٧ – ٨ أسابيع ، ومع ذلك فمنذ الأسبوع الرابع وما بعد ، يمكن التأكد من المرض بفحص الدم والعضل ، ويجب إجراء الاختبارات المصلية . ويفرق المرض أيضاً عن ألم العضلات الرثوي ، وحثل العضل ، والوهن العضلي الوخيم ، والاعتلال العضلي الإنسمامي الدرقي .

**المعالجة** : لا يستغنى عن استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية ، وينصح باستعمالها في أسرع وقت بعد وضع التشخيص . ويعتمد على الصورة السريرية لتقدير مقدار الجرعة التي تتروح ما بين ٦٠ – ١٢٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادلها للحصول على تأثيرات سريعة مضادة للالتهاب . لا ينصح باستعمال ديكساميتازون أو تريامسينولون لأنها قد تحث على حدوث اعتلالات عضلية . يخفض مقدار الجرعة بحذر بينما تراقب نشاطات الإنظيمات المصلية لأن المعالجة لمدة تزيد على السنة ضرورية في معظم الحالات . يسمح التطبيق الإضافي لموقفات النمو الخلوي Cytostatics بإنقاص كمية الستيروئيدات ، والخيار الأول هو ازاثيوبرين ( ١,٥ – ٣ ملغ/لكل كغ من وزن الجسم يومياً عن طريق الفم ) كما يعطى أيضاً ميثوتركسات ( ٠,٤ – ٠,٨ ملغ/لكل كغ من الوزن مرة في الأسبوع عن طريق الحقن الوريدي ، أي ما يعادل ٢٥ – ٦٠ ملغ إسبوعياً ) ، وتراقب وظائف الكبد ويجرى تعداد للكريات البيض . يحتاج المريض خلال مرحلة المرض الحادة إلى راحة في الفراش ، وتغذية جيدة ، وعناية طبية عامة ، وبعدها تطبق معالجة فيزيائية منفعلة وبحذر لتجنب حدوث التقفعات . وتستعمل مركبات الستيرويدات القشرية السكرية بمقادير قليلة موضعياً في معالجة التغيرات الجلدية ، كما تفيد الأدوية المضادة للبرداء في تحسين التغيرات التبكلية الجلدية . يعطى هيدروكسيد الألمنيوم عن طريق الفم لمعالجة الكلاس الجلدي لدى الشباب وله بعض الفائدة .

## داء النسيج الضام المختلط

## Mixed Connective Tissue Disease :

( شارب ، ايروين ، تان ، غولد ، هولمان ١٩٧٢ )

*المرادفات* : متلازمة شارب .

**التعريف** : هو متلازمة متراكبة من تصلب الجلد المجموعي المترقي ، والتهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي المجموعي .

**الحدوث** : نادر . يفضل النساء ، وغالباً في العقد الرابع من العمر .

**الموجودات السريرية** : إن العلامات الجلدية مع التورم الجاسيء ( متصلب = Indurated ) في اليدين والأصابع يتوافق مع الطور الالتهابي لتصلب الجلد المجموعي ، ومن الشائع مشاهدة أعراض رينو وإصابة المريء . وبالإضافة لذلك تشاهد آفات جلدية تتوافق مع الذأب الحمامي المجموعي أو القريصي أو الجلديّ تحت الحاد . وتوجد غالباً حاصة منتشرة وكذلك تغيرات في صباغ الجلد . ومن العلامات الأخرى الهامة حدوث ، حمى ، وألم مفاصل ، والتهاب عضل ، وعسر بلع ، واعتلال عقدي لمفي ، وضخامة كبدية – طحالية ، والتهاب مصليات ، وتغيرات رئوية ( رئة ذأبية ) ، ويندر جداً حدوث إصابة كلوية أو التهاب أوعية .

**الموجودات المخبرية** : إن وجود أضداد للمستضد النووي القابل للاستخلاص (U1 – RNP) والحساس للريبونكلياز في

معـــ ـريض مهـم جداً في التشخيص . ويمكن في معظـم حـ ـلات مشـاهدة عيـارات عاليـة لأضـداد مضـادات النوى IgG) مع نموذج تألق منقط ( مرقط ) .

و شيء مميز هو أن العيـارات العـالية للأضداد المرتبطة ـكـ ـخي يمكن كشفها في نوى الخلايا البشروية بواسطة ـتألق مناعي المباشر . وتشـير الفحوص المخبرية الأخرى إلى علامـ ـلتهاب عام ( ارتفـاع سـرعة التثفـل ، وفرط الغاما غلوبـ ـن . و عامل الرثياني ) ، وإلى موجودات نموذجية للذأب حـمـي مجموعي ، والتهاب العضل والجلد .

ـعلامات المتراكبـة الأخرى : إلى جانب المتلازمة المتراكبة ـوصـوفة آنفـاً ، والتي يعتبرها بعض المؤلفين كياناً مستقلاً ، يشـاهد أيضـاً مزيج من تصلب الجلد المجموعي المترقي ، مع ذأب حمـي مجموعي ، والتهـاب الجلد والعضـل ، التهاب مفاصـل رثياني . والتهاب محيط الشرايين العقد .

**الإنذار** : يستمـر المرض عـادة عدة أشهر إلى سنين قليلـة . وبشكل عام يكون الإنذار جيداً نسبياً ، إلا أنه غالباً ما يحدث تعـب جلد .

**المعالجة** : تستجيب الحـالة بشكـل جيد إلى الستيرويئيدات القشـرية السكرية . في الحالات الوخيمة ، وإذا كان ثمة مانع لاستعمال الستيرويئيدات ، أو كانت تأثيراتها الجانبية شديدة ، يمكن استعمـال كابتـات المنـاعة أيضـاً . تعالج الحالات الأقل وخمة بالأدوية المضـادة للالتهـاب غير الستيرويئيدية . تعتمد المعالجة في كل حالة إفرادية على مدى إصابة الأعضاء .

## أمراض النسيج الضـــام المؤثرة في الأيدي والأقـدام والقـضـيب Connective Tissue Diseases Affecting Hands, Feet, and Penis :

### وســادات البراجم ( مفـاصـــل العظـام الصغار باليدين والقدمين ) Knuckle Pads :

المرادفات : ثفان المفصـلة Tylositates Articuli ، وسادات البرجمة الحقيقة .

**التعريف** : ثخانة تشبه الوسادة ، محددة ، قاسية ، تتوضع فوق مفصل الأصابع ناجمة عن التليف .

**الحدوث** : فرادي ، وغالباً عائلي ، وأحياناً يتصادف مع تقفع دوبويتران وورام ليفي Fibromatoses . يبدأ المرض بشكل تلقائي في سن ١٠ – ٣٠ سنة من العمر .

**الإمراض** : مرض وراثي ينتقل بواسطة صبغي جسدي سائد . يحدث أحياناً كمتلازمة يشاهد فيها وسادات البرجمة ، ووبش الأظفـار Leukonychia ، وصمـم ( متلازمة بارت بمفري ١٩٦٧ ) . لا يوجد دليـل على أن النشـوء آلي أو رضحي ، ويشك بتأثير الاضطرابات الوظيفية الوعائية كزراق الأطراف أو التأذي بسبب البرد .

**الموجودات السريرية** : التوضع متناظر على السطوح الظهرية للمفاصل المتوسطة للأصابع من الثاني وحتى الخامس ، ونادراً فوق الإبهام . وغالباً ما يتأثر الجلد فوق المفاصل النهائية . تكون الثخـانات قاسيـة ، ونصف دائرية ، شبيهة بالوسـادة ، بحجم ٣ – ١٠ ملـم ، وبلـون الجلـد أو مزرقـة . لا تتـوضـع هذه الوسادات عادة في المنتصف فوق قمة المفصل ولكنها وبشكل عام تميل إلى أحد الجوانب . ويكون المركز أحياناً منخسفاً ، ويدعى وسادات البرجمة مع تكون رصعة Dimple ( ستروبل ١٩٤٥ ) .

**التشـريح المرضي النسجي** : تبدي البشـرة ثخـانة شـواكيـة Acanthotic وفرط تقرن سـوي ، وتبدي الأدمة تليفـاً غنياً بالخلايا ، وثخانة مكونة من حزم من ليف الكلاجين .

**السير** : تبدأ التغيرات في الظهور عند الشباب أو بدء الكهوله ، وتزداد ببطء خلال السنين ، ثم تستمر .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفريق عن وســادات البرجمة الكاذبة من النموذج الثفني ، وعن الثفن التفاعلي أو الناجم عن المضغ ، وعن التقران البرجمي الوسادي الشكل المحدد في التقران الراحي الأخمصي .

**المعالجة** : غير ممكنة . وقد يسبب الاستئصال حدوث ندبات جدرية أو جدرات .

### وســادات البراجـم الكـاذبة ( النمط الثفني ) ســتروبل ١٩٤٩ False Knuckle Pads (Callosity Type) :

*المرادفات* : تشكل وسادات من النمط الثفني .

**الإمراض** : هي إثفـان تنجم عن عوامل آلية ( عادة العمل ) وليس عن تغيرات أولية في نسيج الجلد الضام .

**الموجودات الســريرية** : تكـون الوســادات قـاسيـة بقطر ٠,٥ – ١ سم ، وتقع مباشرة فوق منتصف المفاصل ولها لون مصفر داخلي المنشأ ( فرط تقرن ) وأخاديد خشنة . لا تشاهد أعراض حركيـة – وعـائيـة أو التهـابيـة . ( راجع الشكـل ١٨ – ٤٦ ) .

**المعالجة** : تجرب المراهم الحالة للطبقة القرنية . تتراجع وسادات البراجم الكاذبة بعد التوقف عن التعرض للمنبهات المسببة للمرض .

### وسادات المضغ ( غارود ١٨٩٣ ، ميجل وبلوويج ١٩٧٦ ) Chewing Pads :

**التعريف** : هي آفة نادرة . وتشاهد غالباً ثخانة متناظرة على ظهور الأصابع لدى الشباب ، ومن المحتمل أن تكون مماثلة لوسادات البراجم الكاذبة من النمط الثفني .

**الإمراض** : فرط تنسج محدد Circumscribed يصيب النسيج الضام والبشرة ينجم عن : مضغ ، مص ، لعق ، شد ، حك ، أو دَلك .

**الموجودات السريرية** : تنمو وسادات المضغ ببطء ، ولا يلاحظها المريض في البداية . تغيب الأعراض الشخصية كالألم ، وتحدد الحركة ، أو الشعور بالتوتر . وتكشف الثخانة مصادفة في الغالب . يبدو الجلد أحياناً خشناً أو ثؤلولي الشكل ولا تشاهد تغيرات التهابية . وتكون الأصابع من الثاني إلى الخامس في كلتا اليدين ثخينة على الأغلب ، وذات شكل مغزلي مع زيادة في النسيج الضام ، لاسيا بين مفاصل الأصابع . وبهذا التوضع تختلف وسادات المضغ عن وسادات البراجم الحقيقية التي تفضل التوضع فوق مفاصل الإصبع أو إلى جانبها . يكون الجلد مغضناً على الأغلب في محور الأصابع الطولي . قد تشاهد شقوق وسحجات أيضاً Excoriations . ( راجع الشكل ١٨ - ٤٧ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد شواك Acanthosis ، وورام حليمي (Papillomatosis) ، وفرط تقرن سوي Orthohyperkeratosis وفرط تنسج منتشر في النسيج الضام .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن وسادات البراجم ، وعن وسادات البراجم في الجلادات الوراثية - ( متلازمة تورين - سولنتي - غولي ، متلازمة بارت - بمفري ) ، وعن جلاد الترسب ( نقرس ، توف ( اجناد ) ، صفروم ) ، وعن عقد هيبردين ، وعن التهاب العظم الكيسائي المتعدد ( داء بيرثيس - جنغلنغ ) في الغرناوية ، وعن احمرار الجلد التقرني المتناظر المترقي ، وعن التقران الراحي الأخمصي النافذ Keratosis Palmoplantaris Transgrediens .

**المعالجة** : يتوجب أن يشرح للمرضى الشباب ولوالديهما العلاقة بين المضغ والثفن التفاعلي بهدف تقويم هذا السلوك الخاطىء . ويخفف من الآفة وضع شريط لاصق فوقها ، وكذلك الحقن بداخل الآفة لمعلق مخفف من الستيروئيدات القشرية .

### ليفوم الأصابع المتعدد ( نيلاتون ١٨٥٦ ) Multiple Fibromas of The Fingers :

**التعريف** : هي عقيدات من الليفوم ذات توزع متناظر وتتوضع فوق مفاصل الإصبع المتوسط .

**السببيات** : مجهولة ، ويفكر بوجود تأهب شخصي أو وراثي في النسيج الضام الوتري كي يشكل أوراماً ليفية .

**الموجودات السريرية** : تشاهد عقيدات متحركة بقطر ٥ - ١٢ ملم على شكل قبة ، غالباً ما تكون مؤلمة ، وقد تمنع إغلاق قبضة اليد . لا يحدث تغير بالجلد ، وقد يَرِقّ ، ويكون لونه محمراً غالباً . قد تحدث تغيرات مماثلة سريرية ونسجية على المرفقين وفوق الركبتين .

**التشريح المرضي النسجي** : هو ليفوم ذو توضع جلدي وتحت الجلد .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن وسادات البراجم ، والأشثان ، والصفروم الوتري الذي يتوضع أيضاً فوق المفاصل ، وتحت الجلد ، وفي مناطق أخرى من الجلد .

**المعالجة** : غير ممكنة . يحدث النكس غالباً بعد الاستئصال الجراحي .

### عقد هبردين (١٨٠٢) Heberden's Nodes :

*المرادفات* : التهاب المفصل لهبردين .

**التعريف** : تَشَكُّل متناظر من عقيدات صلبة تتوضع على الجانب الباسط للمفاصل بين السلاميات القاصية ( البعيدة ) في أصابع اليدين والقدمين من الثاني وحتى الخامس .

**الإمراض** : وراثي غالباً ، ومرتبط بالجنس . وهو سائد لدى النساء . قد تحدث تغيرات التهابية نخرية في العظام يتلوها نشوء أعران Exostoses على الرؤوس المفصلية . ويفرق عن شكل رضحي يحدث لدى الرجال .

**الموجودات السريرية** : يفضل المرض إصابة النساء بسن /٤٠/ سنة وما فوق . تنشأ عقيدات صلبة ، أو عقيدات مزدوجة ، من العظم بحجم ٢ - ٥ ملم وبشكل متناظر وتتوضع عادة على المفاصل القاصية بين سلاميات الأصابع الثاني والثالث والخامس ، ويكون الجلد متحركاً فوق الآفة . قد تبدي السلاميات القاصية ثنياً جانبياً . وقد تبدأ الحالة بآلام راجحة في الإصبع المصاب ثم تنتهي بألم خفيف عند الضغط . تكون عقد بوشارد Bouchard أكثر ندرة ، وهي تشكلات شبيهة تتوضع

على المفاصل بين السلاميات الدانية ، وقد تتوضع على أصابع القدمين وعلى الركبة والورك بشكل نادر . تشخص الحالة دائماً بالفحص بالأشعة السينية .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن جميع الأمراض الالتهابية المتكسية التي تصيب مفاصل الإصبع وعن الكلاس المحدد وعن النقرس . يتم التعرف بسهولة على توف النقرس وهي رواسب من اليورات بيضاء تلمع عبر الجلد ويمكن تحريكها فوق طبقة الجلد الواقعة تحتها . ( راجع الشكل ١٨ – ٤٨ ) .

**المعالجة** : المعالجة العرضية فقط ممكنة .

## تقفع الإصبع لدبويتران (١٨٣١) : Duputren's Finger Contracture

*المرادفات :* ورام ليفي راحي Plamar Fibromatosis .

**التعريف** : هو تقفع اثنائي لأصابع اليدين بسبب ثخانة مزمنة وانكماش السفاق الراحي Palmar Aponeurosis .

**الحدوث** : يحدث أكثر لدى المتقدمين في السن من الرجال وتزداد المراضة Morbidity لتصل إلى حوالي ١٨٪ . المرض نادر لدى النساء ويظهر فقط مع تقدم العمر ، وينجم عن وراثة بصبغي جسدي سائد مع انتفاذ Penetrance مختلف .

**الإمراض** : إلى جانب التأهب الوراثي والجنس ، فإن الرضح يحض على ظهور المرض . تحدث عقيدات في السفاق الراحي وأخيراً يظهر انقباض ليفي .

**الموجودات السريرية** : تُميز في تقفع دبويتران ٤ درجات من الشدة وهي :

*الدرجة الأولى :* عقيدات محسوسة محددة على السفاق الراحي تشاهد غالباً في تجويف اليد على طول شعاع ممتد من الإصبع الرابع .

*الدرجة الثانية :* تقفع وشيك للسفاق الراحي مع تحدد خفيف في انبساط الإصبع في المفصل السنعي – السلامي ( المشطي – السلامي = Metacarpophalangeal ) .

*الدرجة الثالثة :* يمتنع الانبساط في المفصل داخل السلامي الداني Proximal ، أو في الإبهام في المفصل السنعي – السلامي .

*الدرجة الرابعة :* فرط انبساط إضافي في المفصل القاصي Distal بين السلاميات .

تتأثر أولاً أصابع اليدين الرابع والخامس . في البداية يحدث تأذي بسيط في الانبساط ، وبعد تردٍ متقطع تنحني أخيراً الأصابع نحو مركز اليد بوضعية شديدة الثني ويسحب الجلد إلى الداخل ويلتصق مع السفاق . يمكن أن يشاهد تشكل حبل ناشز قاسٍ يبرز بوضوح عندما يحاول المريض أن يمد الأصابع ، يقاسي بعض المرضى من ألم شديد . ( راجع الشكل ١٨ – ٤٩ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد في السفاق الراحي ثخانة وترية وتليف عقيدي . تكون العقيدات الجديدة غنية بالأرومات الليفية ، وفي التشريح النسجي يتذكر الإنسان الغرن الليفي Fibrosarcoma .

**السير** : تفقد في الحالات الوخيمة وظيفة القبض Gripping في اليد . ومن الممكن إصابة طيات أصابع اليد المنقبضة الجلدية بالمذح Intertrigo وداء المبيضات Candidosis بشكل ثانوي .

**التزامن مع أمراض أخرى** : يصنف المرض كأحد أمراض الورام الليفي المتعدد لتورين Polyfibromatoses وقد يشاهد المرض مجتمعاً مع ورام ليفي راحي ، أو مع داء القضيب الرأبي الجاسيء Induratio Penis Plastica أو مع تليف الثدي الرجولي Fibrosis Mammae Virilis . وقد يتزامن مع ميل لحدوث الجدرات ، ووسادات البرجمة ، وتشمع كبد ، و التهاب حول المفصل العضدي – الكتفي . لا توجد علاقة قاطعة مع الكحولية Alcoholism ، أو الداء السكري ، أو الصرع .

**المعالجة** : يجب التخلص قدر الإمكان من القوى الآلية حتى في الطور المبكر ( مثلاً الضغط الدائم ) . المعالجة المختارة هي الاستئصال الجراحي للسفاق الراحي . إن حقن الستيروئيدات القشرية السكرية والهيالورونيداز داخل الآفة لا يقود إلى نتائج مقنعة . كما لا يؤثر إعطاء الفيتامين E عن طريق الفم . ينصح بعض المؤلفين بالمعالجة بالأشعة السينية الخفيفة للأطوار المبكرة من المرض وبجرعة مقدارها ٤ Gy في كل يومين متتاليين . ثم تعاد هذه الجرعة بفترة ٨ – ١٠ أسابيع حتى يصبح مجموع الجرعات ٢٤ Gy . ويعترض الجراحون على المعالجة الشعاعية لأنها تقود إلى حدوث تليف شعاعي يزيد من صعوبة الجراحة اللاحقة .

## الورام الليفي الراحي ( لدرهوز ١٨٩٤ ) : Plantar Fibromatosis

*المرادفات :* مرض لدرهوز ، تليف السفاق الراحي Aponeurosis Fibrosa Plantaris .

**الإمراض** : يشبه هذا المرض بشكل أساسي تقفع دبويتران وقد

يحدث معـه . يندر حدوث الورام الليفي للسفـاق الراحي . وغالباً ما يظهر المرض بعد أذية Injury أو تهتك Laceration تالٍ لرضح آلي . تشـاهد التغيرات العقدية عادة على النهاية الدانية للعظام المشطية ، وقد تقود إلى صعوبة في المشي .

**المعالجة** : كما في تقفع دبويتران .

## داء القضيب الرأبي الجاسيء ( دي لابيروني ١٧٤٣ ) : Induratio Penis Plastica

*المرادفات :* داء بيروني Peyronie ، تصلب القضيب الليفي ، جسؤ ( تصلب ) القضيب ، جسؤ رأبي في القضيب .

فرانكو دي لابيروني طبيب الملك لويس الرابع عشر الخاص أول من وصف هذا المرض .

**التعريف** : هو جسؤ ( تصلب ) يشبه الحبل ، يصيب النسيج الضام في الغلالة البيضاء Tunica Albuginea .

**الحدوث** : نادر . وغالباً ما يحدث بين عمر ٤٠ ــ ٦٠ سنة ويندر حدوثه لدى الشباب .

**السببيات** : مجهولة . يحتمل وجود تأهب وراثي لاسيا وأن الورامات الليفية الأخرى تحدث بنفس الوقت . على سبيل المثال ، يشاهد تقفع دوبويتر بنفس الوقت ولدى حتى ٣٠٪ من المرض . كما يحدث المرض مع جدرات ، ووسـادات البرجمة ، أو تليف الثدي الرجولي .

**الإمراض** : هو ورام ليفي ينشـأ من الغلالة البيضـاء المحيطة بالأجسام الكهفية وتقود مع الزمن إلى حصول جسؤ محدد أو منتشر .

**الموجودات السريرية** :يكون موقع الجسؤ النموذجي على الجانب الظهري لجسم القضيب ، فيبتدأ بعد الحشفة ويترق بشكل داني . وبالجس ، يمكن الشعور بالجسؤ على شكل صفيحة أو حلقة أو قلم ، وتكون غالباً مميزة عن الأجسام الكهفية بالجس ، ويبدو أن الجسؤ يتوضع في الجسم الكهفي بالذات عندما يصاب حاجز القضيب أيضاً . في حالات نادرة يتوضع الجسؤ على الجانب البطني لجسم القضيب حول الإحليل . ولا يشاهد الجسؤ ولا يؤلم عندما يكون القضيب رخواً ، وعند الانتصـاب ينحني القضيب إلى الأعلى أو إلى الجانب باتجاه الجسؤ . ودائماً يبدو الجلد المغطي للآفة طبيعياً ويتحرك بسهولة . قد يأخذ العجز أشكالاً مختلفة . يقود الألم الموضعي والألم المشعع خلال الانتصاب والانسداد الآلي إلى عدم المقدرة على الجماع وما يرافقه من كرب نفسي ومزاج اكتئابي ، الأمر الذي يسبب حدوث العنانة .

**التشريح المرضي النسجي** : في البدء تشاهد تغيرات التهابية . تثخن الغلالة البيضاء على شكل ورام ليفي يتألف من نسيج ضام وتري غني بالأرومات الليفية . وبعد ذلك تقل الخلايا وتصبح غنية بالكلاجين مع نقص أو غياب الألياف المرنة ، يحدث تكلس حُؤولي Metaplastic ويتكون غضروف وعظم .

**السير والإنذار** : يوجد ترقٍ لجميع الأعراض غالباً . وقد يحدث تراجع عفوي خلال فترة سنوات بنسبة تصل إلى ٣٠٪ من المرضى . ويكون النمو سلياً .

**المعالجة** : المعالجة صعبة وغير واعدة . المعالجة العامة بجرعات كبيرة من الفيتامين E ، والمعالجة بمزيج من الفيتامين A مع فيتامين E لم تكن مقنعة . قد تفيد في بداية المرض إعادة الحقن بداخل الآفة بمعلق من بلورات الستيروئيدات القشرية السكرية ( استيونيد التريامسينولون المعلق ١٠ ملغ المخفف مع مخدر بنسبة ١ : ٥ ). وينصح بحقن داخل الآفة بالأورغوتين ( سوبر أوكسيد ديسموتاز ) مع تخدير جذر القضيب . تحدّ التأثيرات الجانبية للدواء من جدوى هذه المعالجة .

يقال إن المعالجة بأشعة سينية خفيفة ( المقادير كما في تقفع دوبويتر ) تؤدي إلى نتيجة جيدة لدى ٣٠٪ ــ ٥٠٪ من المرضى . وبينما يستجيب الألم للمعالجة الشعاعية الخفيفة فإن استجابة الجسؤ تكون أفضل في الإصابات الجديدة ذات التغيرات البسيطة ، وكذلك عند المرضى دون الخمسين سنة من العمر . ينصح أيضاً بالإشعاع البعادي بالسيزيوم ، وكذلك باستعمال حزمة إلكترون ( إلكترونات من ٦ ــ ٩ mV ) .

وأخيراً ، يفكر بالمعالجة الجراحية في الحالات الوخيمة يجريها أخصائي بولية أو جراح رأبي . وتستطب بالجراحة إذا سبب الألم و/أو الانحراف عنانة ، وقد تحدث العنانة بعد العمل الجراحي أيضاً .

# الفصل التاسع عشر

# شذوذات الجلد وتشوهاته

# Anomalies and Malformations of the Skin

د . وليد حناوي

## لا تنسج الجلد الولادي Aplasia Cutis Congenita

[ Cordon 1767 ] :

مرادفات : غياب الجلد الولادي ، لا تنسج الجلد المحدد .

**تعريف** : مجموعة متغايرة من الاضطرابات تتصف بغياب جلد وملحقاته الموضع أو المنتثر عند الولادة ، وقد يكون بعضه متقرحاً عند الولادة .

**الإمراض** : نظراً لأن هذه المجموعة متغايرة ، لذلك يجب أخذ العوامل السببية المختلفة التالية بعين الاعتبار : الاحتشاءات المشيمية ، الماسخات ، الأخماج داخل الرحم ، الزيغ الصبغي ، خلال البشرة الفقاعي ، وخلل تنسج الأديم الظاهر . ولقد نوقشت شرائط السَلى ( الأمينوس ) Amniotic Bands والرضوح داخل الرحم حول دورها الإمراضي ، ولكن لا توجد نظرية موحدة في ذلك .

**الموجودات السريرية** : قد تتقرح الآفات عند الولادة أو تشفى تماماً . وبالاعتماد على عمق الآفات ، فقد تغيب بعض طبقات الجلد أو جميعها ، وأحياناً تصل الآفة عميقاً إلى اللفافة ، أو العظم ، أو الأم الجافية . وإذا شفيت ، نجد غياباً واضحاً في كل ملحقات الجلد ( راجع الشكل ١٩ – ١ ) .

ويتطلب التصنيف الحديث للأسباب وطراز لاتنسج الجلد الولادي ، وجود تسع زمر سريرية (Frieden 1986) .

*الزمرة ١* : وتتظاهر باللاتنسج جلدة الفروة الولادي دون ترافقها بشذوذات متعددة . تعتبر الفروة المكان الأكثر شيوعاً للإصابة ( قمة الرأس ) ، وتوجد آفة وحيدة في أكثر من ٧٠٪ من الحالات ، وآفتان في ٢٠٪ ، وثلاث في ٨٪ ، وتتراوح العيوب بين ٠,٥ – ١٠٠ سم² . وقد تحدث فيها النزوف ، والخثارات الوريدية ، والتهاب السحايا . ولقد سجلت شذوذات معزولة في هذه الزمرة ، ولكنها ليست متعددة : فلح الشفة Cleft Lip والحنك ، ناسور رغامي مريئي ، ازدواج الرحم وعنقه ، القناة الشريانية المنفتحة ، الفتق السري الولادي ، الكلية عديدة الكيسات ، تخلف عقلي ، توسع الشعيريات الجلدي المرمري الولادي . وتكون الوراثة فرادية أو بصبغي جسدي سائد .

*الزمرة ٢* : وتتظاهر باللا تنسج جلد الفروة الولادي المترافق بشذوذات في الأطراف . وفي معظم الحالات ، تتوضع الآفات وحيدة على الخط المتوسط للفروة ، وتترافق بشذوذات في الأطراف : ارتفاق الأصابع ، حنف القدم ، لا تنسج الأظفار أو حثلها ، مياسم جلدية Skin Tags ، جلد مرمري ، قيلة دماغية ، وعاؤومات دموية ، شذوذات قلبية ، اختفاء الخصية . والوراثة فيها بالصبغي الجسدي السائد .

*الزمرة ٣* : وتتظاهر باللا تنسج الجلد الولادي المترافق بوحمات بشروية أو عضوانية Organoid . وفي معظم الحالات ، يوجد هذا الشكل من اللا تنسج على الفروة ، وتكون العيوب فيه وحيدة أو متعددة ، ويترافق بوحمات عضوانية على الفروة أو الوجه ، وبشذوذات عينية مع تخلف نفسي حركي . وهذه الزمرة غير موروثة .

*الزمرة ٤* : وتتظاهر باللا تنسج الجلد الولادي المترافق بشذوذات جنينية كثيرة . تتوضع الآفات فيها على الجذع ( البطن ، الظهر ) ، أو الفروة أو أي مكان آخر ، وقد تختفي الشذوذات تحت هذه الإصابة . تصاب الأذن والحبل الشوكي غالباً . ولقد سجل في الحوادث ترافقها بقيلة سحائية نخاعية ، ونقص الرتق Dysrhaphia وتضيق قحفي ، وورامات وعائية في السحايا الرقيقة ، وشذوذات أذنية ، وفتق سري ولادي . والوراثة فيها تختلف باختلاف المرض المرافق .

*الزمرة ٥* : وتتظاهر أيضاً باللا تنسج المترافق بجنين ورقي أو بخثارات مشيمية . ويتوضع اللا تنسج لهذه الزمرة في مناطق مختلفة كالفروة أو الصدر أو الظهر أو الإبطين أو الأطراف . ويجدر الانتباه إلى التوضعات المتناظرة والمتعددة ، وغالباً ما تكون بشكل خطي أو سواتل . أما التأثيرات المرافقة فهي : شريان سري وحيد ، تأخر في النمو والتطور ، شلول ، حنف الأيدي والقدم التي تترافق مع حثل الأظفار Clubbed . ولقد نوقشت التبدلات الإقفارية أو الخثارية في المشيمة والجنين المسببة لهذه الزمرة . وهي لا تورث .

*الزمرة ٦* : وتتظاهر باللا تنسج الجلد الولادي المترافق بانحلال البشرة الفقاعي الوراثي . لقد وصف النمط الأول على شكل نفاطات موضعة دون ترافقها بشذوذات ولادية متعددة ، بينما وصف النمط الآخر بإصابة واسعة في الجلد وشذوذات ولادية ، وتصاب مناطق واسعة من الساعدين والساقين والجذع ، وتشاهد النفاطات على الجلد والمخاطيات ، وقد تغيب أظفار

اليـدين أو تكـون مفتـولة Distorted . وعـلاوة على ذلك ، تشـاهد شذوذات في الكلية ، والعفج ، والإحليل ، والأذنين والأنف . أما الوراثة فيها فتعتمد على نمط انحلال البشرة الفقاعي الوراثي .

*الزمرة ٧ :* وتتظـاهر باللا تنسج الجلد الولادي الموضع على الأطراف دون أن يترافق بتشكل النفاطات ، ويتوضع هذا اللا تنسج على الذراعين ( السطوح الباسطة ) ، والرسغ ، وظهر اليدين ، ولا توجد فيه شذوذات مرافقة . وتكون الوراثة فيها بالصبغي الجسدي السائد أو الصاغر .

*الزمرة ٨ :* وتتظاهر باللا تنسج الجلد الولادي الذي يعزى إلى الماسخات Teratogens ، وقد يصيب أي منطقة من الجسم عقب الإصابة بأخماج الحماق أو الحلأ البسيط . ولقد أصيبت الفروة بعد تناول الميثيمازول Methimazole . وكما لا توجد علامات أخرى لإصابة الوليد بأخماج الحماق أو الحلأ البسيط . وهذه المجموعة غير موروثة .

*الزمرة ٩ :* وتتظاهر أيضـاً باللا تنسج الجلد الولادي المترافق بمتلازمات الشـذوذات . وتشـاهد في : التثلث الصبغي ١٣ ( والمرادف هو متـلازمة تثلث الصبغي d1 ) ، متـلازمة 4p ( خبن Deletion الذراع القصـير للصبغي ٤ ) ، الأشكـال المختلفة من خلل تنسج الأديم الظاهر ، نقص التنسج الجلدي البؤري ( متلازمة غولتز – غورلين ) (Goltz – Gorlin) ، وخلل تكون القند Xy ، ٤٦ . وتعتمد الوراثة فيها على نوع المتلازمة .

**الدلائل العامة في التشخيص** : لا توجد شذوذات مرافقة في معظـم مرضى اللا تنسج الجلد الولادي ، ولكن توجد هذه الشـذوذات لدى بعض المرضى ، وتؤخذ القصـة العـائلية والولادية بشكل كامل . وفي الزمر ١ ، ٢ ، ٦ ، ٧ ، و ٩ ، يجب أن يفحص أفراد عـائلة المصـاب . عنـدما تكشف الشذوذات عند الولادة ، يجب معاينة المشيمة بحذر ، ويراقب الطفل المصـاب وخاصـة من أجل شذوذات الأديم الظاهر ( الأشعـار ، الأسنـان ، الأظفار ، الجهاز العصبي المركزي ، العينان ) .

**الإنذار** : يختلف باختلاف المرض المرافق .

**العلاج** : عرضي . ويلجأ إلى الجراحية الرأبية إذا كان ذلك ضرورياً .

### متـلازمـة الأينـوم الكـاذب Pseudo – ainhum Syndrome [ Clark 1860, von Messum 1871 ] :

*المرادفات :* تشـوه الأطراف Peromelia ، تضييق ( اختنـاق الأطراف .

**التعريف** : تضـييق الأطراف الولادي أو بترها النـادر جداً . ( « الإينوم » وتعني الأينوم بلغة زنوج شرق إفريقيا : يقطع أو ينشر ) .

**الحدوث** : نادرة جداً .

**الإمراض** : من المحتمل أن يعزى إلى اضطراب غير معروف في التطور الجنيني الباكر للأطراف .

**الموجودات السريرية** : توجد الأخاديد المتضيقة بشكل شائع على الساعدين والأصابع منذ الولادة ، وأكثر ندرة توضعها على السـاقين ، تكون هذه المتـلازمة ثنائية الجانب عادة ، ويكثر وضوحها على الجانب الأيسر أكثر من الجانب الأيمن ، وتؤدي الأخاديد الحلقية العميقة إلى تشوهات غريبة غالباً ، ومع ذلك تبقى حركة المريض والوظـائف الأخرى مقتصرة على حدها الأدنى بشكل ملفت للانتباه وتتلم النسج اللينة عميقاً كما لو تثلمت بالحلقات ( كفات Cuffs ) ، بينما تبقى الأوعية الدموية والأعصاب والعظام غير مصابة غالباً .

**التشخيص التفريقي** : تحدث متلازمة الأينوم متوطنة في السود على شكل موات جاف يرافقها بتر عفوي ، ولا يصيب الحثل الشحمي نصف الحلقي محيط الطرف بكامله ولا يتحدد بشكل واضـح ولين . كما يؤخذ تصـلب الجلد الخطي المحدد بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي .

**المعـالجة** : غير ضرورية . وتعاد بنية الأصـابع والأباخس بالجراحة الرأبية .

### جـلد الرأس المتـلفف Cutis Verticis Gyrata [ Jadassohn 1900, Unna 1907, Audry 1909 ] :

المرادفات : ثخن جلد الرأس المتـلفف ، جلد الرأس المثني ، ثخن الجلد المُطوّى ، متـلازمة فروة الكـلب القوي ( البلدغ Bulldog ) .

**التعريف** : تبدي الإصـابة طيـات دماغية الشكل على الفروة داخل منطقة محددة . قد تكون ولادية أو تظهر في سن الكهولة وتشبه قشرة الدماغ ، كما توجد على التلافيف حاصة متبدلة .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : في بعض المرضى ، توجد وحمة جلدية كبيرة في منطقة جلد الرأس المتلفف ، وفي الطب البيطري توجد حالة مشابهة معروفة لدى كلاب الصيد والبلدغ ( نوع من الكلاب القوية ) ، وتبدي هذه الكلاب طيات وانتفاخات واضحة في منطقة رؤوسها .

**الموجودات السريرية** : تسود هذه الإصابة في الذكور ، وتحدث إما ولادياً أو غالباً قبل الكهولة الباكرة أو في متوسط العمر . وإن الطيات المتنفخة تذكرنا بتلافيف الدماغ التي تبدو في مناطق محددة حيث تصيب قمة الفروة و/أو القفا عادة ، وتزداد سماكتها تدريجياً حتى تبلغ سماكة الأصبع . ( راجع شكل ١٩ – ٢ ) . وإن التورمات المعترضة الغليظة قد تبدو على الجبهة ، وتصيب الراحتين أيضاً في حالات نادرة جداً . وفي هذه التوضعات يبدو الجلد واسعاً جداً ولهذا يتراكم فوق العظام الطبيعية ، وتزداد درجة التبدلات النسجية ببطء ، ويميز خلاقون البؤرة الأولية غالباً لأول مرة ، ويكون نمو الأشعار طبيعياً في الأخاديد ( الأثلام ) ، ولكنها تنقص على أعراف Crests ( تلافيف ) الجلد . تشبه طيات الفروة الإسفنجيين ، وقد يحدث التعطن والأخماج الجرثومية والفطرية والإفرازات النتنة في المراحلة الأخيرة إذا كانت التلافيف ضيقة جداً .

وتتواجد وحمة أدمية وحمية الخلايا دماغية الشكل إذا وجدت التلافيف في هذا الداء عند الولادة ، وقد تتحدد هذه الوحمات بشكل واضح من الجلد المحيط بها ، وتنمو في البداية بشكل متجانس ثم بشكل غير متجانس في بقية الجسم ، وقد يحدث التنكس الخبيث فيها .

**الأعراض** : تغيب الأعراض المزعجة عادة ، ولكنها قد تحدث في أمراض الغدد الصماء مثل ضخامة الأطراف أو الفدامة ، كما يحدث الذهان أيضاً .

**التصنيف** :

– جلد الرأس المتلفف الحقيقي .
 كجزء من متلازمة .
  مع ضخامة الأطراف وسرطانة القرنية .
  مع ثخن الجلد والسمحاق .
 كعلامة في اضطرابات الغدد الصماء .
  مع ضخامة الأطراف .
  مع الوذمة المخاطية .
  مع الفدامة .
 دون أن يترافق بمتلازمات الغدد الصماء أو اضطراباتها في الأشخاص الأصحاء .
– جلد الرأس المتلفف الكاذب .
 وحمة الخلايا الوحمية داخل الأدمة دماغية الشكل .
 الوحمة الشحمومية .
 الليفوم العصبي ، الشفانوم .
 الارتشاح الابيضاضي اللمفي المزمن .

الداء النشواني .
عقب الالتهاب .

**الإنذار** : جيد .

**التشخيص التفريقي** : وحمة الخلايا الوحمية ، جلد الرأس المتلفف كجزء من متلازمة ثخن الجلد والسمحاق الغامض .

**المعالجة** : الاستئصال إذاتطلب الأمر ذلك ، والعلاج العرضي للأخماج والتعطين .

**ثخن الجلد والسمحاق Pachydermoperiostosis**
**[ Friedreich 1868, Touraine, Solente, and Gale 1935 ] :**

*المرادفات* : متلازمة تورين – سولينت – غولي ، ثخن الجلد والسمحاق العائلي ، تعجر الأصابع والسمحاق الغامض ، الاعتلال المفصلي العظمي الضخامي الغامض ، ثخن جلد النهايات مع ثخن الجلد والسمحاق ، الجلد الضخامي المزمن والعظام الطويلة .

**التعريف** : مرض يورث بصبغي جسدي سائد أو صاغر ، ونادراً ما يحدث بشكل فرادي ، ويتصف بجلد الفروة المتلفف ، وتعجر الأصابع ، وتبدلات عظمية ، وتسمك الأقسام اللينة من الوجه ، وفرط تعرق ، بالإضافة إلى المث .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الأسباب** : غير معروفة . إذا حدثت الهجمة الأولى للمرض في سن الشباب ، فإن التبدلات تبقى ثابتة .

**الموجودات السريرية** : تحدث هذه المتلازمة في الذكور عادة ، وتكون شديدة جداً عادة ، ويعد جلد الرأس المتلفف جزءاً من هذه المتلازمة فقط ، أما المظاهر المرافقة فهي الأصابع المتعجرة ، وفرط التعظم السمحاقي المتناظر الذي ترافقه تبدلات في المادة الإسفنجية ، وتغلظ الملامح ، وتسمك النسج اللينة وجلد الساعدين والساقين ، وفرط تعرق اليدين والقدمين وفرط تنسج الغدد الزهمية التي يرافقها مث وكبر مسامات جلد الوجه .

**الإنذار** : حسن .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل في التشخيص التفريقي كل من جلد الرأس المتلفف ، وثخن الجلد والسمحاق العرضي المكتسب الذي يظهر بعد حدوث الأورام مثل سرطانة الرئة ؛ ومتلازمة EMO التي يرافقها أدواء الغدة الدرقية ويتصف بالأصابع المتعجرة وثخن جلد النهايات ، ومتلازمة أوهلنجر Uehlinger .

**المعالجة** : استئصال الجلد الجراحي إذا تطلب الأمر .

**الظُّفْرة أو متلازمة الوترة Pterygium or Web Syndrome** : [ Bonnevie 1934, Ullrich 1936 ] :

*المترادفات* : متلازمة بونيفي – إيلريخ ، داء الظُّفرة .

**التعريف** : توجد طيات الجلد التي تشبه الأغشية بين الأصابع وعبر ثنيات المفاصل . وهذه الطيات تشبه الوترات في بعض طيور الماء ، وقد تكون الظفرة ملازمة لبعض المتلازمات .

**متلازمة بونيفي – إيلريخ** : توجد هذه الوترات على العنق والمفاصل وترافقها شذوذات في الأطراف والأذن الخارجية ، وشذوذات في الأعصاب القحفية ، وفرط تثني المفاصل ، وفرط مرونة الجلد ، واضطرابات في التعظم وعيوب قلبية .

**متلازمة لوفيفر – لانغيوبين Lefever Languepin** : ( ١٩٢٦ ) . تعتبر التشكلات الوترية ثنائية الجانب في الناحية المأبضية هي القاعدة في هذا الشذوذ . بالإضافة إلى ذلك ، فقد يرافقها فلح في الشفتين والفك السفلي والحنك ، ونواسير ولادية في الشفة السفلى ، ومتلازمة ارتفاق الأصابع ، واختفاء الخصية ، ونقص تنسج الشفر الكبير والوحمات البقعية المتعددة .

## شذوذات الأذن Malformations of the Far :

**الأذن الخدية Cheek Ear ( أذن القطة )** : هذه الظاهرة ( الأذن الخدية : Melotia ) نادرة جداً ، وتتألف من ضخامة متدرجة في القسم العلوي من حتار الأذن .

**اللواحق الأذنية Auricular Appendages** : وتبدو هذه اللواحق على شكل حدبات صغيرة أو تشكلات فصية على الأذن أو بين الأذن والوجنة ، وقد تلازمها شذوذات الأذن الخارجية ( راجع الشكل ١٩ – ٣ ) .

**نواسير الأذن وكيساتها** : وتحدث هذه الآفات أمام زنمة الأذن وفي منطقة حتار الأذن الصاعد وقد تسبب حبيبومات التهابية مزمنة . وهذه تؤدي إلى تقرح مع حبيبوم جسم أجنبي أو صورة تشبه الذأب الشائع وذو ارتشاح ذأباني يكشف بالمعاينة بالشفوفية .

**المعالجة** : الاستئصال التام ، إذا كان ضرورياً بعد إجراء تخطيط النواسير .

## النواسير الغلصمية والكيسات Branchial Fistulas and Cysts :

ليست النواسير الغلصمية الولادية غير شائعة ، وتعزى إلى خلل في تطور الجهاز الغلصمي .

**النواسير الأنفية Nasal Fistulas** : تحدث النواسير الولادية على جسر الأنف وتقع فتحاتها في الزاوية الداخلية من الجفن .

**التشخيص التفريقي** : ويدخل في التشخيص التفريقي كل من أورام الملحقات للأعضاء الإضافية ذات الفتحات المنخفضة قرب جسر الأنف الشبيهة بالنواسير ، وجريبومات الغدد الزهمية والتي هي أورام سليمة ذات عنيبات من الغدة الزهمية الكبيرة والمتعددة ، وأشعار انتهائية معزولة تبرز من فتحة الناسور . ويكون فرط التنسج المحدد للغدد الزهمية ذو بنى صفراء وانخفاض سري الشكل .

تحدث الجريبومات الشعرية في مناطق مختلفة من الوجه وعلى جسر الأنف أيضاً ، ويساعد وجود الأشعار الحريرية الشكل اللامعة الصغيرة ( تشبه الزغب ) في التشخيص أيضاً .

**المعالجة** : الاستئصال .

**نواسير الشفة** : انظر الفصل ٣٣ .

**نواسير العنق وكيساته Fistulas and Cysts of the Neck** : وينظر إلى نواسير العنق وكيساته باعتبارها شذوذات غلصمية .

**نواسير العنق الوحشية ( الجانبية )** : يوجد هذا النمط من الناسور عند الولادة عادة وتدعو الحاجة للاستشارة الطبية غالباً عندما يتراوح عمر المريض بين ١ – ٥ سنوات . وتعتبر الحافة الأمامية من العضلة القصية الترقوية الخشائية أكثر المناطق شيوعاً للإصابة ، وفي تلك المنطقة توجد فتحة متلمة وتشكل حبلي عميق ومجسوس . وهذه النواسير الوحشية في العنق تنجم عن شذوذات في قوس الفك السفلي وتتصف نسجياً بظهارة مطبقة أو بظهارة العصي والمخاريط Columnar وبارتشاح من الخلايا الالتهابية . ( راجع الشكل ١٩ – ٤ ) .

**المعالجة** : الاستئصال بعد تحديدها بالأشعة السينية أو بتخطيط مسار الناسور بزرقة الميتيلين خلال الجراحة . ويبلغ معدل الرجعة حوالي ١٠٪ وينشأ من ترك البشرة في القسم الخلفي للناسور ، وقد يمتد مسار الناسور بعيداً حتى السرير اللوزي .

**الكيسات الوحشية في العنق** : ما يزال التشكل النسجي لهذه الكيسات غير واضح . وفي عديد من الحالات ، تكون ذات أرضية وراثية وتترافق بشذوذات في قوس الفك السفلي ، أو في القناة البلعومية التوتية ، أو في بشرة الغدة اللعابية المتبذة للعقد اللمفية الرقبية . وتظهر هذه الكيسات تالية لأخماج الأنف والحلق . ويتراوح عمر الأشخاص المصابين بين ١٥ – ٢٠ عاماً عادة . ويقع المكان الأكثر شيوعاً للتبدل الكيسي الالتهابي في المثلث السباتي .

**المعالجة** : الاستئصال . وتتألف بنيتها من كيسة نسيج ضام

حيث . ولا يمكن تميز منشئها عادة ، وقد تتضخم العقد اللمفية المجاورة . ويكون محتوى الكيسة بشكل عام عقياً لزجاً وغنياً بالكولسترول . وفي العديد من الحالات يصعب إزالة محفظة هذه الكيسات تماماً ، ويبلغ معدل نكس الإصابة حوالي ٢٪ .

**النواسير الناصفة في العنق Median Fistulas of the Neck** :
تظهر مثل هذه النواسير على الناحية البطنية من منتصف العنق وينظر إليها كشذوذات في القناة الدرقية اللسانية ، وأحياناً توجد وحمة عضوانية كالوحمة الزهمية حول فتحة الناسور . وقد تظهر النواسير الناصفة في العنق من كيسة تقع في مركز رضح أو خمج سابق ، كما يحيط النسيج الالتهابي بفتحة الناسور عادة . ( راجع الشكل ١٩ — ٥ ) .

**المعالجة** : الاستئصال ، إذا كان ممكناً بعد تحديد مسارها بالأشعة السينية . ويمكن تتبع المسارات الإضافية داخل العضلة الفكية اللامية Mylohyoid والعضلة الذقنية اللامية Geniohyoid ، وأحياناً بعيداً حتى اللسان . وإن معدل النكس بعد الاستئصال الجراحي مرتفع وتبلغ حوالي ٣٠٪ — ٤٠٪ .

**الكيسات الناصفة في العنق ( كيسة القناة الدرقية اللسانية ) Median Cysts of the Neck (Thyroglossal Duct cyst)** : تتوضع هذه الكيسات التي تتطور من بقايا الأقنية اللسانية الدرقية على الخط الناصف ، وقد تتواجد في المنطقة ما بين الثقبة الأعورية والغدة الدرقية . وليس من غير الشائع وجود أقسام من النسيج الدرقي في جدار الكيسة . وتعتبر هذه الكيسات فعلياً الكيسات الأكثر شيوعاً عند الرجال ، كما تحدث تبدلات التهابية في عديد من الحالات .

**المعالجة** : الاستئصال بعد نفي الإصابة بالغدة الدرقية المنبتذة بالتخطيط الومضاني Scintigraphy . وبعد أن تنزح هذه الكيسات ، يمكن ملؤها بزرقة الميتيلين لكشف المسارات الإضافية . وفي عديد من الحالات ، لا يمكن تجنب القطع الجزئي للعظم اللامي .

**النواسير في مناطق أخرى** : تحدث النواسير الولادية على طول رفاء Raphe الصفن ورفاء العجان ، وتعتبر الجراحة العلاج الأفضل فيها .

**الحلمات الإضافية Accessory Nipples** :

*المرادفات* : تعدد الحلمات ، الحلمات زائدة العدد .

إن وجود حلمة إضافية أو أكثر أمر شائع نسبياً ، وقد ينظر إليها كبقايا لتطور سلالات ليست بذات شأن .

**الموجودات السريرية** : تحت المكان الطبيعي للحلمات ، توجد حلمة إضافية أو أكثر على خط الحليب ، وحيدة الجانب عادة ، وأحياناً تكون ثنائية الجانب . وتبدو على شكل بنى لينة القوام ، مرتفعة قليلاً ، بنية اللون ذات أخاديد معترضة مركزية نموذجية تشبه الحلمة . ويرافقها أحياناً لعوة مصطبغة وبعض الأشعار ، وقد توجد هذه الحلمات في حالات نادرة ، بعيداً فوق الكتف أو أعلى الظهر .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي الوحمات ذات الخلايا الوحمية الأدمية المصطبغة ، وإن كان هذا الشذوذ والخزعة ، إذا كانت ضرورية ( الحزم العضلية الملساء ) ، يقودان إلى التشخيص الصحيح .

**المعالجة** : الاستئصال ، إذا كان ضرورياً .

**العقيدات المحدثة بالضغط Piezogenic Nodules [ Shelley and Rawnsley 1968 ]** :

*المرادفات* : العقيدات المحدثة بالضغط على العقبين وجوانب اليدين ، فتوق النسيج الدهني المتعدد في العقب ، الحطاطات القدمية المحدثة بالضغط المؤلمة ( Piezein باليونانية : تعني يضغط ) .

**التعريف** : عقيدات محددة ، مؤلمة في بعض الحالات ، تتوضع على العقبين وجانب اليدين ، وتعزى إلى فتوق النسيج الدهني .

**الحدوث** : شائع نسبياً ، وتحدث في حوالي ٢٠٪ من السكان ، وتشاهد في جميع الأعمار ، ولا توجد اختلافات في الإصابة بين الجنسين .

**الإمراض** : من المحتمل أن تكون حواجز النسيج الدهني داخل غرف هذا النسيج والتي تتحمل الضغط غير كافية ، وبالتالي تسبب ترسبات من كرات دهنية صغيرة في الأدمة تؤدي إلى تبارزات تشبه الفتوق عندما تتعرض للضغط .

**الموجودات السريرية** : تحت الضغط الانتصابي ، تظهر عقيدات متبارزة نصف كروية على الناحية الناصفة أو الظهرية أو الوحشية للعقب . وأعلى من الأخمص حوالي ٢ سم . وقد تكون هذه العقيدات عديدة ويبلغ عددها العشرون ، وأحياناً تصاب القدمين معاً . تأخذ هذه العقيدات اللون اللحمي ، وأحياناً اللون الأبيض ، ولا تترافق بإصابة البشرة ، وتبدو قاسية متوترة . تنزلق هذه العقيدات إلى داخل الجلد عندما يزول الضغط عنها . ( راجع الشكل ١٩ — ٦ ) .

**الأعراض** : هذه العقيدات المحدثة بالضغط مؤلمة أحياناً وتعزى إلى ضغط العقيدات على الأعصاب في النسيج الدهني تحت الجلد . وقد تلاحظ هذه العقيدات على جوانب اليدين أو في منطقة الظنبوب أيضاً ، وفي هذه التوضعات تتواجد بضعة عقيدات فقط .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد عيب في تشكل الحواجز في طبقة النسيج الدهني تحت الجلد قرب الأدمة .

**المعالجة** : الاستئصــال وخياطة النسيج تحت الجلد عند الألم الشديد .

# الفصل العشرون

# الداء الالتهابي في الغضروف

# Inflammatory Disease of Cartilage

د . صالح داود ، د ، شذى زيزفون

يندر أن يرى طبيب الجلد التغيرات الالتهابية في الغضروف . وعلى أي حال ، هناك ثلاثة أمراض يجب تذكرها هي : الأذن القنبيطية ، التهاب جلد وغضروف حتار الأذن العقيدي المزمن ، التهاب الغضاريف العديد الناكس . ويمكن أن تؤدي عضة الصقيع في الأذنين إلى تفاعل التهابي مع تشوه في الغضروف .

**الأذن القنبيطية Cauliflower Ear :**

هو تشوه في الأذن يحدث عند الملاكمين أو المصارعين أو غيرهم ، نتيجة تغيرات في الغضروف الأذني ، بسبب الرضح المتكرر . هذه الحالة دائمة ولا يمكن أن تتحسن إلاّ بالجراحة فقط .

**التهاب جلد وغضروف حِتار الأذن العقيدي المزمن Chondrodermatitis Nodularis Chronica Helicis** [ Winkler 1916 ] :

*المرادفات :* عقيدات الأذن المؤلمة ، عقيدات الصيوان المؤلمة .

**التعريف :** عقيدات التهابية ممضة بشدة ، تتشكل في الناحية العلوية من الصيوان .

**الحدوث :** ليس الداء نادراً ، ويحدث عامة عند الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ – ٧٠ سنة ، وتأثير العوامل الوراثية غير معروف . يصيب الداء الأذن اليمنى بتواتر أكبر .

**السببيات :** إن سببيات هذا الداء غير واضحة . فإلى جانب العوامل خارجية المنشأ مثل الأذيات الآلية أو عضة الصقيع ، هناك أهمية للعوامل الشخصية المؤهبة مثل التوعية القليلة نسبياً للجزء العلوي من صيوان الأذن . وقد شوهد الداء عند الراهبات في مناطق الضغط الواقعة تحت رداء الرأس القاسي ، وليس لهذا الداء أية علاقة مع الأذن الداروينية Darwinian Ear . وقد يعزى هذا الداء أيضاً إلى مرض مناعي ذاتي حيث تثيره التغيرات الموضعية الطارئة على الغضروف الأذني .

**الموجودات السريرية :** يتوضع الداء على حواف حتار الأذن Helix ، ونادراً ما يصيب مناطق أخرى من الأذن كالوترة ، ويتظاهر الداء بعقد دائرية أو بيضوية ممضة بشدة يبلغ قطرها حوالي ٤ ملم ، ذات قوام قاسٍ وسطح أملس ، وتنشأ هذه العقد من الغضروف المستبطن . تكون العقد عادة بلون الجلد أو تكون لؤلؤية شفافة ولكن قد تكون مزهرة قليلاً . وكثيراً ما تشاهد وسفة أو قشرة مركزية عالقة ، نتمكن بعد نزعها المؤلم من مشاهدة قرحة صغيرة تحتها . وقد تكون المنطقة المجاورة ملتهبة وحمراء أحياناً . ومن الملفت للنظر حساسية العقيدات الشديدة للضغط وإيلامها مما يمنع المريض من النوم على جهة الأذن المصابة أو وضع سماعة الهاتف عليها . والعرض المسيطر هو الألم الشديد . ( راجع الشكل ٢٠ – ١ ) .

**التشريح المرضي النسجي :** تبدي البشرة شواكاً غير منتظم مع فرط تقرن وخطل تقرن بؤري ، وكثيراً ما يشاهد تشكل قشرة مركزية وعيب بشروي مستبطن . ويلاحظ في النسيج الضام وسمحاق الغضروف التهاب حبيبي مزمن ، مع تنخر صغير محدد ، وتسرب النسيج المرن من خلال البشرة . ويمكن أن نجد في بعض الأحيان مفاغرة شريانية وريدية تشبه الكبة ، وقد تكون مسؤولة عن ألم هذه الآفات . أما التغيرات الأخرى في النسيج الضام الأدمي مثل المران السافع ، أو في الغضروف مثل التنكس الموضع ، فمن الواضح أنها غير نوعية للداء وإنما تتعلق بالعمر .

**السير :** سير الآفة مزمن إذا لم تعالج ، مع أعراض شخصانية تتمثل بالألم وليس لها أي مضاعفات . ويمكن أن يؤدي الاستئصال الناقص وغير الكافي للآفة إلى تشكل تالٍ لعقيدتي أذن مؤلمتين .

**التشخيص التفريقي :** يجب تفريقه عن توفه النقرس ، والجيبوم الحلقي ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والسرطانة وسفية الخلايا .

**المعالجة :** إن الاستئصال الجراحي الكافي والواسع الإسفيني الشكل هو وحده الذي يمنع النكس . ويمكن بشكل بدئي محاوله إجراء الحقن داخل الآفة بمستحضرات ستيروئيدية مبلرة ( التريامسينولون ، ١٠ ملغ/مل مع ١٪ مخدر موضعي ممدد ١ : ٥ ) . أو يمكن أن تجرب الرهيات الستيروئيدية الموضعية . ويؤدي تجميد الآفات بالآزوت السائل إلى تحسن مؤقت فقط .

**التهاب الغضاريف العديد الناكس Relapsing Polychondritis** [ Von Jaksch – Wartenhorst 1923, Altherr 1936, Von Meyenburg 1936 ] :

*المترادفات :* التهاب الغضاريف العديد الناكس المزمن ، التهاب

الغضاريف العديد الضموري المزمن ، تلين الغضروف المعمم ، متلازمة Meyenburg – Altherr – Uehlinger .

**التعريف** : هو داء التهابي معمم يصيب الغضروف الأذني وغير الأذني بانحلال الغضروف وتندبه وضموره .

**الحدوث** : لقد ورد ذكر أكثر من ٤٠٠ حالة حتى الآن ( معظمها في أوروبا والولايات المتحدة ) ، مع حدوث متساوٍ عند الرجال والنساء . يمكن أن يحدث الداء في جميع الأعمار ولكنه أكثر شيوعاً في الأعمار التي تتراوح بين ٢٠ – ٦٠ سنة ( متوسط العمر في أكبر دراسة كان ٥١ سنة ، يتراوح بين ١٣ – ٨٤ سنة ) . ولا يوجد أي دليل على دور العوامل العرقية أو الإرثية .

**السببيات** : لا يعرف سبب التهاب الغضاريف العديد الناكس ( التهاب الغضروف والتهاب سمحاق الغضروف ) المترافق بانحلال الغضروف وضموره . ويعتقد بأنه مرض مناعي ذاتي لأنه يوجد تشابه معين مع التهاب المفاصل المزمن البدئي والذأب الحمامي . ويستجيب الداء جيداً للمعالجة بالستيروئيدات القشرية . ويمكن إثبات وجود تراكيز مرتفعة من الأضداد المضادة لعديدات السكريد المخاطية خلال الأطوار الحادة من المرض . يُتَّبع التفاعل المناعي الذاتي بالتهاب وتهدم في الغضروف .

**الموجودات السريرية** : يبدأ الداء عادة بنزلة في الجهاز التنفسي العلوي ، أو إصابة بالنزلة الوافدة ، أو بضعف عام . ثم لا يلبث أن يحدث عسر تنفس بسبب ليونة غضاريف الحنجرة والرغامى . ويمكن أن يصاب الأنف بتشوه حيث يأخذ شكل السرج ، ثم يتبعه إصابة غضروف الأذن والذي يسمى بالأذن القنبيطية أو الأذن البالية Wash – rag Ear . وتصاب الأذنان والأنف في حوالي ٨٠٪ من الحالات . ويمكن أن تسبب إصابة صماخ السمع الخارجي صمماً أذنياً خارجياً . ويمكن أن يتأثر غضروف الأذن أيضاً .

**الأعراض** : يمكن أن تؤدي إصابة الشجرة الرغامية القصبية إلى أخماج ثانوية ، وعسرة تنفس واختناق . ويمكن أن يترافق ذلك مع استرواح صدر عفوي . تؤدي إصابة العينان إلى التهاب ملتحمة أو التهاب صلبة أو التهاب قزحية . وتؤدي إصابة المفاصل إلى أعراض رثوانية . وكذلك ذكرت إصابة الأوعية الدموية ( أم دم أبهرية ، قصور أبهر ) . وتعزى التظاهرات الأخيرة إلى إصابة النسيج المرن .

تختلف الأعراض العامة من تعب وفقدان وزن وحرارة وفقر دم .

**الموجودات المخبرية** : ترتفع سرعة التثفل مع كثرة العدلات ، وأحياناً كثرة الحمضات . يكون البروتين التفاعلي C ( ن ) إيجابياً ، ويكون العامل الرثواني إيجابياً أحياناً خلال الأطوار الحادة . وثمة زيادة في طرح عديدات السكاكر المخاطية الحمضة في البول مع بيلة بروتينية . ويبدي الفحص بأشعة X والتخطيط الومضاني تغيرات ملحوظة في غضروف الأذن .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي خزعة الغضروف ( الأذن ) نقص في التلون الأسسي للغضروف مع رشاحة التهابية باللمفيات . ومن ثم يحدث تشدف ( تشظٍ ) في الغضروف وتليفه .

**السير** : سير المرض مزمن ٣ – ٥ سنوات . والإنذار سيء بسبب تلف الوظيفة التنفسية والقلبية . يمكن أن يحدث في الحالات الشديدة سير حاد ومميت . وعلى كل حال ، فقد تحدث هوادة تامة . وبلغت نسب الحياة من ٥ – ١٠ سنوات بعد التشخيص ٧٤٪ بينما بلغت ٥٥٪ في دراسة أخرى أجريت في Mayo Clinic في الولايات المتحدة . ومن أهم أسباب الوفاة : الأخماج ، والتهاب الأوعية المجموعي ، والخباثات . ويشير حدوث فقر دم والتهاب أوعية وتشوه الأنف بشكل السرج إلى الإنذار السيء .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يفرق الداء المعمم عن التهاب المفاصل المزمن البدئي ( التهاب المفاصل الرثواني ) . وعن داء رايتر والتهاب المفاصل الحاد . ويمكن أن تلتبس التغيرات في الجهاز التنفسي مع الداء الحبيبومي لفاغنر والإفرنجي الولادي والتهاب الشرايين العقد . ويتضمن التشخيص التفريقي للتغيرات الأذنية : التهاب جلد وغضروف حتار الأذن العقيدي المزمن ، والحبيبوم الحلقي ، وعضة الصقيع ، والأذن القنبيطية ، والنقرس .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* تعطى الستيروئيدات القشرية ، بجرعة بدئية ٤٠ – ٦٠ ملغ بردنيزولون يومياً أو ما يعادلها ، ثم تخفض إلى جرعة داعمة بمقدار ٥ – ٢٥ ملغ : يومياً . ويمكن أن نفكر بإعطاء الأدوية التالية : الساليسيلات ، الاندوميتاسين وغيرها من الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيروئيدية ، والأزاثيوبرين أو الكولشيسين . وقد وجد أنه يمكن أن يكون للسلفون ( دابسون ٥٠ – ٢٠٠ ملغ/يوم ) فائدة أحياناً ، وربما يرجع ذلك إلى تثبيط تحرر إنظيمات الجسيمات الحالة Lysosomal في منطقة الالتهاب .

# الفصل الحادي والعشرون

# أمراض النسيج الشحمي

# Diseases of the Fatty Tissue

د . صالح داود

يدعى النسيج الشحمي تحت الجلد ككل بالسبلة الشحمية Panniculus Adiposus أيضاً . ويقسم هذا النسيج إلى فصيصات Lobules بواسطة حجب من النسيج الضام ذات تغذية دموية وافرة واستقلاب فعال . وتختلف ثخانة طبقات السبلة الشحمية تبعاً للعمر ، والجنس ، والوراثة ، وحالات الغدد الصماء Endocrine والاستقلاب . ( راجع الشكل ٢١ — ١ ) .

يغيب النسيج الشحمي تحت الجلد في الأجفان وفي المنطقة التناسلية عند الرجال ، وكقاعدة عامة لا تنتقل الأمراض الجلدية إلى النسيج الشحمي تحت الجلد ، وكذلك تكون أمراض هذا النسيج محددة لذاتها وتترقى في بعض الأحيان إلى الأدمة التي تغطي النسيج الشحمي .

يثير التشخيص التفريقي لالتهابات السبلة الشحمية صعوبات رئيسية وذلك بسبب التشابه الكبير فيما بينها في المسببات ، والإمراض ، والسريريات ، و/أو التشريح المرضي النسجي . ولا يخفى ضرورة أخذ خزعة كبيرة تتناول هذا النسيج وتكون من آفة حديثة التشكل وذلك للدراسة التشريحية المرضية ، وإن الدراسة النسجية صعبة في التهابات السبلة الشحمية وذلك بسبب التخرب الذي يمكن أن يصيب الخلايا الشحمية بأسباب عديدة . وما التفاعل الالتهابي النسجي إلا الحلقة الأخيرة في سلسلة العمليات النسجية المرضية في هذه الأمراض . ولا تؤخذ الخزعات في هذه الأمراض عادة قبل هذه المرحلة ، وغالباً ما تعطي معلومات تشريحية مرضية متقاربة بالرغم من أن أسباب هذه الأمراض مختلفة .

ولقد جرت محاولة لتصنيف الالتهاب من حيث مصدره البدئي ، فإذا كان في الحاجز بين الفصيصات يدعى التهاب السبلة الشحمية الحاجري ؛ وإذا كان الالتهاب في الفصيصات سمي التهاب السبلة الشحمية الفصيصي . ويجب تحديد مكان الالتهاب البدئي أيضاً سواء في الشرينات أو الوريدات أو الشعيريات وكذلك تحديد طبيعة الالتهاب ( لمفاوية الخلايا ، مصورية الخلايا ، عدلات ، حبيبومية مع أو دون نخر وترسبات موسينية Mucin أو ليفينية أو شحمية ) ويمكن أن يكون النخرالشحمي مصلياً أو زجاجينياً أو أسسياً Basophilic . وتشير ترسبات الكالسيوم والمادة النشوانية إلى التنكس الشحمي ، تتظاهر جميع التهابات السبلة الشحمية بعقيدات جلدية أو تحت جلدية حمراء اللون أو بنية أو مرمرية ، وغالباً ما تكون طرية الملمس ، ويمكن أن يتقرح بعضها وقد لا يتقرح . وسنتكلم في هذا الفصل عن التهابات النسيج الشحمي ونترك الأورام إلى فصل آخر .

تصنيف التهابات السبلة الشحمية : يمكن تصنيفها إلى التهابات سبلة شحمية حادة ، والتهابات سبلة شحمية مزمنة والأشكال الأخرى التي دعيت بمتلازمة بفيفر — ويبر — كريستيان ، ومتلازمة روثمان — ماكاي . ولا توجد معايير سريرية أو تشريحية مرضية تفصل بين المتلازمتين الأخيرتين . وتتضمن التهابات السبلة الشحمية : النخر الشحمي مع مرض معثكلي ، والتهاب السبلة الشحمية مع عوز ألفا واحد مضاد تريبسين ، والتهاب السبلة الشحمية الذأبي ، والتهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام ، والتهاب السبلة الشحمية المفتعل ، والتهاب السبلة الشحمية مبلعم الخلايا .

هذا وتسبب أمراض عديدة مختلفة تغيرات مرضية في النسيج الشحمي وسنشرح في هذا الفصل التهابات السبلة الشحمية غير الخمجية ، ( راجع الجدول ٢١ — ١ ) . حيث تم تصنيف هذه الأمراض تبعاً للمسببات ، وتتضمن العوامل المسببة ، العوامل الفيزيائية ، والنفسية ، والكيميائية ، والاستقلابية ، والمناعية ، والتنكسية ويضاف إليها التهابات الأوعية والخباثات . وليس ثمة أدنى شك بأن حالة المريض تلعب دوراً في قابليته للإصابة بالتهاب النسيج الشحمي .

**متلازمة بفيفر — ويبر — كريستيان Pfeifer – Weber – Christian Sydrome [ Pfeifer 1892, Weber 1925, Christian 1928 ] :**

*المرادفات :* مرض ويبر كريستيان ، التهاب السبلة الشحمية الناكس غير المقيح الحمي العقيدي ، التهاب السبلة الشحمية العقيدي غير المقيح الناكس .

**التعريف** : هو التهاب سبلة شحمية غير معروف السبب وناكس ، غير مقيح ورافع للحرارة . يتصف تشريحياً مرضياً بمروره بثلاث مراحل : مرحلة أولى توضع العدلات ، والثانية بلعمة الخلايا الشحمية ( Wucheratrophie ) ، والثالثة التليف Fibrosis .

**الجدول ٢١ – ١ : التصنيف السببي لالتهابات السبلة الشحمية**

| | |
|---|---|
| مجهولة السبب | متلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان |
| | متلازمة روثمان – ماكاي |
| فيزيائية | البرد ( القر ) |
| | الرضح Trauma |
| كيميائية | الأدوية |
| كيميائية حيوية | النخر الشحمي عند الوليد |
| | التهاب المعثكلة |
| | عوز ألفا واحد – مضاد تريبسين |
| نفسية | المفتعل Factitial |
| مناعية | التهابات الأوعية |
| | أمراض النسيج الضام |
| | تفاعل الثوي تجاه الطعم |
| تنكسية | التكلس |
| | النشواني |
| | التصلب |
| تكاثرية | التهاب السبلة الشحمية مبلعم الخلايا |
| | المرض التكاثري اللمفاوي |

**لمحة تاريخية** : وصف بفيفر عام 1892 طفلاً مصاباً بضمور شحمي موضّع التهابي ، ونشر Ketron ، و Lever ، Lamb حوادث مشابهة أطلقوا عليها اسم مرض ويبر – كريستيان .

ولقد وصف باركز – ويبر Parkes, Weber عام ١٩٢٥ مرضى مصابين بعقيدات التهابية ترافقت بأخماج أو بتناول أدوية ، ودعى هذه الإصابة بالحمامى العقدة ، غير أن تغيراتها اللونية غير نموذجية للحمامى العقدة . ثم وصف كريستيان Christian في عام ١٩٢٨ حالة امرأة مصابة بهجمات من التهاب سبلة شحمية ، اتصفت بقلة العدلات مع وجود خلايا ناسجة وبلعمة خلوية . وهذا ما يدعى في الوقت الحاضر التهاب السبلة الشحمية مبلعم الخلايا . ووضع بريل Brill المراحل التي يمر فيها الداء من الناحية السريرية ، وميز التهاب السبلة الشحمية غير المقيح الحمي العقيدي الناكس مع ميل للضمور الشحمي ، على أنها مرض ويبر – كريستيان ، دون أن يعرف أن هذه المراحل غير نوعية .

**الحدوث** : سجل الأدب الطبي ما يقارب ٢٠٠ حادثة . وكانت أكثر الإصابات عند النساء فيما بين ٣٠ – ٦٠ سنة من أعمارهن .

**السببيات** : أسباب المرض غير معروفة ، ويرجح أنه يحدث بعوامل عديدة : خمجية ، ودوائية ، ومناعية ذاتية ، واضطراب في وظائف المعثكلة ، وحتى بعوامل رضحية . ويفترض أن هذا المرض هو اضطراب معمم في النسيج الشحمي في الجسم بالإضافة إلى إصابة السبلة الشحمية تحت الجلد ، حيث تحدث تفاعلات مرافقة أيضاً في النسج الشحمية الأخرى كالنسج الشحمية داخل البطن وخلف الصفاق .

**الموجودات السريرية** : يشبه بدؤه الحاد مرضاً خمجياً . حيث يتصف بظهور عقيدات طرية صغيرة تكبر وتتسع وتتوزع بشكل متناظر أو غير متناظر ، ويتورم الجلد فوقها ويحمر . والتوزع الانتقائي للمرض هو الطرفين السفليين . ( راجع الشكل ٢١ – ٢ ) ولا يصاب الوجه عادة . يميل مركز العقيدات إلى التلين والانثقاب ويخرج منها نجيج عقيم .

وقد يكون سائلاً مصلياً مدمى ولكن ليس ذلك بقاعدة .

ويبدأ المرض عادة بوهن ، إنهاك ، إقياء ، آلام مفصلية رثوانية وحمى ترافق ظهور العقيدات .

**الموجودات المخبرية** : ترتفع فيه سرعة التثفل عادة وتكثر الكريات البيض . أما الحالات التي تقل فيها الكريات البيض فتترافق عادة بضخامة كبد وطحال بالإضافة إلى تغيرات في نقي العظام ( قلة الكريات البيض ناقصة التنسج ، وفقر دم ) . وقد ذكر ترافق المرض بالتهاب عضلات في حالات نادرة .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي العقيدات الحادة التهاب سبلة شحمية فصيصي مع أعداد كبيرة من العدلات تحل محل الخلايا الشحمية . هذا ويلاحظ التهاب السبلة الشحمية الحاد في متلازمات عديدة أهمها الحمامى العقدة .

أما في العقيدات المتقدمة فنجد حبيبوم **مبلعم** الشحم الذي يتشكل من خلايا ناسجة تحل محل النسيج الشحمي ، وقد تختلط هذه المرحلة مع المرحلة الحادة . ويمكن أن يلاحظ الحبيبوم **مبلعم** الشحم في الحمامى العقدة ، والحبيبوم التصلبي الشحمي Liposclerotic Granuloma ، والتهاب السبلة الشحمية المفتعل ، وفي متلازمات أخرى من التهابات السبلة الشحمية . أما المرحلة النهائية فهي التليف ، والمراحل الثلاث ليست نوعية لأية متلازمة أو مرض .

**السير** : يشفى العديد من عقيدات الداء بسرعة ولكنها تنكس في الغالب وهكذا يستمر المرض بظهور العقيدات وتراجعها لسنوات عديدة .

ولقد سجلت وفاة ٥٠ حالة من الحالات الموصوفة في الأدب الطبي ومن الممكن حدوث تغيرات شحمية في المخزون الشحمي الحشوي في هذه الحوادث .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي جميع

تحـت السبلة الشحمية تقريبا ، وخاصـة متلازمة روثمان – مكاي . بالإضـافة إلى التهابات السبلة الشحميـة العرضيـة كتهب السبلة الشحمية في الذأب الحمامي ، والتهاب السبلة الشحمية في التهاب المعثكلة أو في سرطانة المعثكلة .

**المعالجة** : يجب محاولة معرفة العـامل المسبب كما في الجدول ٣٠ – ١ . ذكرت بعض الفائدة في بعض الحالات من جراء معـالجتهـا بـالستيروئيدات ، والدابسـون ، والكـلوروكين ، وكابتات المناعة ، وموقفات الخلايا ، والصادات .

### متـــلازمـــة روثمـــان – مـــاكاي Rothman – Makai Syadrome [ Rothman 1894, Makai 1928 ] :

مرادفات : الحبيبوم الشحمي تحت الجلد ، متلازمة ماكاي ، مـرض ويـبر كريستيـــان اللا حمّي – Afebrile Weber Christian Disease .

**التعريف** : لا يترافق التهاب السبلة الشحمية بحمى أو أعراض عامة ، بعكس متلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان . وما زال كونه مرضاً مستقلاً عرضة للشك .

**الحدوث** : المرض نادر جداً ، ويشاهد عند الأطفال الكبار ، و الإناث متوسطات الأعمار .

**المسببات** : غير واضحة .

**الموجودات السريرية** : يتصف بظهور عقيدات بقد الكرزة وحتى الجوزة تظهر فجأة على الساقين ونادراً على الجذع ، ولا تظهر على الوجه إلا في حالات استثنائية . وعندما تتوضع على هيئة مجموعة فإنها تؤلف جسوءاً يشبه اللويحات . وتكون هذه العقيـدات متحـركة نسبيـاً على الجـلد الذي يغطيهـا والنسج العميقة ، والعقد الحديثة منها مؤلمة ، والجلد الذي يغطيها طبيعي وتقرحها نادر كما لا توجد أعراض عامة .

**التشريح المرضي النسجي** : يتألف هذا النوع من التهاب سبلة شحمي فصيصي مع رشاحة حبيبومية بؤرية ، تتألف من خلايا رغويـة ، ومنسجـات عمـلاقـة ، وكيســات صغـيرة كاذبة ( كيســات زيتيــة صغــيرة تحاط بحبيبـوم مبلعـم للشحـم Lipophagic Granuloma ) وتشبـه الصـورة النسجيـة فيه منسجـات الحبيبوم الشحمي الرضحي ، ومتـلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان وهي غير نوعية .

**السير** : المرض مزمن يستمر أشهراً ونادراً ما يستمر سنوات .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي معه جميع أشكال التهابات السبلة الشحمية التي تصيب الساقين وخاصة الحمـامى الجـاسئـة ( حمامى بازان ) ، والصمغـة الإفرنجيـة ، والتهاب الأوعية العقيدي ، والشحمومات أيضاً .

**المعالجة** :

*المعـالجـة الجهـازية* : مضـادات الالتهـاب اللا ستيروئيدية ، الستيروئيدات القشرية بعيارات متوسطة .

*المعالجة الموضعية* : الستيروئيدات تحت ضماد كتيم ، عصـائب ضاغطة .

## التهابات السبلة الشحمية الفيزيائية والدوائية Physical and Drug – Related Panniculitis :

### التهـــاب السبـــلة الشحميـــة بـالبرد ( القـري ) Cold Panniculitis :

يصيب الأطفـال والرضع ، وأقل منهـم المراهقين والبالغين وذلك بعد ٦ – ٧٢ ساعة من تعرضهم للبرد . وأكثر المناطق تعرضاً هي خدّا الرضيع وذقنه ، هذا ولقد وصفت حالات عند الأطفال ، أصيبت بها الوجنتان بعد تناول المثلجات .

يتظـاهر نسجيـاً بالتهاب سبلة شحمية لمفاوي . وكثيراً ما تصــاب به الإناث البدينـات من بين البـالغين ، وذلك بعد تعرضهم للبرد أثناء التزحلق على الجليد أو ركوب الدراجات . ويحدث التهـاب السبلة الشحمية في هذه الشروط في الإليتين والفخذين وأحياناً في منطقة البطن . يكون الجلد المصاب بارداً بـاللمس ، لونـه أحمر مرمري ، وبـالجس ، نجد عقيـدات أو لويحات تتراجع بعد أسبوعين ألى ثلاثة أسابيع . تترك العقيدات أحياناً انخماصاً أو وهدة بعد تراجعها . ولا توجد معالجة لهذا الشكل من التهابات السبلة الشحمية ، واتقاء البرد هو السبيل للوقاية منه .

### التهـــاب السبـــلة الشحـميـــة الرضحي Traumatic Panniculitis :

ذكر حدوث آفات التهاب سبلة شحمية نتيجة الرضح عند المصـــابـين بـالحمـــامى العقـدة ، متـلازمـة بفيفر – ويبر – كريستيـان ، عوز ألفـا ١ مضـــاد تريبســـين والتهـاب السبـلة الشحمية مبلعم الخلايا .

ويبدو أن حدوثه يحصـل عند الأشخاص ذوي الاستعداد للإصابة بالتهاب النسيج الشحمي أو الأوعية نتيجة الرضح .

يشفى التهاب السبلة الشحمية التالي للرضح الغامض عفوياً عنـد الفتيــات . تحدث الآفات بعد رضح خفيف يؤدي إلى عقيدات التهابية مترقية غالباً ما يخرج منها مادة نخرية عقيمة . ويبدي الفحص النسجي التهـاب سبـلة شحميـة عدل حاد . وينصح باستقصاء الأسباب المفتعلة أو الاستقلابية .

### التهاب السبلة الشحمية بالسيلكون والبارافين :

يمكن أن يؤدي حقن السيلكون أو البارافين المستعمل لتصحيح الندبات إلى عقيدات التهابية كبيرة بعد ١٠ — ٢٠ سنة من حقنه . ويكون سير هذه العقد شديداً . وينطبق نفس الشيء لدى استعمال هذه المواد للتعويض عن الثدي المستأصل أو لغايات تجميلية أخرى .

**التشخيص** : يبدي التشريح المرضي النسجي فجوات بأقطار مختلفة ، ويمكن كشف الطبيعة الكيميائية للمواد فيها بواسطة تنظير الطيف متناثر الطاقة Spectroscopy .

**الإنذار** : الإنذار سيء ، يحدث عادة تقرح والتهاب سبلة شحمية واسعين ، وقد يحدث تحول في نظير الليفوم Parafibromas إلى أغران ( ساركوما ) .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي الواسع .

### التهاب السبلة الشحمية الدوائي Drug Panniculitis :

يمكن للتفاعلات الدوائية أن تحدث التهاب سبلة شحمية كما هو الحال في الهاليدات ( أملاح اليود ، البروم ) .

### التهاب السبلة الشحمية بعد المعالجة بالستيروئيدات Poststeroid :

ويعتبر هذا النوع شكلاً نادراً من التهابات السبلة الشحمية ، ويحدث عند الأطفال بعد ١ — ١٤ يوماً من إيقاف المعالجة بالستيروئيدات الجهازية وبالمقادير العالية نسبياً . تتشكل العقيدات تحت الجلدية وتتراجع خلال أسابيع أو أشهر . ونجد بالتشريح المرضي ما يشبه الصورة النسجية لالتهاب السبلة الشحمية الفصيصي مع منسجات عرطلة فيها بلورات نجمية كالتي تشاهد في نخر الشحم تحت الجلد عند الولدان . الإنذار جيد ولا تعرف له معالجة مفيدة .

### التهاب السبلة الشحمية المفتعل Factitial Panniculitis :

*المرادفات :* التهاب السبلة الشحمية النفسي .

**التعريف** :يحدث نتيجة حقن الشخص لنفسه بمواد أجنبية وتحدث غالبية الحالات من التهابات السبلة الشحمية المفتعلة نتيجة حقن النسيج الشحمي تحت الجلد بالأدوية كالميبيريدين Meperidine أو البنتازوسين Pentazocine ، أو الجراثيم ، أو الإنظيمات ، أو مفرزات الجسم ، أو الحليب ، أو البارافين أو بمواد أجنبية أخرى .

ويوصف السلوك النموذجي للمصابين بأنهم منفعلون ، عالة على الآخرين ، هادئون ، لجوجون . هذا ولقد حصل التباس في تشخيص بعض الحالات على أنها متلازمة بفيفر — ويبر كريستيان ونخر شحمي معتكلي .

تشاهد الآفات على السطوح الباسطة وفي الجهتين عادة . قد تكون حمامية أو تبدي علامات نزف خفيفة . وتبين الخزعة دميوماً Hematoma ، ونسيجاً حبيبياً التهابياً ، والتهاب سبلة شحمية غشائي ، والتهاب سبلة شحمية بالمنسجات الليفية مع وجود مادة شحمية فوكسينية Lipofucsin وحديد .

وصف شاركو Charcot هذه المتلازمة على ساعد مريض وأسماها الوذمة الزرقاء . ووصفها سيكريتان Secretan على ظهر اليد ، وتسمى حالياً أيضاً بمتلازمة سيكريتان ، وقد تؤدي إلى عجز وتليف في أوتار ظهر اليد والمعصم .

**الحدوث** : المرض أكثر تواجداً لدى الفتيان والشابات في أعمار متوسطة ، ويمكن أن يتواجد لدى العاملين في الحقل الطبي .

**الموجودات السريرية** : إن أماكن توضع الإصابة عادة هي الصدر والذراعان والساقان والأليتان ، وتتوضع في مكان واحد أو أكثر . ونشاهد لويحات أو عقيدات مؤلمة . وتترك وهدة في النسيج الشحمي بعد تراجعها .

**التشريح المرضي** : يشاهد عادة التهاب سبلة شحمية بالمنسجات مع خلايا بالعة الشحم ، وخلايا عملاقة وكيسات محاطة بالمنسجات تالية لحقن مادة زيتية : زيتوم Oleoma ويلاحظ التليف دوماً .

**المعالجة** : يحتاج المصاب إلى مساعدة شخصية ومعالجة نفسية ، ويطبق ضماد كتيم عليها وتساعد كل من ضمادات روبرت — جونز Robert — Jones المبطنة بالقطن والعصائب الأسطوانية والشرائط في التئامها .

## التهابات السبلة الشحمية الاستقلابية Metabolic Panniculitis :

### أمراض النسيج الشحمي عند الوليد :

### النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد Adiponecrosis Subcutanea Neonatorum [ Cause 1879 ] :

*المرادفات :* التصلب الشحمي المتناظر ، النخر الشحمي تحت الجلدي عند الوليد وسمي سابقاً تصلب جلد الوليد ( وهذه التسمية خاطئة ) .

**التعريف** : تتوزع الإصابة بشكل متناظر . وتتصف بتصلب محدود وعميق في النسيج الشحمي تحت الجلد بعد يومين إلى ثلاثة أسابيع من الولادة .

**الحدوث** : المصابون أصحاء وتتم ولاداتهم في تمام فترة الحمل .

**الإمراض** : تؤدي الرضوح الآلية الولادية ، وخاصة أثناء المخاض الصعب والطويل أو نتيجة ضغط ملقط الجنين ، إلى نخر في النسيج الشحمي يعقبه تشكل حبيبوم شحمي . ويتهم إلى جانب الأسباب الآلية ، عوز الأوكسجين والبرد ( هنا : نخر شحمي قري ) في إحداثه . ويذكر أن المصاب لديه انخفاض نسبة مستوى حمض الزيت ( الحموض الشحمية غير المشبعة ) في حموض شحم الوليد وزيادة نسبية في الحموض الشحمية المشبعة والتي تؤهب لتشكل بلورات إبرية . ولكن هذا الافتراض ما يزال بحاجة إلى إيضاح .

**الموجودات السريرية** : تتوضع الإصابات في الأماكن التي تتعرض للرضوح أثناء الوضع : الكتفان ، منتصف الظهر ، والأليتان ، والأطراف وأماكن تماس ملقط الجنين على الوجنتين . وبالفحص ، نجد لويحات قاسية محسوسة في النسيج تحت الجلدي ، هذه اللويحات قد تكون مرتفعة قليلاً ومحددة ، متحركة قليلاً على ما تحتها ولكنها ملتصقة بالجلد . ويمكن أن يبدي الجلد لوناً أزرق محمراً . ويمكن أن تحدث طراوة ( ليونة ) ظاهرة Aseptic Softening ونزح من خلال الجلد .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي نخرات شحمية بؤرية عديدة مترافقة بالتهاب سبلة شحمية حبيبومي أو تليفي . ويمكن مشاهدة منسجات عملاقة متعددة النوى ، تحتوي على بلورات مزدوجة الانكسار ، وتبدو هذه الخلايا واضحة في الرشاحة .

**السير** : التراجع العفوي هو القاعدة .

**المعالجة** : لا حاجة لمعالجتها .

## صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد Sclerema Adiposum Neonatorum :

*مرادفات :*الصلدمة الشحمية عند الوليد Fat Sclerema of the newborn .

**التعريف** : صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد نادرة جداً ، شديدة السير ، تتصف بتصلب منتشر في النسيج الشحمي عند الوليد ، ولها إنذار سيء . ومن المحتمل أن يوزنبرغ Usanberg وصفها بشكل صحيح عام ١٧١٨ ، ثم بعد ذلك أخذت تلتبس مع الوذمة الصلبة .

**الحدوث** : نادرة جداً .

**الإمراض** : صلدمة النسيج الشحمي عند الوليد ، جلاد يصيب الولدان، والخدج منهم عادة. تكون الإصابة بدئية شديدة، وتعزى هذه الصلدمة إلى التغذية السيئة، والأخماج، وفقدان السوائل الشديد بسبب الإسهال والبرد، والآلية الإمراضية غير واضحة تماماً. ولا يعرف دور للحموض الشحمية غير الطبيعية في النسيج الشحمي عند المصابين . ويعتقد أن نقص نسبة الحموض الشحمية غير المشبعة مثل حمض الزيت يكون لصالح الحموض الشحمية المشبعة ، ويؤدي إلى قابلية الجلد للإصابة والحد من مرونته .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن يبدأ المرض بعد الولادة مباشرة ولكنه عادة ما يحدث خلال يومين إلى عشرة أيام من عمر الوليد . وقلما يصاب الولدان الأكبر عمراً بهذا الداء وعادة ما تترافق إصابتهم هذه بأمراض بدئية منهكة . وبالفحص تكون تظاهراته الوصفية على شكل تصلب حجري في الجلد والطبقة الشحمية التي تحته . وينتشر التصلب بسرعة صاعداً من الفخذين والأليتين ، ويكون منظر الجلد المصاب شمعياً شاحباً وأحياناً مزرقاً بارداً ولا يمكن ثنيه أو إحداث وهدة Pit فيه . ولا تصاب اليدان والقدمان ، ويصبح الوجه صملاً كالقناع ، وتتحدد حركة المفاصل ، ويصبح الطفل خاملاً وتطول حركات التنفس ، ويقل النبض ، وتكون حرارته تحت المعدل الطبيعي ، ويصاب بنوبات من الإسهال .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدو النسيج الشحمي أبيض شمعياً ، ويكون المنظر النسجي وصفياً ، وتبدي المقاطع المجمدة ما يشبه البلورات الإبرية وترى على هيئة نجمية الشكل في الخلايا الشحمية الفصيصية . ويوجد بالإضافة لذلك رشاحة التهابية حبيبومية ، ويمكن أن يحدث تكلس في الآفات القديمة . ومما يجدر ذكره أن البلورات النجمية تكون في المنسجات العملاقة عديدة النوى المتواجدة في النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد بينما تتواجد هذه البلورات في الخلايا الشحمية في الصلدمة وهذا يفيد في التشخيص التفريقي .

**السير والإنذار** : يسير المرض بالطفل نحو الموت بسرعة ، ونسبة الوفيات عالية حتى ولو عولجت الأمراض البدئية التي يشكو منها الوليد . ويمكن للصلدمة أن تتراجع وتشفى إذا كانت محدودة ، ولكن ليس قبل مرور أسابيع على الولادة .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن صلدمة الوليد الوذمية وعن النخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد .

**المعالجة** : يجب معالجة الأمراض البدئية . ويجب المحافظة على حرارة الجسم ووضع الطفل في حاضنة والمحافظة على الدوران ، ووضع أنبوب للتغذية وإعطاء الصادات . ولم تثبت بعد فائدة الستيروئيدات .

## التهاب السبلة الشحمية مع اضطرابات المعثكلة :

تؤدي التهابات المعثكلة وسرطانتها إلى رفع سوية الليباز والاميلاز في المصل . وتؤدي هذه بدورها إلى النخر وتميع

السبلة الشحمية مع تشكيل عقيدات تحت الجلد مؤلمة التهابية وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم . والصورة السريرية هي نخر النسيج الشحمي العقيدي تحت الجلد . ويوحي ارتفاع الحرارة والأعراض العامة بمتلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان . يوضع التشخيص بناء على زيادة خميرتي الليباز والأميلاز . وتوجد هذه الزيادة في العقيدات أيضاً .

وتعتبر الموجودات النسجية مع وجود الخلايا الشبحية Ghost Cells في النسج الشحمية وترسب الصوابين الكلسية الأسسة في هذه الخلايا من الموجودات النوعية . ويمكن أحياناً تشخيص بعض الاضطرابات المعثكلية غير المعروفة من الموجودات النسجية في العقيدات .

### التهاب السبلة الشحمية بعوز – ألفا ١ مضاد التريبسين Panniculitis With a 1 – Antitrypsin Deficiency : [ Worter Etal 1972 ]

**التعريف** : هي التهاب في السبلة الشحمية مع عوز – ألفا ١ مضاد التريبسين .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر بعقيدات طرية تتقرح نتيجة تميعها . يمكن أن يصاب المريض بترفع حروري ودعث . وتتوضع العقيدات على الفخذين ، والساقين ، والجذع . وقد تترق التقرحات ، وقد ينضح منها نسيج نخري زيتي .

**الإمراض** : لا تعرف العوامل البدئية المحدثة للداء . وغالباً ما يكون المرضى متماثلي الزيجوت Homozygous لعوز ألفا ١ – مضاد التريبسين . ووجدت حالات مخالفة الزيجوت نمط P, ZZ كانت الإصابة فيها خفيفة .

**السير** : السير حميد في بعض الأحيان ، ولكن سيره شديد غالباً ويؤدي إلى تقرحات ويؤدي المرض إلى الوفاة بنسبة كبيرة .

**المعالجة** : لقد تبين أن عقار الدانازول Danazol يزيد من مستوى – ألفا ١ ، مضاد التريبسين وتستجيب الحالات الخفيفة في بدئها للمعالجة بالدابسون ( سولفون ) . والمثبط التركيبي (معطل $C_1$ ٥٠ وحدة/مل Inactivator $C_1$، بهرنغ) متوفر في الأسواق ويمكن إعطاؤه وريدياًويؤدي إلى تحسن سريع .

### التهاب السبلة الشحمية مع التهاب الأوعية : Panniculitis Vasculitis

يكون تخرب النسيج الشحمي شديداً لدرجة يشخص التهاب سبلة شحمية حاد أو نخر شحمي . والعقيدات المتشكلة ما هي إلا آفات ثانوية ناتجة عن التهاب أوعية بدئي ( التهاب سبلة شحمية ثانوي ) . ونجد نسجياً التهاب وحيد الشكل في جميع الأوعية الدموية مع تنكس زجاجي Hyaline في جدرانها . وقد نحتاج إلى مقاطع نسجية كثيرة لمعرفة ذلك .

يؤدي التهاب الأوعية الأرجي ، والتهاب الشرايين العقيدي ، والتهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis إلى التهاب سبلة شحمية حاجزي Septal panniculitis .

وعلى العكس يؤدي التهاب الأوعية في الحمامى الجاسئة Erythema Induratum وداء الشرث Perniosis إلى التهاب سبلة شحمية فصيصي .Labular P .

يحدث المرض العقيدي الالتهابي المزمن في الكاحل الذي يعقب التهاب الوريد والدوالي ويؤدي إلى كتلة متصلبة أو شريط قد يحيط بأسفل الساق . يطلق مصطلح التصلب الشحمي Liposclerosis غالباً على التهاب السبلة الشحمية بعد التهاب الوريد . وتبدي الخزعة النسجية التهاباً مزمناً ، وتليفاً ، وأحياناً تشكل حبيبوم أو حتى تبلعم النسيج الشحمي . وقد يظن في السابق أن هذه الموجودات وصفية لمتلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان .

## أمراض النسيج الضام مع التهاب السبلة الشحمية :

يمكن أن نجد التهاب السبلة الشحمية في كل أمراض النسيج الضام ، ولكنها أكثر نموذجية وتواجداً في الذأب الحمامي وتصلب الجلد .

### التهاب السبلة الشحمية الذأبي Lupus Panniculitis :

**التعريف** : يعتبر التهاب النسيج الشحمي أكثر شيوعاً في الذأب الحمامي القرصي ولكنه قد يحدث في الذأب الحمامي المجموعي .

**التشريح المرضي النسجي** : يحدث تنكس زجاجي في النسيج الشحمي مع عقيدات لمفوانية Lymphoid ، والتهاب أوعية لمفي وبؤر من التكلس . ويمكن التثبت من التشخيص السريري والنسجي للذأب الحمامي بالومضان المناعي ( اختبار شريط الذأب Lupus Band tést ) .

**السير** : مزمن وراجع .

**المعالجة** : مضادات الملاريا التركيبية والستيروئيدات عن طريق الفم .

### التهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام :

**التعريف** : التهاب شحمي لمفاوي فصيصي عند الشباب أو

الأطفال مع قلة الكريات البيض وإيجابية الأضداد المضادة للنوى ، دون موجودات أخرى تشير إلى الذأب الحمامي .

**الموجودات السريرية** : يتصف بظهور عقيدات التهابية في السبلة الشحمية تتواجد على الظهر والأطراف عند شباب أصحاء .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي التهاب سبلة شحمية فصيصي لمفاوي منتشر يبدي مظهره التشريحي المرضي مظهر لمفومي كاذب . ونجد حبيبومات بؤرية ، ويكون الومضان المناعي سلبياً في هذا الداء .

**السير** : مزمن ويؤدي إلى الضمور .

**التشخيص التفريقي** : شخصت غالبية الحالات على أنها متلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان وذلك لأنها تبدي التهاب سبلة شحمية فصيصي الومضان المناعي سلبي فيها . والآفة شبيهة بتصلب الجلد والذأب الحمامي فعلاً ولكن لا توجد علامات نسجية تثبت هذا التشخيص .

**المعالجة** : يستجيب هذا الالتهاب لمضادات الملاريا ، حيث يعطى هيدروكسي كلوروكين بمقدار ٢٠٠ ملغ مرتين يومياً ، وتعتبر معالجة كافية ويجب الانتباه للتأثيرات الجانبية .

## الضمور الشحمي والحثل الشحمي Lipoatrophy and Lipodystrophy :

**التعريف** : أمراض تصيب النسيج الشحمي وتؤدي إلى ضمور النسيج الشحمي تحت الجلد وقد يكون الضمور موضعاً أو معمماً .

### الضمور الشحمي الموضع Locolized Lipoatrophy :

ضمور شحمي رضحي ، أولي ، موضع .

### الضمور الشحمي الموضع بعد حقن الستيروئيدات القشرية :

*المرادفات : حثل الستيروئيدات الشحمي .*

هذا النوع من الضمورات غير نادر ، يصيب الجلد وما تحته ويتراجع غالباً . ويحدث بعد حقن معلق مبلر من الستيروئيدات وخاصة إذا لم يتم الحقن في العضل . هذا ويمكن أن يحدث الضمور الجلدي أيضاً وبشكل أقل . نتيجة التطبيق الموضعي للستيروئيدات المفلورة تحت ضماد كتيم . ويحدث مكان الحقن ضمور في الجلد ، دون علامات التهابية أو أعراض أخرى وذلك بعد عدة أسابيع من الحقن والضمور الستيروئيدي لا يحتاج إلى معالجة ، وتتراجع الحالة عادة بعد ١ – ٣ سنوات .

### الحثل الشحمي الأنسوليني Insulin Lipodystrophy :

*المرادفات : الضمور الشحمي الأنسوليني .*

يحدث الحثل الأنسوليني ، نتيجة التأثيرات الجانبية النادرة حول مكان حقن الأنسولين عند المصابين بالسكري . وأكثر ما تحدث الإصابة عند الإناث والأطفال ، وتندر عند البالغين . والسبب فيه غير واضح . وتزعم بعض الدراسات أن حدوثه يتم بسبب عدم نقاء الأنسولين المزروق ودرجة الباهاء PH الحامضي فيه ، وهو لا يحدث في الأنسولين النقي جداً .

وهذا النوع من الضمورات قد يكون كبيراً ، ويلاحظ عادة بعد ٦ أشهر إلى سنتين من استعمال الأنسولين . وقد يكون الضمور بعيداً عن مكان الحقن في حالات استثنائية ويمكن أن توجد ندبات ضخامية حبيبومية بجانب الضمور .

تتراجع هذه الحبيبومات عادة بصورة عفوية بعد سنوات وينصح بتبديل مكان الحقن باستمرار وتغيير الأنسولين إلى نوع آخر ، كما ينصح بإضافة الدكساميتازون بين الفينة والأخرى ، للإتقاء من حدوث مثل هذا الضمور .

### الضمور الشحمي الأولي Involutional Lipoatrophy :

**التعريف** : ضمور بؤري دون التهاب مع أوب نسجي وشحمي وصفي .

**الموجودات السريرية** : بؤرة مفردة من الضمور الشحمي دون علامات التهابية . تظهر على الأطراف الدانية والجذع . ويمكن أن يكون الرضح مسبباً لها .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي فصيصات شحمية يوزينية مؤلفة من خلايا شحمية أدمية ، مع وجود أوعية دموية . لا تشاهد علامات التهابية وقد يوجد الموسين Mucin وخلايا تحتوي على هذه المادة .

**السير** : يمكن أن يتراجع عفوياً .

**المعالجة** : غير ضرورية .

### الضمور الشحمي الموضع الالتهابي Inflammatory Localized Lipoatrophy :

### الضمور الشحمي نصف الدائري Lipoatrophy Semicircularis [ Ferreira – Marques 1953, Gschwandtner and Münzberger 1974 ] :

الضمور الشحمي نصف الدائري ، ضمور في النسيج الشحمي يشبه شريطاً دائرياً يصيب الوجه الباسط للفخذ ، أو

يصيب طرفاً علوياً وسفلياً لدى النساء الشابات عادة . ويظهر على شكل تضيق سطحي دائري دون أية شذوذات أخرى ولا توجد علامات التهابية ، غير أن منظره مؤذٍ للمريض جمالياً .

سببه مجهول ، ولكن يذكر حدوثه بعد رضوح خارجية شائعة في مكان الإصابة ، يكون سير المرض حسناً والتراجع العفوي هو القاعدة ( راجع الشكل ٢١ – ٣ ) .

يدخل في **التشخيص التفريقي** الضمور المحدد بسبب أذية آلية أو بعد حقن الستيروئيدات أو الضمور التالي لصلابة محددة .

**المعالجة** : لا داعي للمعالجة .

**الضمور الشحمي الحلقي Lipoatrophic Annularis**
**[ Ferreira – Marques 1953, Shelley etal 1970, Jablonska 1975 ] :**

مرض نادر جداً ويحتمل أنه يماثل الضمور نصف الدائري . أكثر ما يشاهد عند الإناث . يتراءى على شكل حلقي من الضمور الشحمي على الذراع والساعد أو على الكاحلين وذلك بعد ١ – ٣ أسابيع من حدوث وذمة التهابية . أما سببياته فغير معروفة . وقد افترض أنه ناجم عن الرضوح المزمنة ، أو التهاب السبلة الشحمية الذأبي ، أو التهاب الأوعية الشريانية أو الوريدية . قد تؤدي الآفات إلى الألم والخلل الوظيفي في الطرف المصاب ، ولا يميل للتراجع . ويدخل في التشخيص التفريقي معه بصورة رئيسية ، تصلب الجلد المحدد وتحت الجلد . ولا توجد له معالجة مجدية معروفة .

**الضمور الشحمي الالتهابي الموضع Local Inflammatory Lipoatrophy [ Winkelmamn 1984 ] :**

**التعريف** : ضمور شحمي موضع بؤري يحدث بمرحلتين : الأولى التهاب سبلة شحمية التهابي لمفاوي فصيصي والثانية ضمور هذه السبلة الشحمية .

**الموجودات السريرية** : المرض عبارة عن عدة بؤر من ضمور النسيج الشحمي يصيب النهايات في غالبية الحالات . يكون في البداية عبارة عن عقيدات تحت جلدية طرية حمامية . ثم يحدث انخماص في مكانها ويؤدي إلى الضمور . تتراوح أقطار الآفات بين ٢ – ٢٠ سم .

**التشريح المرضي النسجي** : التهاب سبلة شحمي لمفاوي فصيصي .

**السير** : مزمن .

**التشخيص التفريقي** : دعيت حوادث هذا الداء في السابق بمتلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان عند الأطفال . وما حوادث بفيفر Pfeifer ، وكترون Ketron ، وكمن Cummin ، وليفر Lever ، ولامب Lamb إلا من هذا النموذج من الضمور الشحمي الالتهابي . يجب تفريق المرض عن التهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام ، والتهاب السبلة الشحمية الذأبي ، والتصلب الجلدي الموضع .

**المعالجة** : لا تعرف معالجة للداء .

**الحثل الشحمي الجزئي Partial Lipodystrophy :**

*المرادفات* : الحثل الشحمي الغامض المحدد .

يحدث الحثل الشحمي الجزئي كضمور في النسيج الشحمي في مناطق محددة دون سبب واضح ، وتصاب الوجنتان بالضمور الشحمي وقد يصادف في مناطق أخرى . هذا وقد يحدث الحثل الشحمي الجزئي في سياق التهاب كبيبات الكلى المسراقي الشعيري ، مع ذلك تكون الإصابة الجلدية من النوع الخفيف . وقد يسبقه بفترة تتراوح بين ٥ – ٢٠ سنة . ويمكن أن يكون هذا الحثل الشحمي الجزئي مشعراً للإصابة بالتهاب كبيبات الكلى المسراقي الشعيري . وينقص مستوى المتممة $C_3$ في كلتا الحالتين أي في الحثل الشحمي الجزئي وفي التهاب كبيبات الكلى المسراقي الشعيري . ويكون لدى المرضى أهبة للأخماج ، وليس من معالجة لهذا المرض ( راجع الشكل ٢١ – ٤ ) .

**الحثل الشحمي النابذ البطني عند الوليد Lipodystrophia Centrifugalis Abdominalis Infantilis [ Imamura, Yamada, Ikeda 1971 ] :**

**التعريف** : مرض يصيب الأطفال وأكثر ما ذكر المرض في اليابان وكذلك في أوربا ويتصف بانكماش جلد البطن والصدر بسبب حثل النسيج الشحمي .

**الحدوث** : المرض نادر جداً ، وما سجل منه حتى الآن حوادث قليلة خارج اليابان . يصيب المرض الإناث أكثر بمرتين من الذكور . ويبدأ المرض منذ الشهر الأول وحتى السنة التاسعة من العمر ، وليعلم أن ٨٠٪ من الحالات تحدث دون الخمس سنوات من العمر . وقد تلعب الأذيات والعمليات الجراحية ( عملية فتق أربي ) دوراً في إحداثه .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الإصابة في المنطقة الأربية والحفرة الإبطية ثم تنتشر إلى منطقة القاربي Scaphoid ، حيث تأخذ سيراً نابذاً ، وتشمل منطقة واسعة من جدار البطن و/أو الصدر يكون محيط الآفة حمامياً ويترافق بتضخم العقد اللمفية عادة .

**الأعراض** : يوجد أحياناً كثرة في العدلات وقد يلاحظ زيادة عيار مضاد الستربتوليزين ، وإيجابية اختبارات وظائف الكبد كما قد تصاب اللوزتان بالالتهاب أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدو في المناطق الحمامية المحيطية رشاحة التهابية معتدلة تتألف من لمفاويات ، ومنسجات ومصوريات ، كما يوجد ضمور في النسيج الشحمي . وعلامات لالتهاب أوعية وانحلال شحمي .

**السير** : إذا حدث التراجع العفوي ، تتراجع الحمامى في البداية ويحدث أحياناً توسف محيطي . ويتراجع اعتلال العقد اللمفية بعد . وقد يشاهد تراجع كامل الداء .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن تصلب الجلد الموضع حمامي ، وتصلب الجلد الموضع ، والحثل الشحمي المترقي ، والتهاب السبلة الشحمية للنسيج الضام ، والتهاب السبلة الشحمية الذأبي .

**المعالجة** : ليس للمعالجة الموضعية من فائدة ، وتعطي الستيروئيدات القشرية فموياً بعض الفائدة .

**الحثل الشحمي المترقي Lipodystrophia Progressive**
**[ Barraquer 1906,Hollander 1910, Simons 1911 ] :**

*المرادفات :* الحثل الشحمي الجزئي المترقي ، متلازمة هولاندر – سيمون ، متلازمة باراك – سيمون .

مرض نادر جداً ، يصيب الإناث على وجه التحديد تقريباً . يبدأ في الطفولة ويتصف بضمور تام في النسيج الشحمي تحت الجلد في القسم العلوي من الجسم والوجه . تكون الإصابة متناظرة ، بينما قد يزداد حجم النسيج الشحمي في القسم السفلي من الجسم . يمكن أن يترافق المرض باضطرابات طمثية ، وتصلب الأذن Otosclerosis ، وكيسات عظمية ، وضعف عام .

يشعر المريض بالبرد نتيجة نقص الحماية من جراء فقدان النسيج الشحمي ، ويكون وجه المريض مدنفاً ، وهي علامة بارزة ، والآلية الإمراضية فيه غير معروفة . قد يسبق ظهور المرض كرب فيزيائي أو عاطفي ، ويحتمل أن ينجم عن اضطرابات في الدماغ البيني Diencephalon وأمراض خلقية لحمية متوسطية Mesenchymal وبغض النظر عن شدة هذا المرض ، فهو غير مميت ، والمصابات عقيمات عادة ، وليس له علاج . تجرى الجراحة الرأبية Plastic Surgery في حالات استثنائية .

**متلازمة سيب – لورنس Seip – Lawrence**
**[ Seip 1959, Lawrence 1946 ] Syndrome :**

*المرادفات :* الحثل الشحمي الولادي المترقي ، متلازمة الحثل الشحمي المعمم ، والسكري الحثلي الشحمي .

**التعريف** : تصيب هذه المتلازمة الدماغ البيني ، ويتظاهر بضمور شحمي معمم ، وشذوذات متنوعة ، ومرض سكري معند على الأنسولين .

**الحدوث** : نادر ، ويرجح أنه ينتقل بصبغي جسدي صاغر .

**الإمراض** : اضطراب وراثي ، يتداخل تحرر هرمونات الدماغ البيني/النخامي في إمراضه .

**الموجودات السريرية** : يكون سن البدء في حوالي السنتين من العمر ، ويتظاهر بضمور النسيج الشحمي تحت الجلد بشكل مترق ( حثل شحمي معمم ) . ويؤدي ضمور النسيج الشحمي في الوجه إلى منظر الوجه الشبيه بالجمجمة . تظهر في الطفولة تصبغات في الجلد كالتي تشاهد في الشواك الأسود ، وخاصة في العنق ، وتحت الإبط ، والناحية الأربية ، وظهر القدمين ؛ وقد تتطور إلى شواك أسود حقيقي . يصاب المرضى بفرط الأشعار ، ويكون شعر الفروة أجعداً . ويبدو المصاب بعد ولادته وكأنه مصاب بما يشبه ضخامة النهايات Acromegaloid ، كما تكشف معاينته عن ضخامة كبد وطحال ، وضخامة عضلات ، وضخامة بظر وفرط توتر شرياني ، أما الضفيرة الوريدية فواضحة أكثر مما هي عليه في الحالة الطبيعية ( ضخامة وريدية ) . يصاب المريض أيضاً بالسكري الشبابي المقاوم للأنسولين ، والبوال ، والتخلف العقلي ، ولا تشاهد هذه الأعراض الأخيرة في وقت مبكر .

**السير** : مزمن ومترق ، وقد يتحسن مع البلوغ .

**التشخيص** : يتم التشخيص استناداً إلى الأعراض السريرية المذكورة ويمكن كشف توسع البطينات بالتصوير الطبقي .

**المعالجة** : عرضية فقط .

**متلازمة الوذمة الشحمية المؤلمة Painful Lipedema**
**[ Allen and Hines 1940 ] Syndrome**

*المرادفات :* المتلازمة الشحمية المؤلمة ، متلازمة الوذمة الشحمية المؤلمة في الساقين متناظر في الساقين .

**التعريف** : انتفاخ شحمي مؤلم متناظر في الساقين .

**الحدوث** : نادرة المشاهدة نسبياً .

**الإمراض** : يفترض فيه أنه مرض استقلابي وراثي ، تزداد فيه شحوم الدم، ويكون تركيب الشحوم في النسيج الشحمي تحت

الجلد غير طبيعي حيث تزداد نسبة الحموض الشحمية غير المشبعة نسبياً .

**الموجودات السريرية** : يظهر في الطفولة أو مع البلوغ بتورم متناظر في النسيج الشحمي للساقين ، ويكون صلباً ولذلك لا يمكن إحداث وهدة بالضغط عليه . لا يصيب القدمين عادة . ويزداد التورم بسبب التوتر القيامي Orthostatic ، والتورم مؤلم في الساقين وخاصة قرب مفصل الركبة . ( راجع الشكل ٢١ - ٥ ) .

**الأعراض** : تورم الساقين مؤلم ، لا يغيب بالراحة أو برفع الطرف . ولا توجد أعراض عامة ، إلا فيما يتعلق بفرط البروتينات الشحمية في الدم .

**السير** : تترقى الآفة ببطء .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي كل من متلازمة Nonne – Milory – Meige ( الوذمة اللمفية ) ، ومرض الشحام المؤلم ( مرض Dercun ) ، والتصلب الجلدي الثانوي في القصور الوريدي ، والوذمة الصلبة لبوشكه ( Buschke's Scleredema ) والأنواع الأخرى من وذمات الساق .

**المعالجة** : عصائب ضاغطة وجوارب مرنة .

## التهاب الهلل Cellulite :

يطلق مصطلح التهاب الهلل على التغيرات في النسيج الشحمي تحت الجلد عند الفتيات وخصوصاً حول الفخذين والأليتين وتكون الأعراض الشخصانية على شكل شعور بالتوتر وألم منتشر عفوي . ويبدو الجلد بالمكبرة شبيهاً بقشرة البرتقال أو ظاهرة الفراش Mattress . لا توجد علامات نسجية التهابية ، بينما يوجد ركود لمفي خفيف ووذمة في النسيج الضام الأدمي ، مع تورم في النسيج الشحمي تحت الجلد . وكانت تدعى هذه الحالةبالوذمة الشحمية Adipositas Oedematosa . تبدأ محددة وتزداد مع تقدم العمر وزيادة الوزن . ولا ينظر لهذه التغيرات على أنها مرض ، وليست لها معالجة ينصح بانقاص الوزن بالتمارين الرياضية للساقين ( ركوب الدراجات ، التدليك ، المشي ) .

# الفصل الثاني والعشرون

# أمراض الأوعية الدموية

# Diseases of the Blood Vessels

د . وليد حناوي

يعالج هذا البحث العوامل الإمراضية الرئيسية التالية : شذوذات أو الاضطرابات الوظيفية أو التبدلات الالتهابية التي تصيب الشرايين ، أو الشرينات ، أو الشُعَيْرات ، أو وريدات ، أو الأوردة . وثمة حالات خاصة لا يمكن تجنبها ، لأن حالات الشذوذ تتداخل في حدوث الوحمات الوعائية ، وفي الحدثيات الالتهابية ذات التفاعلات الشديدة .

**الأوعية المغذية للجلد Vessels Supplying the Skin :**

تتألف الشبكة الوعائية الدموية بأبعادها الثلاثة والتي تغذي جلد من ضفيرة جريانها أفقي ، ومن أوعية عامودية تتصل بها . تمر شرينات هذه الشبكة عبر المنطقة الحدودية بين منطقتي الجلد وتحت الجلد ( الضفيرة الجلدية العميقة ) لتغذي ملحقات الجلد وتدعم الضفيرة تحت الحليمية ( الضفيرة الجلدية السطحية ) . ومن الضفيرة الأخيرة تتشكل العرى الشعيرية لتغذي وبمفردها حليمات النسيج الضـام التي تشكل تثنٍ فوقي الشكل في لاستطالات البشروية الأدمية Rete Ridge عبر البشرة ، ويتكون النظام الوريدي بشكل مشابه لذلك ، إلا أن الأوعية وريدية أكبر قطراً . وبالإضافة للوظيفة الاستقلابية ، يعتبر تنظيم حرارة الجسم وظيفة هامة أخرى من وظائف الجملة وعائية الجلدية . أما قطر الشرايين والشرينات فينظمه فعل لأعصاب على العضلات في جدر الأوعية ، بينما تنظم المفاغرة شريانية الوريدية – الموجودة تحت المراقبة العصبية أيضاً – لدوران الدموي في الأطراف . وإن التبيغ الشرياني يؤدي إلى حمامى بينما يؤدي التبيغ الوريدي إلى ركودة دورانية وقد يؤدي إلى ازرقاق الناحية ( راجع الشكل ٢٢ – ١ ) .

## توسع الشعيريات Telangiectases :

**التعريف** : هو توسع دائم في الأوعية الدموية الصغيرة السطحية التي تبدو من خلال الجلد ، وقد تكون قريبة من بعضها فتبدو كحمامى حمراء متجانسة متوسعة الشعيريات ، وتبدو بالمعاينة عن قرب بشكل شبكة وعائية دقيقة ، بينما يختفي الاحمرار بالمعاينة بالشفوفية .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف عن توسع في الأوعية الصغيرة في الضفيرة الحليمية وخاصة الشعيريات والوريدات التالية لها .

**التصنيف** : ويميز فيها التوسعات الشعيرية الأولية والثانوية ( العرضية ) .

## التوسعات الشعيرية الأولية Primary Telangiectases :

**الوحمة متوسعة الشعيريات :**

يشير هذا التعبير إلى توسع الشعيريات التي تحدث كتشوهات ولادية في مناطق محددة من الجلد .

**متلازمة بلوم Bloom's Syndrome [ 1954 ] :**

*المرادفات* : الحمامى متوسعة الشعيريات الولادية ، متلازمة بلوم – تور – ماشاسك Bloom – Torre – Machacek .

**التعريف** : متلازمة بلوم عبارة عن حمامى متوسعة الشعيريات ولادية ، تصيب الوجه والساعدين وتشبه الذأب الحمامي ، وتترافق بحساسيتها للتشعيع بالأشعة فوق البنفسجية ، وباضطرابات في النمو ، وبطفالة ، وبميل للإصابة بابيضاض الدم .

**الحدوث** : مرض نادر الحدوث ، ينتقل بصبغي جسدي صاغر ، ويصيب الذكور غالباً ، ويبلغ عدد الإصابات به حوالي ٤٠٠ حادثة مسجلة في الأدب الطبي .

**الإمراض** : تبين وجود خلل في الدنا ليغاز واحد (DNA Ligas 1) في الخلاصات الخلوية المختلفة ، ولهذا فإن كتلة الإنظيم الجزيئية تبلغ حوالي ١٢٠ – ٢٠٠ كيلو دالتون ، بينما تبلغ كتلة الدنا ليغاز ٢ (DNA Ligas 2) حوالي ٨٠ كيلو دالتون . ويعتبر الرَّبْط المتناقص للدنا ، والرَّبْط المعيب لنهاية الدنا ، وزيادة التبدل العفوي ، علامات مميزة لمتلازمة بلوم ، كما تحدث شذوذات صبغوية متعددة مثل : تحطم في الصبغي ، وأشكال ذات إشعاعات رباعية ومقايضات متعددة مع شق الصبغي المقابل ، بالإضافة إلى ميل المريض للإصابة بابيضاض الدم وبالسرطانة .

**الموجودات السريرية** : يولد الأطفال المصابون عادة بوزن أقل من الوزن الطبيعي ( أقل من ٢٥٠٠ غ ) ، ويترافق بتأخر في النمو أو بقزامة ، ولكن يوجد تناسب في شكل المريض ، كما يصاب بقصور في القندية ( مبال تحتاني ، اختفاء خصية ) ويكون مستوى الذكاء في المصاب سوياً ، وقد تلاحظ أحياناً شذوذات أخرى مثل العَنَش Polydactylism أو الصوت الطفلي العالي .

وتعتبر الحمامى البقعية متوسعة الشعيريات من الميزات الخاصة ، والتي تمتد على الوجه بشكل فراشة ، وتظهر في السنة الأولى من العمر ، وقد تشبه الذأب الحمامي .

وقد تترافق بظاهرة مشابهة على السطوح الانبساطية للساعدين ، وبالإضافة إلى ذلك ، يشكو المصاب من حساسية لأشعة الشمس والتي تتجلى بإحداثها حمامى ونفاطات على الشفتين . كما لوحظ ترافق هذه المتلازمة بالداء السكري .

**الإنذار** : سيء ، فقد يصاب هؤلاء الأطفال بابيضاض الأرومة النقوية الحاد . وبسرطانات في الأعضاء المختلفة ولكنها لا تصيب الجلد في جميع المرضى . يبلغ متوسط البُقيا Survival في هذه المتلازمة حوالي ٢٣ عاماً .

**المعالجة** : وتتم بالوقاية من الضياء ، وبالعناية بالجلد .

## توسع الشعيريات الأساسي Essential Telangiectasia :

تظهر هذه الإصابة بلا سبب واضح ، وتنتشر مترقية في أغلب الحالات ، وتزداد تدريجياً وعلى شكل بقع منتشرة على الوجه والأطراف ، ولذلك سميت بتوسع الشعيريات الأساسي المنتشر المترقي . وقد تكون هذه الآفات سطحية أو عميقة . وثبت أن الأقنية الوعائية المتوسعة تنجم عن توسع في الشعيريات الوريدية ، كما وتترافق هذه التوسعات بالنجمات الوريدية وحتى بالدوالي في بعض المرضى ( راجع الشكلين ٢٢ – ٢ و ٢٢ – ٣ ) .

**المعالجة** : يفيد في علاجها الليزر أو النفوذ الحراري Diathermy غالباً ، كما ينصح بإعطاء التتراسكلين في الشعيريات المتوسعة الأساسية .

## الرنح بتوسع الشعيريات Ataxia Telangiectasia : [ Sillaba and Hanner 1926 ]

*المرادفات :* متلازمة الرنح بتوسع الشعيريات ، متلازمة لويس – بار ( ١٩٤١ ) ، توسع الشعيريات الجلدي – العيني – الدماغي .

**التعريف** : مرض وحماني مجموعي نادر جداً ، يترافق باضطرابات في النظام المناعي الخِلْطي ، وإصابة الجلد والعين والدماغ .

**الحدوث** : يُحتمل أن يكون هذا الداء اضطراباً وراثياً في توعية الدماغ ، وينتقل بصبغي جسدي صاغر . ويلاحظ في هؤلاء المرضى إزْفاء Translocation صبغوي ، وزيادة في التحطم الصبغي .

**الموجودات السريرية** : تظهر العلامة الرئيسية لهذا المرض في صغار الأطفال بشكل رنح دماغي مترقٍ ببطء ، وباللاخطوية ، وباللا وقوفية أيضاً ، كما يلاحظ وجود اضطرابات في الكلام . وتظهر التوسعات الشعيرية على الجلد بطيئة ومترقية وخاصة على الوجه والأذنين والملتحمة . ويُنظر إلى تشكل الشعيريات المتوسعة في الملتحمة في زوايا الأجفان كعلامة باكرة ، ثم يتلوها ظهور بقع القهوة بالحليب ، مع شيب الأشعار في باكورة سن البلوغ ، وضمور الجلد أيضاً . ومن العلامات الهامة لهذا المرض ، أهبة المريض للإصابة بالأخماج الجرثومية المعاودة التي تصيب كلاً من جيب الفك العلوي والرئتين ، وأحياناً الإصابة الباكرة بتوسع القصبات . يوجد لدى المريض نقص في مقاومة الأخماج عموماً .

**الأعراض** : وتتجلى بنقص في النمو ، وتأخر في النمو العظمي ، ويكون الذكاء سوياً في البداية ، ثم يتأخر فيما بعد . وعادة ما يوجد نقص تنسج في التوتة أو يغيب هذا التنسج فيها ، وينقص الغلوبولين IgA في المصل واللعاب أو يغيب فيهما ، وينقص الغلوبولين IgE و IgG أيضاً ، ويزداد الغلوبولين IgM أحياناً ، كما توجد قلة في اللمفاويات بشكل نسبي أو مطلق .

**التشخيص** : قد يشاهد في التصوير المقطعي المحوسب نقص تنسج التوتة أو اللا تنسج بها ، وضمور الدماغ أيضاً .

**التشخيص التفريقي** : يجب استبعاد الأشكال الأخرى من الرنح ( الرنح الحسي ، الرنح الدوائي ) ، وداء هارتنب Hartnup ، وبيلة هيدروكسي كينيورين في التشخيص التفريقي لهذا الداء . ويجب أن تؤخذ الأورام الدماغية بعين الاعتبار أيضاً .

**السير** : يوجد في المصاب زيادة في قابليته للإصابة بالأخماج ، وفي استعداده للإصابة بالخباثات ( السرطانة ، اللمفوم الخبيث ، ابيضاض الدم ) . ويكون الإنذار سيئاً عموماً ، إذ غالباً ما يقضي الأطفال نحبهم في سن البلوغ .

**المعالجة** : عرضية ، بالإضافة إلى الوقاية من الأخماج ( وقد جرب زرع التوتة أيضاً ) .

## المتلازمات الأخرى المترافقة بتوسع شعيريات أولي :

قد يتظاهر كل من توسع الشعيريات الوراثي النزفي ( داء رندو – أوسلر ( الفصل ٥٢ ) وتبكل الجلد الولادي مثل متلازمة رثموند وتومسون ( الفصل ١٨ ) ، وأخيراً الوعاؤوم الزحاف ( الفصل ٥٢ ) ، والوعاؤومات الأخرى أو التقرانات الوعائية ( الفصل ٥٩ ) ، بتوسع أولي في الشعيريات .

## توسـع الشـعـيريـات الثـانوي Secondary Telangiectases :

**التعريف** : توسع الشعيريات العرضي أو الثانوي هو الذي يحدث بتأثيرات خارجية أو كنتيجة للأمراض الجلدية .

*توسع الشعيريات خارجية المنشأ* : يؤدي التعرض الطويل والمديد للشمس والطقس إلى حدوث شعيريات متوسعة على الوجه وخاصة لدى المزارعين ، والبحارة وأدلاء الجبال ( التهاب الجلد الشمسي ) ، ويبدو هذا التوسع أيضاً في حالات تبكل الجلد المكتسب بعد التشعيع بالأشعة السينية ( التهاب جلد شعاعي مزمن ) ، أو بعد العلاج بالستيروئيدات موضعياً ولفترات طويلة ( التهاب الجلد الستيروئيدي ، الجلد الستيروئيدي ) وقد تظهر على الأطراف أيضاً إذا تعرضت للبرد الشديد ، وخاصة الأطراف السفلية عند النساء .

*توسع الشعيريات كنتيجة لمرض* : يعتبر توسع الشعيريات صفة نموذجية للمرحلة الأخيرة في الجلادات التي تنتهي بالضمور والتصلب : كتصلب الجلد ، ومتلازمة كريست CRST ، والذأب الحمامي ، والتهاب الجلد والعضل ، والتهاب جلد الأطراف المزمن الضموري . وقد تظهر على الوجه والقسم العلوي من الجسد في حالات تشمع الكبد أيضاً .

**المعالجة** : يمكن استعمال إبرة الإنفاذ الحراري لإنقاص الشعيريات المتوسعة . وعلى أية حال ، توجد خطورة بسيطة في تطبيق هذه الطريقة في معالجة الحمامى متوسعة الشعيريات تنجم عن الشكل الحاصل ، بينما يمكن تجربة سنفرة جلد الوجه بمسننات عالية السرعة . ويؤخذ بعين الاعتبار المداواة بالبرودة السطحية ، كما وإن تخثر الأوعية الصغيرة جداً بأشعة الليزر مفيد ومثير للاهتمام .

## الاحمرار بين الجريبات على العنق Erythrosis Interfollicularis Colli [ Leder 1944 ] :

*مرادفات* : الملان الاحمراري بين الجريبات ، الجلد المرقط .

إن هذه الآفات غير مؤذية ولكنها تبدلات غير مرغوبة جمالياً ، وتصيب الذين يتعرضون لأشعة الشمس الشديدة ولفترات طويلة غالباً : كالمزارعين والجنود ، وأدلاء الجبال والبحارة وعبادي الشمس . وتصيب كلاً من جانبي العنق تحت الأذنين ، ومنطقة الصدر بشكل V أيضاً . ويتظاهر هذا الداء على شكل حمامى متوسعة الشعيريات ، وواضحة الحدود ولا تصيب الجريبات ذات اللون الطبيعي ، وتكون المنطقة تحت الذقن والمنطقة وراء الأذنين سليمتين من الإصابة دائماً ، ( راجع الشكل ٢٢ – ٤ ) . ويترافق هذا الاحمرار بين الجريبات بفرط تصبغ أحياناً ويسمى بالملان الاحمراري بين الجريبات . وهذا التبدل غير عكوس ، ويتم الاتقاء في هذا الداء بالحماية من التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية .

**المعالجة** : تغطية أماكن الإصابة ووقايتها من أشعة الشمس .

## توسع الأوردة Venectases :

يمكن تمييز الشعيريات المتوسعة الدقيقة الحمراء بسهولة عن الأوردة المتوسعة ( الدوالي ) Phlebectases ، وهذه الأخيرة عبارة عن جيوب ( من الدم الوريدي ) حمراء مزرقة ، أو أرجوانية مزرقة ، وذات قطر كبير وطول يتراوح بين عدة سنتيمترات . وتحدث على شكل نجمة ( النجوم الوريدية ) أحياناً ، وغالباً ما تبدو بشكل تشجرات دوالية تصيب ظهر القدمين والكاحل وأسفل الساقين والفخذين . ( راجع الشكل ٢٢ – ٥ ) . كما وتظهر الأوردة المتوسعة على القوس الضلعية نتيجة للسعال في مصاب بالنفاخ الرئوي أحياناً .

ويعتبر توضع هذه الإصابة على الجوانب الأنسية للأخمص وقربه على شكل دوالي إكليلية ، مظهراً نموذجياً للقصور الوريدي المزمن من الدرجة الأولى .

**المعالجة** : وتتم بالحقن المصلبة بالأدوية السادة أو بالمصل الملحي مفرط التوتر وإن تخثير هذه الأوعية بأشعة الليزر مفيد .

## الاعتلالات الوعائية الوظيفية Functional Angiolopathies :

تضم هذه الاعتلالات الوعائية الوظيفية جميع الاضطرابات المزمنة في الدوران النهائي ، وتصيب الشرينات والشعيريات والوريدات . وقد تكون هذه الاضطرابات نفسها ذات أهمية معتبرة في الحالات المعزولة ، حيث تختلف هذه الاضطرابات الوعائية الوظيفية في الدوران الأصغري عن الأمراض الوعائية العضوية التي يجب تفريقها عنها لأنها غير مؤذية نسبياً . ويمكن تحديد المتلازمات السريرية التي يشيع فيها نقص التحمل للبرد .

### زراق الأطراف Acrocyanosis :

*المرادفات* : اختناق النهايات Acroasphyxia .

**التعريف** : يعني زراق الأطراف حدوث تبدل لوني زراقي في الأقسام القاصية من الأطراف وانخفاض درجة حرارة الجلد فيها ، وتترافق بفرط تعرق وتورمات لينة غالباً .

**الحدوث** : تصاب النساء بهذا الداء بشكل رئيسي ، وتبدأ الأعراض عادة في سن البلوغ ، وتختفي في العشرينات والثلاثينات عفوياً ، وتتفاقم الإصابة عند التعرض للبرد كالعمل

في بيئة باردة ورطبة ، بينما تعمل التدفئة على تخفيف الإصابة بشكل كبير .

**الإمراض** : يفترض وجود خلل في نظام الدوران الأصغري من منشأ عصبي مستقل ، وعائلي أحياناً . وقد اقترح وجود اضطرابات في النظام النخامي الدماغي البيني أو في المنعكسات النخاعية و/أو زيادة حساسية عضلات جدر الأوعية للبرد ، حيث يبقى الدم المنزوع الأكسجين في الشعيريات الوريدية الكبيرة الوانية ، وفي الوريدات التالية لها ، بينما تضيق الشرينات بزيادة المقوية أيضاً .

**الموجودات السريرية** : تصاب الأطراف في نهايتها كاليدين والقدمين ، كما يصاب كل من الساعدين والساقين والأنف والوجنتين والأذنين والأليتين والربع السفلي الخارجي من الثدي أيضاً ، وتكون المناطق الحمراء المزرقة من الجلد باردة ، بينما تكون الراحتان والأخمصان رطبة عادة ، وتعزى هذه الرطوبة إلى فرط تعرقها ، وقد تظهر التورمات اللينة التي تشبه الوسادة خاصة على اليدين . ولا يتذمر المرضى من برودة اليدين والقدمين فقط ، بل يتذمرون من شعور التنمل المزعج أحياناً ، وهذا ما يسمى زراق الأطراف المزمن الخدري A. Chronica . Anaesthetica

*الظاهرة القزحية Iris Phenomenon* : وهي علامة تشخيصية نموذجية . بعد إحداث الابيضاض بالضغط الخفيف ، تَحمر المناطق ثانية من محيطها وباتجاه مركزها ، بينما يرجع لون الجلد الطبيعي سريعاً وبانتظام بدءاً من محيطها ، وبعد هذا تحدث بقعة حمراء قرمزية فاتحة بلون القسم الظاهر من الشفة ( التبيغ الشرياني ) ، ثم يظهر الزراق ثانية ( راجع الشكل ٢٢ — ٦ ) .

**السير والإنذار** : تختفي أعراض هذا الزراق في العشرينات وحتى الثلاثينات من العمر . ويجب — أثناء وضع الإنذار — أن يدخل في الحسبان أن الإصابة بهذا الزراق تعني زيادة القابلية للإصابة بالجلادات الأخرى ، فالثآليل الشائعة مألوف حدوثها على هذا الزراق ، وتعتبر مناطق الإصابة بهذا الزراق توضعات مفضلة للإصابة بالذأب الشائع ، والسليات الحطاطية النخرية ، والحمامى الجاسئة ، والذأب الشرسي ( شكل من الذأب الحمامي المزمن ) ، والشرث . ويصبح سير التقيحات الجلدية في مناطق الإصابة بهذا الزراق أكثر طولاً ، وتطورها إلى إكتيمة أكثر احتمالاً . كما تكون هذه المناطق ذات أهبة للإصابة بالأخماج الفطرية أيضاً ( السعفة اليدوية والقدمية ، الداحس بالمبيضات ) .

**التشخيص التفريقي** : يحدث زراق الأطراف العرضي في كل من أمراض القلب والرئة المزمنة ، والاضطرابات العصبية والدموية ، والأمراض التي تترافق براصّات البرد وغلوبولينات القر أيضاً . ويمكن تشخيص التهاب جلد الأطراف المزمن الضموري ( هركزهايمر Herxheimer ) نسجياً ومصلياً ، ويستبعد سريرياً بالحقيقة التي مفادها أن الإصابة فيه تتطور إلى ضمور ، كما ويتميز داء رينو بهجماته العارضة .

**المعالجة** : لا يوجد علاج جهازي ناجح ، ويجب أن تراقب اضطرابات الإحاضة . ومن الأهمية بمكان في هذا المرض ، الوقاية من البرد بالملابس المناسبة ، ومن ثم التعرض للحرارة بشكل حمامات متناوبة ، وحمامات جزئية ، وحمامات بالبخار ( الساونا Sauna ) ، والمعالجة بالمبيغات كمشتقات حمض الصفصاف وحمض النيكوتين أيضاً ، كما ينصح بالعلاج الفيزيائي بالتدليك ، وتدليك النسيج الضام ، والتدليك تحت الماء بالإضافة إلى النشاطات الرياضية .

**الجلد المرمري Cutis Marmorata :**

*المرادفات* : التزرق الشبكي العابر .

**التعريف** : وهو عبارة عن جلد مرمري شبكي كبير العيون غير مؤذٍ ، يحدث نتيجة تفاعلات وعائية وظيفية تشبه البقع البيضاء في زراق النهايات .

**الحدوث** : يترافق عادة حدوث الجلد المرمري مع زراق النهايات ، ويصيب الفتيات الصغيرات والنساء البدينات ويندر استقلاله عن زراق النهايات ، كما يندر حدوثه في الرجال .

**الأسباب والإمراض** : تتداخل في سببيات الجلد المرمري عوامل مشابهة للعوامل التي تسبب زراق النهايات . وعلى أية حال ، فإن الونى الوظيفي الصرف للوريدات ، وفرط توتر الشرينات في هذا الداء ، يصيب الأوعية الصغيرة في الأدمة العميقة والنسيج تحت الجلد .

**الموجودات السريرية** : يندمج زراق النهايات عادة إلى حد بعيد بالتزرق الشبكي واسع العيون المرقط الذي يتظاهر به الجلد المرمري . ويمكن للجلد المرمري أن يصيب مناطق واسعة من الأطراف والأليتين بشكل مستقل . وتتناوب بشكل نموذجي نمط الحلقات المزرقة والشبكات في أوقات مختلفة ، وتختفي بعد تواجدها في بيئة دافئة لفترة قصيرة ، أو بعد دلك الجلد ، كما لا توجد أعراض شخصانية مرافقة . ( راجع الشكل ٢٢ — ٧ ) .

**السير** : يختفي الجلد المرمري بتقدم العمر ، وتنبع أهمية هذا التزرق المرقط للجلد من أنه يصعب تمييز الطفح المنعزل أحياناً ، ومثالها الوردية الإفرنجية .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تُستبعد الاضطرابات الوعائية

لا نهاية من نمط التزرق العنقودي Livedo Racemosa في التشخيص التفريقي لهذه الإصابة .

**المعالجة** : وتتم كما في علاج زراق النهايات .

## التشنج الوعائي في الوضح الكاذب Pseudoleukoderma Angiospasticun :

ويتظاهر على شكل ترقط أبيض على باطن اليدين والساعدين و/أو الأليتين ، ويحدث في المرضى ذوي الإصابات الوعائية ، ولكنه يصيب الأصحاء أيضاً ، وقد يشبه الوضح الحقيقي ، ولكن نقص التصبغ يغيب بالمعاينة الشفوفية . وينجم هذا الوضح عن شذوذ وظيفي في الأوعية المحيطية ( تشنج مركزي في الشرينات ، توسع محيطي في الوريدات ) ويتوافق هذا مع الجلد المرمري أيضاً . وتعتبر البقع البيضاء على الأليتين علامة غير نوعية للاضطرابات في استقلاب الكبد ، وغالباً ما يحدث هذا الشذوذ الوظيفي لدى المدخنين .

## التزرق الشبكي والحروري Livedo Reticularis e Calore :

*المرادفات :* حمامى الاصطلاء Erythema ab Igne .

تنجم هذه الحمامى عن التعرض المديد للحرارة الشديدة ( مواقد الفحم ، الدثارات الحرارية الكهربائية ) ، وتتظاهر في البداية على شكل شبكة حمراء ذات عيون كبيرة والتي قد تتحول إلى فرط تصبغ شبكي في الجلد ، ولذا دعيت بالملان الحراري لبوشكيه «Buschke's Heat Melanosis» . وقد تستمر هذه الحمامى سنوات عديدة فتسبب تبدلات واضحة في الجلد .

## الجلد المرمري متوسع الشعيريات الولادي Cutisrmorata Telangiectatica [ Van Lohuizen 1922 ] :

*المرادفات :* متلازمة Van Lohuizen ، الدوالي المتعممة الولادية .

**التعريف** : تعتبر هذه المتلازمة تشوهاً وحمانياً ولادياً في الأوعية الدموية الجلدية .

**الموجودات السريرية** : وتتجلى بنموذج واضح من الجلد المرمري غير أن عدم انتظامه أكبر وخشونته أكثر ، ويظهر منذ الولادة أو بعدها بفترة قصيرة ، ويشاهد عادة في الفتيات ، ويصيب كل الجلد أو يصيب مناطق غير متناظرة منه . وإذا استثنيت خشونة الجلد وتزرقه المرقط ، فإن هذه المتلازمة تترافق بالوحمات العنكبوتية وبالتقرحات الصغيرة وبفرط الكلسمية أحياناً ، كما لوحظ حدوث زرق مرافق أيضاً . ( راجع الشكل ٢٢ – ٨ ) .

**الإمراض** : مجهول ، ويؤخذ بعين الاعتبار قصور أوعية الجلد في تنظيم الحرارة بعد الولادة ، كما ترافقه تشكلات وحمانية في الأوعية .

**التشريح المرضي النسجي** : وتكون فيه الشعيريات في الأدمة والأوردة تحت الجلد متوسعة .

**السير** : قد يحدث تراجع عفوي في تشكل الطبقة الشحمية تحت الجلد خلال الأشهر الأولى من العمر وحتى السنتين تقريباً .

**المعالجة** : وتتم المعالجة بالاتقاء الجيد من البرد بشكل خاص .

## زراق الساق الاحمراري Erythrocyanosis Crurum Puellarum [ Klingmüller 1925 ] :

**التعريف** : هو نوع من زراق النهايات يتظاهر ببقع بنفسجية وزراق وتورم يشبه الوسادة يصيب الساقين نتيجة التعرض المديد للبرد .

**الحدوث** : يشيع حدوث هذا الزراق في الفتيات والنساء الصغيرات ، وتعتبر متطلبات الأزياء ( التنانير القصيرة ) عاملاً مؤهباً لهذه الإصابة ، كما أن البدانة عامل مؤهب آخر لدى الفتيات قصيرات القامة اللواتي يطلق عليهن اسم Typus Rusticanus ( النمط الريفي ) أو ( النمط الممتلىء ) .

**الأسباب والإمراض** : تحمي طبقة شحمية كبيرة الأعضاء الداخلية من ضياع الحرارة ، وبشكل مماثل فإنها تعزل الجلد فوقها وتجعله أكثر عرضة للتأثر بالبرد . وإذا وجد تأهب للإصابة بزراق النهايات ، فإن التبدلات الجلدية تحدث في مناطق ذات طبقة متسمكة من النسيج الشحمي تحت الجلد في جهة واحدة ، بينما تتعرض المناطق الأخرى للبرد بسبب مراعاة الأزياء . ويبدو أن الخلل الوظيفي الصماوي يلعب دوراً جزئياً في هذا الاضطراب .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر هذا الداء على شكل زراق معمم في النهايات وبدرجات مختلفة من الشدة ، ويرافقه شرث جريبي Perniosis Follicularis ، وتقران جريبي أحياناً ، وقد يمتد هذا الزراق الاحمراري من الجانب الداخلي للفخذ والركبة إلى الكاحل الوحشي ، كما يترافق باضطراب لوني ازرقاقي على الجلد ( زراق Cyanosis ) ينفصل عن محيطه بحافة

متوهجة ، وببقع حمراء ساطعة منفصلة عن بعضها ونموذجية لهذه الإصابة ، وتكون الظاهرة القزحية Iris Phenomenon إيجابية في هذا الداء ، كما في زراق النهايات والجلد المرمري . وتتفاعل المناطق المزرقة بالدلك والضغط الأصبعي على شكل بقع بنفسجية تتسم بالتبيغ الشرياني . بينما يحدث اختناق النهايات الوظيفي الصرف تحت تأثير الحرارة ، ويؤدي البرد إلى تخريب تشريحي في الأوعية المشلولة ، وكذلك يحدث هذا التخريب عقب الالتهاب أيضاً ، كما يترافق الزراق الاحمراري بوذمة موضعية ، وقد يحدث جسوء مرافق شبيه بالشرث . وإن برودة الجلد وميل الإصابة للتراجع مع تقدم العمر يشابه ما يحدث في زراق النهايات . وعلى أية حال ، فإن تخريب الأوعية الشديد بالبرودة يترك تبدلات جلدية دائمة .

**السير والإنذار** : تختفي هذه الظاهرة خلال عدة سنوات أو عقود . وقد يؤدي الاضطراب الوظيفي المزمن للدوران إلى تخرب آليات الجلد المناعية ، وتؤهب لاضطرابات جلدية أخرى كما في زراق النهايات .

**التشخيص التفريقي** : يدخل كل من الشرث والحمامى العقدة والتهاب السبلة الشحمية في التشخيص التفريقي .

**المعالجة** : وتتم كما في زراق النهايات ، وينصح بالاستعاضة الهرمونية إذا أثبت الاضطراب الصماوي .

### احمرار الأطراف المؤلم Erythromelalgia [ Mitchell 1827, Gerhardt 1892 ] :

*المرادفات* : الحمامى المؤلمة Erythralgia ، متلازمة ميتشل Mitchell ، متلازمة جيرهاردت Gerhardt .

**التعريف** : احمرار الأطراف المؤلم عبارة عن تبيغ انتيابي يصيب أحد الأطراف ويتظاهر بألم شديد واحمرار في الجلد وارتفاع درجة حرارته .

**الحدوث** : مرض نادر جداً ، يصيب كلا الجنسين ويحدث بشكل رئيسي في سني الشباب وأواسط العمر ، ويكون عائلياً في بعض الحالات .

**الأسباب والإمراض** : إن الأسباب في هذه الإصابة متعددة ،ومن غير المؤكد وجود شكل غامض دون أن يرافقه مرض مستبطن آخر ، حيث يبدو ، وخاصة في فصل الصيف ، كظاهرة ثانوية للحالات التالية : كثرة الحمر الحقيقية ، وفرط التوتر الشرياني ، وأمراض الشرايين السادة ، وأثر يبقى عقب التهاب الوريد الخثاري ، والشرث المزمن ، والاضطرابات العصبية ، والأدوية أحياناً ( نيفيديبين Nifedipine ، بيرغوليد Pergolids ، بروموكريبتين Bromocriptine ) .

أما إمراضياً فيتفاعل الدوران النهائي بشكل غير طبيعي تجاه الحرارة ، وتثار الهجمة بارتفاع درجة حرارة الطرف إلى النقطة الحرارية الحرجة ، وتختلف هذه النقطة الحرارية باختلاف المصاب وتتراوح بين ٣٢° ـ ٣٧° مئوية . ويحدث الألم بارتفاع حرارة الطرف وليس بتبيغه ، وقد يضطرب استقلاب البروستاغلاندين الذي يكون السبب في الاستجابة للعلاج بالأسبيرين .

**الموجودات السريرية** : تسبب الحرارة والجهد العضلي أيضاً تبيغ الجلد وتورمه وارتفاع حرارته وألماً حارقاً شديداً ومضضاً بلمسه ، وفرط تعرقه ، وتصاب الساقان أو القدمان في هذا الداء عادة ، ويندر جداً أن يصيب هذا المرض اليدين ، وتدوم هجماته من دقائق إلى ساعات .

**السير والإنذار** : السير مزمن ، والإنذار حسن في النهاية .

**التشخيص التفريقي** : وتلتبس هذه الإصابة بمتلازمة القدم الحارقة ، وبداء رينو الذي يثير البرد نوباته البعيدة ، ويتصف بأطواره النموذجية وبحدوث التشنج الوعائي في بداية نوباته .

**المعالجة** : من الممكن إيقاف هجمات هذا الداء بتبريد الأطراف في الماء البارد ، غير أن الحرارة أو الجهد العضلي يؤديان إلى هجمات أخرى ،ويجب معالجة المرض الأساسي ما أمكن ، وينصح بإعطاء الأسبيرين والبروبانولول أيضاً ، ويمكن تجربة تقسيتها بلطف بالحمامات الجزئية في الماء مع رفع درجة حرارتها تدريجياً .

### متلازمة القدم الحارقة Burning Feet Syndrome [ Stannus 1912 ] :

**التعريف** : هو جلاد يتظاهر باحساس بالحرق المتقطع والمؤلم جداً في القدمين ، وينجم عن اعتلال عصبي . وهو ظاهرة ترافق باضطرابات داخلية أو عصبية .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر هذا الجلاد بإحساس نَخْر ، وبحرق مؤلم جداً يصيب القدم وحتى الكاحل ، ويحدث في الليل عادة . وفي السرير الدافئ ، يبدأ هذا الإحساس عموماً على الجانب الأخمصي للمفصل المشطي السلامي الأول .

كما يوجد زيادة في التوتر العضلي وفرط تعرق في الناحية المصابة ، ولا يكون التبيغ حاداً كما في احمرار الأطراف المؤلم . وغالباً ما يحدث تفريج بتدلي القدمين خارج السرير أو بغمسها في الماء البارد .

وغالباً ما تترافق هذه المتلازمة مع تبدلات عصبية مثل التهاب العصب خلف المقلة ، المذل ، والخزل البؤري . لوحظ حدوث هذه المتلازمة في حالات الكحولية ، والجرعات المفرطة من حمض النيكوتين هيدرازيد ، وأمراض الكبد ، والتهاب ما حول الشرايين العقد ، والداء السكري ، وعوز الفيتامين ب ، والأورام ، والورام الوعائي النخاعي أيضاً .

**المعالجة** : وتتم بمعالجة المرض المستبطن . واستعمال الأغطية الخفيفة لليدين والقدمين ، وينصح بالحمامات الجزئية وبدرجات حرارة متزايدة بالتدريج . إن إعطاء الأسبرين لعدة أيام فعال في بعض الحالات ، كما ينصح بالفيتامين ب المركب أيضاً .

## متلازمة تململ الرجلين Retless Legs Syndrome : [ Wittmaack 1861, Ekbom 1945 ]

*المرادفات* : قلق الظنبوب ، متلازمة ويتماك – إيكبوم Wittmaack – Ekbom .

**الموجودات السريرية** : تتظاهر هذه المتلازمة بهجمات من خلل السوء Dysesthesia في الساقين ، تحدث في الليل عادة ، وتؤدي هذه الهجمات إلى حركات تململ إجبارية في الساقين ، ويتم التحسن أحياناً بالنوم على المعدة ، أما سبب هذه الحركات فغير معروف ، ويعتبر كل من الحمل والبرد وفقر الدم والداء السكري من العوامل المؤهبة لحدوثها ، ولقد اقترح وجود خلل وظيفي في الجهاز الوعائي الحركي في إمراضها ، وقد تلعب العوامل النفسية دوراً جزئياً في ذلك أيضاً .

## متلازمة رينو وداء رينو Raynaud's Syndrome and Raynaud's Disease : [ Raynaud 1862 ]

**التعريف** : تعرف متلازمة رينو بأنها متلازمة تنجم عن حدوث تشنج وعائي مؤلم متناظر ومتقطع يصيب اليدين خاصة ، ويثار حدوثها بالبرد والانفعال أحياناً ، وكما جاء في الجدول ٢٢ – ١ ، فهي ظاهرة ثانوية لأعداد كبيرة من الأمراض المرافقة ، وتُعرف الحالات التي لا يرافقها سبب واضح بداء رينو .

**الحدوث** : يحدث داء رينو في الشابات بشكل رئيسي ( معدل إصابة النساء للرجال هي ٥ : ١ ) ، ويتوافق كل من الجنس والعمر مع الأمراض المستبطنة في ظاهرة رينو الثانوية .

**الإمراض** : مجهول ، ولكنه قد يرتبط بأذية الخلايا البطانية ، واقتُرح كل من تبدلات الجهاز العصبي الودي ، وحساسية الأوعية للبرد ، ولزوجة الدم في هذا الإمراض .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر هذا الداء بتشنجات في الأوعية المحيطية ، مؤلمة ، انتيابية ، متناظرة ونموذجية ، ويظهر الإقفار المفاجىء في إصبع واحد أو في عدة أصابع ، كما يصيب الأباخس والمناطق القاصية من القدمين ، والأذنين ، والأنف ، واللسان أحياناً . ويمكن تمييز ثلاثة أطوار مميزة ومتعاقبة :

١ – *التشنج الشرياني* : وتبدو فيه الأصابع المصابة بيضاء وقاسية . ( راجع الشكل ٢٢ – ٩ ) .

٢ – *الزراق ( تبيغ وريدي )* : وتكون الأصابع فيه حمراء مزرقة قاتمة اللون .

٣ – *التبيغ الشرياني* : وتصبح الأصابع فيه حمراء فاتحة .

وتختلف مدة الهجمات وتكرارها من حالة إلى أخرى ، بينما يحدث الألم الشديد في الطور التبيغي غالباً ، ولا توجد أسباب واضحة لهذه الهجمات أحياناً ، ولكنها تحدث بالبرودة عادة ، وقد يثير الكرب النفسي حدوث الحالات العارضة أيضاً . كما تسبب الهجمات المتكررة تبدلات في جدر الأوعية والنسج المحيطة بها ، وتظهر التورمات القاسية في الأصابع والأباخس بمرور الوقت ، بينما تكون الأنامل Finger Tips قصيرة وذات شكل مخروطي بسبب ارتشاف القسم القاصي من عظام السلاميات ، ويتظاهر التهاب بطانة الشريان المسد على شكل مناطق نخرية صغيرة تصيب نهايات الأصابع والأباخس وتترك مكانها ندبات صغيرة ، كما يتناوب نمو الأظفار مع تباطؤ فيها وصفيحات ظفرية سميكة أيضاً .

**التشخيص** : تكون الصورة السريرية لداء رينو أو متلازمته نموذجية ، ولذا يمكن تشخيص الإصابة بالقصة المرضية فقط . وغالباً ما يثار حدوث الإصابة بغمس اليد والساعد في الماء البارد ( ١٠° – ١٥° C ) لفترة وجيزة . ومن ناحية أخرى ، يجب أن تستبعد جميع الأسباب المذكورة في الجدول ٢٢ – ١ ، كما ينصح بتصوير الأوعية أيضاً إذا توقعنا وجود تبدلات مرضية في الأوعية . ومن الأهمية بمكان تفريق داء رينو بشكل خاص عن المراحل الباكرة من تصلب الجلد المجموعي المترقي .

**الجدول ٢٢ ـ ١ : الأسباب في متلازمة رينو**

**الشذوذات :**
الأضلاع الرقبية ( متلازمة الأخمعية الأمامية أو الترقوة الضلعية ) .
**الرضوح :**
الأمراض المحدثة بالصخب والضجيج : العمل بالمطارق الهوائية ، الجرارات ، آلات الخياطة ، الآلات الكاتبة ، إلخ .
عقب الأذيات أو العمليات الجراحية .
**الأمراض الوعائية :**
تصلب الشرايين .
التهاب الوريد الوعائي الخثاري المسد .
التهاب الشرايين العقد .
الصمات ، الخثارات .
**أمراض النسيج الضام :**
تصلب الجلد المجموعي المترقي .
الذأب الحمامي .
التهاب الجلد والعضل .
التهاب المفاصل الرثواني .
**الاضطرابات العصبية :**
التهاب العصب .
تكهف النخاع .
تدلي Prolapse النواة اللبية .
**التبدلات الدموية :**
راصات البرد .
الحالات الدموية الباردة .
الغلوبولينات القرية .
وجود الغلوبلين الكبري في الدم .
بيلة هيموغلوبينية إنتيابية .
**الانسمامات :**
الذيفانات الفطرية .
المعادن الثقيلة .
مركبات السيانيد بعد تناول الكحول .
الأرغوتية .
مشتقات الفينيل كلوريد ( داء فينيل كلوريد ) .
ثلاثي كلور الإيتيلين .
**الأمراض الصماوية :**
النخامى ( ؟ ) .
الدرقية ( ؟ ) .
نقص التنسج التناسلي ( ؟ ) .

*علاقة داء رينو بتصلب الجلد المجموعي المترقي :*
*تصلب الأصابع Sclerodactyly* : وهو شكل مميز من تصلب الجلد المجموعي ( نمط تصلب جلد النهايات Acrosclerodermic Type ) ، ويبدأ بهجمات من داء رينو غالباً . ومن ناحية أخرى ، فقد لوحظ قساوة في نسيج الأصابع خلال سير داء رينو على غرار تصلب الجلد . فإذا ابتدأت الإصابة بمثل هذه القساوة ، فالأكثر احتمالاً أن يتطور هذا الداء إلى تصلب الجلد المجموعي المترقي ، أما إذا بقي تصلب الجلد ثابتاً لمدة سنتين ، بالرغم من تكرار الهجمات ، فالأكثر احتمالاً أن تكون هذه الإصابة عبارة عن داء رينو . وعلى أية حال ، فإن تصلب الجلد والأمراض المرافقة الأخرى والمحتملة في هذا الداء ، يجب أن تبقى نصب أعيننا . وينبغي إجراء الفحوص التشخيصية التفريقية لهذه الأمراض بشكل منتظم . ففي حالة تصلب الجلد المجموعي المترقي ، يمكن كشف الأضداد المضادة للنوى في مصل المريض غالباً .

**المعالجة** : عرضية ، وتعتبر الحماية الفعالة من التعرض للبرد وارتداء الثياب التي تبعث الدفء في المريض هي الطريقة العلاجية الأكثر أهمية . وينصح المريض بالامتناع عن التدخين بسبب فعل النيكوتين المضيق للأوعية . وكذلك فإن الإجراءات الفيزيائية مفيدة غالباً كالحمامات الحارة ، والتدليك ، والتدليك تحت الماء ، واختبار تمارين الأصابع . كما تريح حمامات البارافين المريض لأنها تسبب توسعاً وعائياً مستمراً ، وتعطى موسعات الأوعية خلال الهجمات أيضاً ( انظر الجدول ٢٢ ــ ٢ ) . وينصح علاج هذا الداء بالعوامل الحاصرة للكالسيوم ( ضواد الكالسيوم ) مثل النيفيدبين Nifedipine أو الفيراباميل Verapamil أو الديلتيازم Diltiazem . وعلاوة على ذلك ، يجب تناول الرزربين Reserpine ، الدواء الكابت للجهاز المركزي ، الذي يستنفذ النورابينيفرين Norepinephrine من الأعصاب والأوعية . وقد تكون حالات الودي ، وألفا ميتيل دوبا ، ودي بنزيلين Dibenzyline فعالة أيضاً . وفي حالات خاصة ، يمكن استعمال الاستروجينات إذا ازدادت الحالة سوءاً خلال الطمث أو الإياس . ولم يعد ينصح بقطع الودي جزئياً لأنه لا يحقق سوى نتائج مقبولة في ٢٥٪ من الحالات . كما سجلت نتائج حسنة بتطبيق مرهم إيزوسوربيد دي نتريت Isosorbid Dinitrate موضعياً ، بينما يحدث ارتداء الجوارب والقفازات ذات فتحات للأصابع توسعاً وعائياً في اليدين والقدمين بانعكاس المحوار الطويل ، كما ينقص متطلبات المريض لموسعات الأوعية ، ويمكن للتلقيم الراجع الحيوي أن يزيد من حرارة الأصابع .

**تموت الأصابع Digitus Mortuus [ Reil, Nothnagel ] :**
المرادفات : الأصبع الميت ، الأصبع الأبيض .

**الموجودات السريرية** : وكنتيجة للبرد أو الكرب الانفعالي يحدث في هذا الداء تشنج مفاجيء في شرايين الأصابع ، يؤدي بها إلى قصر في أصبع واحدة أو أكثر ، فتبدو بيضاء اللون ثم تموت . ولا يصاب فيه الإبهام أو الخنصر عادة ، وتدوم هذه الهجمات غير المؤلمة والتي تحدث في النساء غالباً ، لفترة قصيرة عادة . وقد يتوقف هذا الداء بعد قليل من الوقت ، كما لا توجد دائماً حدود واضحة لهذا الداء تميزه عن داء رينو .

**التشريح المرضي النسجي** : أحياناً يوجد التهاب وعائي خثاري وعرقلة التأثير المضيق للأوعية .

**التشخيص** : تتواجد تبدلات التهاب المفاصل الفقارية التي تصيب الفقرات والأضلاع الرقبية في بعض الحالات .

**المعالجة** : كما جاء في داء رينو .

**الجدول ٢٢ ـ ٢ : الأدوية الفاعلة في الأوعية في ظاهرة رينو**

| الدواء | عمل الدواء | الجرعة البدئية ملغ/يومياً |
|---|---|---|
| ريزربين | يستنفذ الكاتيكول أمينات | ٠,١ |
| ميثيل دوبا | يحصر تشكل الكاتيكول أمين | ٥٠٠ ـ ١٠٠٠ |
| كابتوبريل Captopril | يحصر الأنجيوتنسين الذي يقلب الأنظيم | ٧٥ |
| فينوكسي بنزامين Phenoxy Benzamine | يحصر مستقبلات ألفا ١ ، أدرينالييي الفعل | ٢٠ |
| برازوسين Prazosin | يحصر مستقبلات ألفا ١ ، أدرينالييي الفعل | ١٥ |
| بروبرانولول Propranolol | يحصر مستقبلات بيتا ، أدرينالية الفعل | ١٦٠ |
| نيفيديبين Nifedipine | يحصر الكالسيوم ( ضواد الكالسيوم ) | ٣٠ |
| ديلتيازم Diltiazem | يحصر الكالسيوم ( ضواد الكالسيوم ) | ١٨٠ |
| فيراباميل Verapamil | يحصر الكالسيوم ( ضواد الكالسيوم ) | ٢٤٠ |
| كيتانسيرين Ketanserin | يحصر مستقبلات السيروتونين | ١٠ |

**وجع النهايات Acrodynia** [ Chardon 1830, Swift 1918, Feer 1923 ] :

*المرادفات :* داء فير Feer's Disease ، الداء الوردي ، متلازمة سويفت Swift Syndrome .

**الأسباب** : مجهولة . ويقال بأن أسباب هذا الداء تستند إلى وجود آفات سمية أو خمجية أو التهابية أرجية تصيب المركز الودي في الدماغ المتوسط . ويعتبر الزئبق ، على وجه التحديد ، مسؤولاً عن إمراضية هذا الداء ، ومن خلال تفاعل أرجي متأخر . ولوحظت ظاهرة مشابهة في الأرغوتية ، وفي الانسمام بالزرنيخ ، والتاليوم ، وفي عواز الفيتامين ب .

**الموجودات السريرية** : في هذا الداء ، تصبح أيدي صغار الأطفال وأقدامهم مزرقة إلى حمراء آجرية ، وتبدو شبيهة باللحم النيء وتكون مؤلمة وحاكة أيضاً . ويحدث توسف صفيحي كبير في الراحتين والأخمصين أخيراً ، يترافق هذا الداء بفرط تعرق شديد تشبه رائحته رائحة الفأر ، وقد يؤدي سريعاً إلى حدوث دخنية حمراء ، وهذا يسهل تحوله إلى خمج جرثومي ثانوي ، مع الميل لتقرح هذه التقيحات الجلدية . وتعتبر رخاوة العضلات من الملحوظات الهامة في هذا الداء . وقد يترافق في بعض الأحيان بكل من هيوجية الجلد Irritability ، والأنين ، ونقص الوزن ، وفرط الحراك Hyperkinesis ، والأهبة لالتهاب العضلات ، والتخمة ، والمعص ، وتسرع القلب ، والأهبة لفرط التوتر ، والتبول المُرَسِّب أيضاً .

**السير والإنذار** : يتطور المرض خلال أسابيع أو شهور ، والإنذار فيه حسن .

**المعالجة** : عرضية . وتشمل القوت الغني بالفيتامينات ، وفيتامين ب المركب وكذلك تعطى فيها الصادات إذا كانت ضرورية ، وإذا أُثبت الانسمام بالزئبق فيعطى مضاد اللويسيت البريطاني (BAL) .

## الصمات في الجلد Emboli to the Skin :

تمتلى الأوعية الدموية في الجلد بمادة من الدوران الداني أحياناً ، فتحدث متلازمة سريرية مميزة .

**الصمات الجرثومية Bacterial Emboli** : تحدث هذه الصمات عندما يشكل نمو الجراثيم والجلطة تنبتات في القلب والأوعية ، وتتكون الآفات الجلدية من حطاطات وعقيدات حمراء أو نزفية ، مؤلمة عادة ، كما في عقد أوسلر ، وقد يرافقها التهاب في الأوعية .

**صمات الدسم Fat Embolus** : وتصيب هذه الصمات الكهول ، وتحدث خلال ٤٨ ساعة من كسر في عظم طويل .

وتشاهد أيضاً بعد مص الشحم Liposuction ، وقد يصاب المريض بالحمى وتسرع النبض والتنفس ، ويكون متململاً وتيهاناً ، كما تحدث وابل من آفات حبرية حول العنق والصدر والإبطين والملتحمة ، ثم يتلاشى الطفح بعد عدة ساعات . وتكشف خزعة الجلد عن وجود دسم خارج الأوعية وعن كريات حمراء أيضاً ، ويكشف الفحص المجهري الالكتروني عن وجود ترسبات من الدسم وتمزقات في جدر الأوعية ، بينما تكشف الدراسات المخبرية وجود بيلة شحمية وزيادة في ليباز المصل ، ونقص في تعداد الصفيحات . وتتم المعالجة بالهيبارين والدكستران والستيروئيدات .

**صمات الكولسترول** : يمكن للمرضى المصابين بأمراض الأبهر العصيدية والشرايين الكبرى الأخرى أن يتعرضوا لحدوث صمات مفاجئة قاصية في شرايين الجلد المسدة ، وتسبب هذه الصمات متلازمة تتصف بتزرق بقعي شبكي ، وغالباً ما يصاب فيها إبهام القدم وذرى جميع الأباخس الأخرى والأخمصين أيضاً . وتكشف خزعة الجلد عن بلورات من الكولسترول داخل لمعة الوعاء مترافقة بتليف ، ويجب التفتيش عن الكولسترول في أية خزعة تبدي التهاباً في بطانة الشريان المسد وفي توضعات ملائمة .

**الصمات بالمخاطوم Myxoma Embolus** : يشكل المخاطوم الأذيني صمات في الأوعية بأحجامها المختلفة ، ويمكن أن تطال أوعية الجلد أيضاً ، وتتظاهر هذه الصمات على شكل تزرق جزئي التهابي غير منتظم يصيب أسفل الساقين عادة . وتكشف الخزعة عن انسداد غير التهابي في لمعة الأوعية وعن كتل مخاطانية تتلون بملونات الموسين .

**الصمات بالخلايا الورمية الخبيثة Malignant Tumor Cell Embolus** :يندر لأورام الأبهر أو للأورام الحشوية التي تصيب الأبهر أن تسبب آفات جلدية عقيدية قاصية ، وتبدي الخزعة من هذه الآفات كتلاً من الخلايا الورمية داخل الأوعية .

## الاعتلال الوعائي الالتهابي Inflammatory Angiopathies :

### التهاب الشرايين العقد Polyarteritis Nodosa

[ Rokitanski 1852, Kussmaul and Maier 1866 ] :

*المرادفات :* التهاب محيط الشريان العقد ، التهاب الشريان الشامل العقد ، داء أو متلازمة Kussmaul – Maier .

**التعريف** : إن التهاب الشرايين العقد المدرسي هو التهاب أوعية نخري مجموعي نادر الحدوث يصيب الشرايين العضلية الصغيرة والمتوسطة .

**الحدوث** : تكون تبدلات هذه الظاهرة السريرية واضحة ، وتصيب جميع العروق وكلا الجنسين .

**الأسباب والإمراض** : إن العوامل الممرضة المسببة غير معروفة على وجه العموم ، ولكن قد تُحدث السلفاميدات متلازمة تجريبية ، ومن المحتمل أن ينجم الإمراض عن التهاب أوعية مفرطة الحساسية ( مناعي ذاتي ؟ ) ، يرافقها التهاب نخري فبريني يصيب كافة الطبقات الجدارية في الشرايين ( التهاب شريان شامل ) ، ويؤدي إلى أمهات دم صغيرة ومتعددة ، وإلى تمزقات وتندبات عقدية . وقد لوحظ في بعض الحالات وجود فرط حساسية تجاه العقديات وحمات التهاب الكبد ب .

**الموجودات السريرية** :

*الأعراض العامة :* تعتمد الصورة السريرية على عدد الشرايين المصابة وامتدادها ، وتوضعاتها ، وتكون الأعراض مفرطة الحساسية نحو الخمج عادة كالوعكة ، ونقص الوزن ، وتسرع القلب ، والحمى ( أعلى من ٣٨° درجة مئوية لعدة أيام ) ، وكثرة البيض ، وتكثر الحمضات فيها بشكل مميز ، وكثرة في الصفيحات ( أكثر من ٤٠٠,٠٠٠ ) ، وارتفاع في سرعة التثفل ESR مع ضخامة في الطحال .

*الأعراض العضوية :* ويتظاهر هذا الداء بأعراض عضوية يصعب تحديدها كالاعتلال الكلوي من نمط التهاب كبيبات الكلى الذي يترافق ببيلة بروتينية ، وبفرط توتر شرياني ، والتهاب الأعصاب اللا متناظر غالباً ، والتهاب العضل ، وذات الرئة ، والأعراض المعوية كالمغص والإسهال وقياء الدم والتغوط الأسود ، والأعراض الإكليلية التي تتوافق مع تبدلات في مخطط كهربائية القلب ECG ، والألم المفصلي ، وإصابة الجهاز العصبي المركزي CNS الذي يتجلى بشلول أو فقد الرؤية أو بالعلامات التي تدل على إصابة الأعصاب القحفية الأخرى .

*الآفات الجلدية :* تحدث الظاهرة الجلدية التي تتشابه تغيراتها باكراً في ٢٠٪ – ٣٠٪ من المرضى ، وتتألف هذه الظاهرة من حطاطات وعقيدات التهابية مزمنة أو راجعة مزمنة ، ومن تزرق عنقودي أيضاً . وتميل هذه الآفات للتقرح ، كما لوحظ حدوث حمامى عقدة وحمامى عديدة الأشكال في هذه الظاهرة . وفي هذا الداء يندر حدوث آفات حبرية أو بقع نزفية ناجمة عن التهاب في الأوعية والتي تحرض على موات في الجلد . ويمكن للعقيدات التي تُجس عفوياً أو في العضل وعلى مسير الشرايين ، أن تكون علامة تشخيصية مميزة ولكنها لا توجد إلا لدى بعض المرضى فقط . ( راجع الشكل ٢٢ – ١٠ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : ومن المهم أن تؤخذ الخزعة بشكل عميق وكبير ، لتمكننا من فحص الشرايين العضلية المتوسطة

ـصـبة ، وتبدي هذه الخزعة نخراً فيبرينياً في كافة الطبقات ـحـرية ( المـرحلة التنكسيـة ) ، ويرصـع بـالعـدلات ، وـحمضـات وبخلايا مدورة وبخثارات محتمـلة ( المرحلة لاتهـابية ) ، وتستبدل بنسيج متحبب ومنسجات ( المرحلة حبـيومية ) ، ثم تتندب أخيراً ( المرحلة الفيبرينية ) .

**لسير والإنذار** : يترقى هذا الداء بعارضات متقطعة ، ويعتمد لإنذار فيه على مدى التبدلات الوعائية ومكانها ، ومن الممكن حدوث سير صاعق يؤدي إلى موت سريع ، ويدوم هذا الداء من سنة إلى سنتين قبل حدوث الموت ، ولكنه قد يستمر أكثر شكل فعلي في بعض الحالات ، ولقد أصبح الشفاء في هذا مرض ممكناً منذ تقديم المعالجة بالستيروئيدات ، حيث تحسن لإنذار بشكل واضح ، كما سجلت معدلات للشفاء في أكثر من ٥٠٪ من الحالات ، ولكن النكس فيه قد يكون متوقعاً .

**التشخيص** : يعتبر التشريح المرضي النسجي للجلد والعضلات والشرايين التي تغذي الأعصـاب ، وتقييم الصورة السريرية بشكل تام بعد الفحص الدقيق والشامل من العوامل الحاسمة في تشخيص . فالحمى ( وتقاس يومياً لمدة ١٤ يوماً ) ، وكثرة بيض ، وارتفاع سرعة التثفل ، من العلامات السريرية المهمة في تشخيص هذه الإصابة .

**المعالجة** : في البداية ، من الضروري أن تعطى الستيروئيدات بجرعات عالية ( حوالي ٦٠ — ١٢٠ ملغ بريدنيزون يومياً أو معادلاته ) ، ثم تخفض بحذر بعد التحسن ، حتى تبلغ جرعة صيانة عادة والتي تقدر بحوالي ١٠ — ٢٠ ملغ يومياً . ومن الضروري أن تتراوح مدة العلاج الكلية بين ٦ — ١٢ شهراً ، وتزداد خطورة حدوث الخثارات ( الدماغية ، الإكليلية ، الكلوية ، وفي البطن ) بهذا العلاج . وتعتبر كابتات المناعة كالازاتيـوبـيرين ( ١٠٠ — ١٥٠ مـلغ يـوميـاً ) أو السيكلوفوسفاميد ذات فائدة إضافية عند بعض المرضى ، وقد تسـاعد في تخفيض جرعة الستـيروئيدات ، ويجب معالجة الأخماج بالصـادات في باكورتها ، كما ينصح أيضـاً بالأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية ، ولكنها قد تسبب بدورها التهاباً في الأوعية بفرط الحساسية .

## التهـاب الشـرايـين العقـد الجـلدي Cutaneous Polyarteritis Nodosa :

*المرادفات* : التهاب محيط الشريان الجلدي العقد .

**التعريف** : وهو التهـاب نخري في الشـرايين ، ويتحدد هذا الالتهاب بالأوعية العضلية في الجلد دون أن يترافق بأعراض عامة .

**الموجودات السريرية** : ويتظاهر هذا الجلاد على شكل بقع تزرقية شبكية وتكون صورته النسجية كما في نسجيات التهاب الشـرايين العقد . وتظهر آفاته الجلدية على الوجه الباسط للسـاقين ، ولكنه أقل حدوثاً على السـاعدين . وتتألف هذه الآفات من بقع أو بؤر من التزرق العنقودي ، ومن حطاطات أو عقيدات ملتهبة تميل للتنخر والتطور إلى قرحات شاذة غالباً . ولا يترافق هذا الداء بأعراض عامة ، كما لا تكشف الفحوص الشاملة عن وجود أي مرض في الأعضاء الداخلية ، ولم يرد ذكر ارتفاع توتر شرياني مرافق ، غير أنه قد يُكشف اعتلال عضلي أو عصبي بؤري في سيقـان بعض المرضى بالخزعة أو بتخطيط كهربائيةالعضل .

**الأسبـاب** : مجهـولة ، ولقـد اقـترحت الأخمـاج البـؤرية في الإمراض .

**السير والإنذار** : يختفي هذا المرض الذي يترقى بشكل متقطع أحياناً بعد بضع سنوات ، والإنذار فيه حسن . ويجب متابعة هؤلاء المرضى لفترات طويلة كي نستبعد التهاب الشرايين العقد المجموعي من التشخيص .

**التشخيص** : يتطلب التشخيص السـريري الشرطي إثباتات نسجية .

**المعـالجـة** : يتطـلب عـلاج هذا الداء تطبيق الستـيروئيدات الموضعية تحت ضمادات كتيمة ، وتعطى الستيروئيدات الجهازية في الحـالات الشـديدة . وينصـح بـإعطـاء كابتـات المناعة ( ازاتيـوبـيرين ) في القرحـات المؤلمـة المقـاومـة للعـلاج بالستيروئيدات ، كما وتفيد الصادات ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية وحمض النيكوتين في حالات خاصة .

## الورام الحبيبي لفـاغـنر Wegener's Granulomatosis [ Klinger 1932, Wegener 1936 ] :

*المرادفات* : متـلازمة Wegener – Klinger ، الالتهـاب الوعائي الحبيبومي الخبيث .

**التعريف** : هو ورام حبيبي تحت الحاد غالبـاً ، يرافقه التهاب أوعية نخري وخلايا ظهارانية ، ويصيب بشكل خاص كلاً من السبيـل التنفسي العلوي ، والرئتين ، والكليتين ، والجلد ، أما أسبابه فمجهولة وإنذاره سيء .

**الموجودات السريرية** : ويتجلى هذا الورام بصـورة سـريرية إنتانية وبأعراض عامة شديدة كما في سريريات التهاب الشرايين العقد ، ويتطور خلال شهور قليلة . تبدأ أعراضه بالتهاب أنف مزمن أو بالرعاف غالبـاً ، وهذا يترقى إلى التهاب أنف مخرب نضحي ، أو التهـاب في الجيـوب ، أو التهاب في الأذن ، أو

التهاب كبيبات الكلى النخري . وتكون الآفات الجلدية شائعة ومتعددة الأنماط . كما في التهاب الشرايين العقد . وغالباً ما يتظاهر هذا الداء بتقرحات على الحاجز الأنفي ، والحنك ، ومخاطية الفم ، واللثة أيضاً . وأكثر الآفات الجلدية شيوعاً في هذا المرض هو التهاب الأوعية النخري الذي يترافق بحطاطات فرفرية ، كما وتندر فيه الآفات من نمط تقيح الجلد المواتي أو العقيدي أو التقرحي .

**السببيات** : مجهولة ، وينظر بعض المؤلفين إلى هذا الورام باعتباره نوعاً خبيثاً خاصاً من التهاب الشرايين العقد ، ولقد درست فيه آلية المناعة الذاتية ، كما كشفت الأضداد المضادة للهيولى (ACPA) كواسم خلال الطور الفعال لهذا المرض .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي للجلد المصاب عن التهاب الأوعية الصغيرة الكاسرة للكريات البيض وعن تنكس فيبريني أيضاً ، ويمكن للرئة والأنف أن يبديا نفس التبدلات مع نخر نسجي أكثر شدة ، كما يندر حدوث التهاب الأوعية الحبيبومي ، بينما تشاهد الحبيبومات النخرية خارج الأوعية الجلدية في بعض الحالات .

**السير والإنذار** : السير في هذا الداء تحت حادٍ ، ومميت عادة ، وشوهد سير حاد لهذا المرض بالإضافة إلى سير آخر مديد . وإن حدوث الهدآت فيه ممكنة وحتى حدوث الشفاء إذا عولج بكابتات المناعة .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي كل من الحبيبوم المواتي الأنفي ، والتهاب الشرايين العقد ، والوارم الحبيبي الأرجي ، والتهاب الأوعية النخري ، بالإضافة إلى تقيح الجلد المواتي ، واللمفوم الخبيث ، والفطارات العميقة ، والإفرنجي الثالثي ، وأخيراً التدرن . وتكون نسجيات خزعة الجلد العميقة مشخصة لالتهاب الأوعية وللورام الحبيبي لفاغنر .

**المعالجة** : يجب تجربة المشاركة بين الجرعات العالية من الستيروئيدات والسيكلوفوسفاميد لمدة ٣ ـ ٦ شهور ، ثم تعطى جرعة الصيانة للمصاب . وينصح المعالجة بالبلعة **Bolus** ( جرعة عالية ) أيضاً . وقد يكون من الضروري أن تجرى المحاولة لإعطاء موقفات الخلايا الأخرى ( كالأزاتيوبيرين أو الميتوتركسات ) ، وتتطلب الحالات الأكثر تحديداً معالجة بالسيكلوفوسفاميد فقط ، وبالإضافة إلى ذلك ، قد تدعو الحاجة إلى إعطاء الصادات ، كما ينصح بالتطهير الموضعي وبالإجراءات المضادة للجراثيم في الآفات الجلدية .

## الورام الحبيبي الأرجي Allergic Granulomatosis [ Churg and Strauss 1951 ] :

*المرادفات :* متلازمة شارج ـ ستراوس **Churg – Strauss** .

**التعريف** : الورام الحبيبي الأرجي هو متلازمة من التهابات الأوعية المجموعية ، وتعقب هجمة بدئية تظهر في سن الكهولة وتتظاهر بالربو وفرط الإيوزينيات ، والحمى والألم المفصلي ، وعلامات الداء الوعائي المسد .

**الموجودات السريرية** : إن جميع المرضى في هذا الورام من كبار الكهول بشكل رئيسي والذين ظهرت لديهم أعراض الربو وعلاماته . كما أن لدى معظمهم قصة مرضية عن أرج وعائي ، وقد تناول العديد منهم علاجاً يودياً . تترافق إصابتهم بكثرة البيض وفرط الحمضات والحمى والدعث أيضاً .وقد يسبب التهاب الأوعية المجموعي في هذا الورام مرضاً ذا إصابات مجموعية متعددة كما في التهاب الشرايين العقد .

*الموجودات الجلدية :* ويتصف هذا الورام بآفات من التهابات الأوعية النخرية الحادة ، والحمامى عديدة الأشكال ، والحبيبوم المسيج **Palisading** العقيدي خارج الأوعية ، وتكون هذه الآفات متناظرة وتصيب السطوح الباسطة لليدين ، والقدمين ، والأصابع ، والمرفقين ، والركبتين ، والأليتين ، والربلتين أيضاً . والآفة النموذجية في هذا الداء عبارة عن حبيبوم مسيج عقيدي قد يشبه الحبيبوم الحلقي في تظاهره السريري ، غير أن هذا الورم قد يبدي سطحاً متقرحاً تغطيه الجلبات أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : يندر أن يشاهد في نسجيات هذاالورام التهابات في الأوعية الصغيرة الجلدية الكاسرة للكريات البيض ، بينما يشاهد في عقيداته وتقرحاته التهاباً في الأوعية الكبيرة كما في التهاب الشرايين العقد ، ويبدي الحبيبوم المسيج خارج الأوعية نخراً أسساً يحيط به حبيبوم من المنسجات . وقد تغيب الإيوزينيات في نسجيات هذه الإصابة .

**الإنذار** : الإنذار في هذا الورام أفضل مما هو عليه في معظم أشكال التهابات الأوعية المجموعية .

**المعالجة** : وتتم بالستيروئيدات المجموعية كما في معالجة التهاب الشرايين العقد ، ولا يتطلب هذا الورام المعالجة بكابتات المناعة عادة .

## الحبيبوم النخري الجلدي خارج الأوعية Cutaneous Extravascular Necrotizing Granuloma [ Churg and Strauss 1951 ] :

*المرادفات :* حبيبوم شارج ـ ستراوس **Churg – Strauss** .

**التعريف** : إن الحبيبوم النخري خارج الأوعية المسيج Polisading هو آفة جلدية مميزة للورام الحبيبي الأرجي المجموعي .

**الموجودات السريرية** : ويتظاهر على شكل لويحات حطاطية عقيدية حمامية ومتناظرة ، تغطيها جلبات أو قرحات مركزية ، وتتوضع على الأصابع ، والأباخس ، واليدين ، والقدمين ، والمرفقين ، والركبتين ، والأليتين ، والسطوح الباسطة أيضاً . ويصاب المرضى في هذا الحبيبوم بالتهاب أوعية مجموعي عادة ، ويشيع فيه نمط Churg – Strauss ، كما يشاهد فيه الورام الحبيبي لفاغنر أحياناً ، يترافق هذا الورام بالتهابات الأوعية لدى المرضى ، تعزى هذه الالتهابات إلى الذأب الحمامي ، أو التهاب المفاصل الرثياني أيضاً . ويمكن أن يتظاهر هذا الورام بأشكال أخرى من التهابات الأوعية الحبيبومية لداء تاكاياسو ، كما ورد حدوثه في مرضى اللمفوم والتهابات الأوعية .

**التشريح المرضي النسجي** : تتألف نسجيات هذه الآفة من منطقة نخرية أسسه مركزية فيها عدلات تحيط بكتل كولاجينية هيالينية ، بينما يحيط سياج من المنسجات بهذه المنطقة المركزية ، ويرافق هذه الآفة التهاب أوعية في حالات نادرة .

**التشخيص التفريقي** : يلتبس هذا الحبيبوم غالباً بالحبيبوم الحلقي والعقيدات الرثوانية ، وبالحبيبومات السياجية الأخرى .

**المعالجة** : وتوجه المعالجة لالتهابات الأوعية المرافقة .

**التهاب الشريان الأبهري Aortic Arteritis [ Adams 1827, Takayasu 1908 ] :**

*المرادفات :* الداء غير النابض ، اعتلال الأبهر المتوسط الغامض ، داء تاكاياسو .

**التعريف** : هي متلازمة التهاب الشريان الأبهري وفروعه الكبيرة ، وتصيب الشابات عادة ، بينما تبلغ إصابة الذكور فيها أقل من ٢٠٪ .

**الإمراضيات** : السببيات في هذا الالتهاب مجهولة ، ولقد اقترحت آلية المناعة الذاتية ، حيث كُشفت في المرضى أضداد تجاه مستضدات في الجدار الشرياني . ويثار حدوث التهابات الأبهر عند الأرانب بمثل هذه المستضدات ، كما لوحظ في كل من التبدلات الكاسرة للكريات البيض في أوعية العروق ، والأضداد المضادة للنوى ، والذأب الحمامي في هذا الداء .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف عن التهاب أوعية حبيبومي التهابي بؤري في الأبهر وفروعه ، كما يصاب الشريان الرئوي في ٥٠٪ من الحالات . ويؤدي تخريب نسيج الأبهر المرن إلى أم دم وتشكلات خثارية .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الهجمة الأولية لهذا الداء بحمى ، وتوعك ، ونقص في الوزن ، وآلام دانية ، وتيبس المصاب . وقد تترافق بالتهاب القزحية ، ويُنذر قصور الأوعية الدماغية ، والعرج ، وفرط التوتر الشرياني ، والذبحة الصدرية ، بالطور غير النابض . ويلاحظ كثرة البيض في الطور الباكر لهذا الداء ، وارتفاع سرعة التثفل ESR ، والبروتين C الفعال وغاماغلوبلين أيضاً . بينما يتوافق السير السريري لهذا المرض مع ارتفاع سرعة التثفل .

ولا يوجد زيادة في حدوث التدرن الجلدي في التهابات الشريان الأبهر ، بينما يكون اختبار السلين إيجابياً ، وقد تكون اختبارات أضداد العقديات إيجابية أيضاً . وقد يرافق كل من الحمامى العقدة والحمامى الجاسئة الطور الحاد في هذا الداء ، كما تحدث فيه إصابات بالخنزرة .

*الموجودات الجلدية :* وصفت الحمامى العقدة في التهاب الشريان الأبهر غير أن حدوثها يترافق بالتدرن عادة ، وقد يترافق هذا الداء بكل من الحمامى الجاسئة ، والخنزرة ، والسلّيات الحطاطية النخرية .

وحسب خبرة المؤلف ، يتظاهر التهاب الشريان الأبهر على شكل آفات عقيدية حمراء منتظمة تصيب أسفل الساقين ، وليست هذه الآفات بحمامى عقدة ولكنها تنجم عن التهاب الأوعية المحيطي عموماً ، كما تترافق بآفات تقرحية أيضاً . يتظاهر هذا الداء بتقرحات جلدية تقيحية على رؤوس المرضى اليابانيين وأعناقهم ، وبحطاطات عقيدية متعددة على الأصابع ، تبدي نسجياتها حبيبوماً نخرياً جلدياً خارج الأوعية .

**الإنذار** : غير محدد تماماً .

**السير** : ويعتمد السير في التهاب الشريان الأبهر على مدى هذا الالتهاب ، وعلى السرعة في البدء بالمعالجة بالبردنيزولون .

**المعالجة** : وتتم كما في التهاب الشرايين العقد .

**التهاب الشريان الصدغي Temporal Arteritis [ Hutchinson 1889, Horton, Magath, and Brown 1934 ] :**

*المرادفات :* التهاب الشريان القحفي ، التهاب الشريان العابر ، التهاب الشريان بالخلايا العملاقة ، متلازمة هورتون Horton .

**التعريف** : مرض مجموعي يصيب الشرايين الكبيرة والمتوسطة ، وتسود إصابته الشرايين القحفية والصدغية .

**الحدوث** : هذا المرض نادر ، ويصيب الكهول بشكل رئيسي ، وتبلغ ذروة الإصابة فيه حوالي ٧٠ عاماً في الجنسين معاً .

**المسببات** : مجهولة ، ويعتبر العديد من المؤلفين هذا الالتهاب الشرياني كنوع من التهاب الشريان بالخلايا العملاقة أو نوع من التهاب الشرايين العقد ، ويختلف عنهما بحدوثه في أعمار أكبر ، وبتوضعاته وركيزته النسجية ، وبإنذاره الأفضل .

**الموجودات السريرية** : وتتجلى بوادر الأعراض بارتفاع حرارة المريض إلى درجة ما تحت الحمى ، وتنقص فيها شهيته ، ويفقد من وزنه ، مع شكايات رثوية كألم العضلات ( ألم العضلات الشرياني ) ، ووعكة معممة . ويحدث في هذا الداء صداع شديد غالباً ما يصيب المنطقة الصدغية في جهة واحدة أو في الجهتين معاً ، ويترافق بدوار وخزل شقي أحياناً . وتصاب فيه العينان في ٥٠٪ ـ ٧٠٪ من الحالات ، كما تحدث اضطرابات عابرة في الرؤية فقط في باكورة هذه الأعراض ، وتنجم عن تواجد الآفات في الأوعية المغذية للعصب البصري . ولا ينحصر هذا المرض بالضرورة في إصابة الشريان الصدغي ، ومن المحتمل أن يبدي المريض علامات لإصابة الأوعية الأخرى ( الشريان القفوي ، والشريان الفخذي والإكليلي أيضاً ) .

يكون الجلد فوق الشريان الصدغي متورماً ملتهباً ، ويبدو الشريان الملتهب لدى الجس كحبل مؤلم متثخن من جراء هذا الالتهاب ، ويصبح الشريان غير نابض في سير هذا المرض ، وقد تسقط الأشعار فوق المنطقة المصابة . ويندر حدوث فرفرية متفاقمة ونفاطات وتقرحات نخرية على الناحية الصدغية المؤوفة . ( راجع الشكل ٢٢ ـ ١١ ) .

**الأعراض** : صداع شديد .

**الفحوص المخبرية** : وتكشف هذه الفحوص عن ارتفاع ملحوظ في سرعة التثفل ESR ، حيث ترتفع في الساعة الأولى إلى أكثر من ١٠٠ ملم ، ويثار الارتياب بهذا الداء إذا ارتفعت قيمتها أكثر من ٤٠ ملم ، كما تكثر البيض أحياناً ، ويزداد البروتين C الفعال في التهاب الشريان الصدغي ، ويحدث فيه الغلوبولين ألفا ١ وألفا ٢ .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي نسجيات الشريان المؤوف تكاثراً في باطنة الشريان وانسداداً فيه ، وتشدف الباطنة المرنة ، وتخرب جدر الأوعية لارتشاحها بالخلايا اللمفية والمنسجات وبالخلايا العملاقة العديدة ، ثم حدوث التليف أخيراً .

**السير والمضاعفات** : يعتبر فقد الرؤية من المضاعفات ( الاختلاطات ) الأكثر أهمية لهذا الداء ، ويمكن تجنب مضاعفات الاضطرابات الدورانية ( ضمور الرأس ) بالمعالجة بالستيروئيدات في باكورة المرض ، ولهذا السبب فإن التشخيص الباكر بالخزعة الشريانية أمر هام ، كما أن الإنذار حسن تحت هذه الظروف ، وبالرغم من سير هذا المرض المتقطع ، فإنه يختفي خلال ٤ ـ ٢٤ شهراً عادة .

**المعالجة** : يؤدي إعطاء جرعات عالية من الستيروئيدات ، والتي تبلغ الجرعة البدئية منها حتى ١٢٠ ملغ يومياً من البردنيزولون أو معادلاته ، إلى هدأة في التهاب الشريان الصدغي ، كما يقي من التخرب المستمر . ويجب أن يستمر هذا العلاج مدة ١٢ شهراً أو أكثر ، ثم تخفض الستيروئيدات تدريجياً حتى جرعة الصيانة التي تبلغ ٧,٥ ـ ٢ ملغ يومياً . ومن الضروري أن نتوقع حدوث نكس محتمل . ويمكن للأعراض وسرعة التثفل أن تلعب دور الدليل في تحديد الجرعة العلاجية ، كما وتعطى مضادات الرثية أيضاً كالاندوميتاسين إذا ترافق هذا الداء بألم العضلات في ذات الوقت .

## التهاب الأوعية الحبيبومي Granulomatous Vasculitis :

*المرادفات :* التهاب الشرايين المجموعي بالخلايا العملاقة .

**التعريف** : الورام الحبيبي الوعائي وحول الأوعية جلاد يصيب معظم الأعضاء والجلد أيضاً ، وتشمل متلازمات التهابات الأوعية الحبيبومية كلاً من الورام الحبيبي لفاغنر ، والورام الحبيبي الأرجي أو متلازمة شارج ـ ستراوس Churg – Strauss ، والتهاب الأوعية الحبيبومي المجموعي ، وألم العضلات الرثوي ، والتهاب الشريان الصدغي ، والورام الحبيبي اللمفاني وأخيراً التهاب الشريان الأبهر .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي في هذا الداء عن تبدلات التهابية حبيبومية مزمنة في الأوعية العضلية والصغيرة وما حولها ، وتترافق غالباً بحبيبومات من الخلايا العملاقة ، وبتخريب وعائي وخثارات .

**الموجودات السريرية** : وتتصف بألم مستمر يصيب الحوض والحزام الكتفي ( ألم العضلات الرثوي ) ، وبصداع ، وبإقفار محيطي أو دماغي ، وبأمهات الدم ، وبخلل في وظيفة الكبد .

*الموجودات الجلدية :* وتتظاهر الآفات في هذا الداء على شكل تقرحات أو تقرحات جلدية متقيحة ومتناظرة ، وتحدث بشكل حاد ومستمر ، وقد يسود النزف فيها ، وتصيب هذه الآفات السطوح الباسطة للمرفقين ، والركبتين ، واليدين ، والقدمين والربلتين .

*الأمراض المرافقة :* ويكثر ترافق التهاب الأوعية الحبيبومي بابيضاض الدم ، وباللمفوم الخبيث ، كما يشيع ترافقه بالتهاب الأوعية المجموعي ، كما يلازم هذا الداء أحياناً أمراضاً حبيبومية أخرى كالغرناوية ، وداء كراون ، والتهاب الكبد الحبيبومي ، كما يمكن للتدرن أن يرافق هذه الإصابة أيضاً .

**الإنذار** : غير محدد .

**المعالجة** : وتتم كما في التهاب الشرايين العقد المجموعي .

## الورام الحبيبي اللمفاني Lymphomatoid Granulomatosis [Liebow 1972] :

**التعريف** : وهو التهاب أوعية نادر الحدوث يترافق بخلايا لمفانية شاذة . ويصيب بشكل خاص كلاً من الرئتين ، والكليتين والجهاز العصبي المركزي والجلد .

**الموجودات السريرية** : ويبدو هذا الورام على شكل متلازمات تتظاهر بالتهابات أوعية محصورة أو مجموعية ، يرافقها غالباً تبدلات رئوية وكلوية وجلدية ، كما تبلغ الإصابات العصبية في هذا الورام حوالي ٣٠٪ من الحالات ، بينما يكون الحمى والوعكة والسير السريع لهذا الداء نموذجياً .

*الموجودات الجلدية* : وتتصف بعقيدات أو لويحات تقرحية أو من نمط تقيحي تتوضع على الجلد بشكل غير متناظر ، ويعتبر الوجه والجذع توضعات شائعة لهذا الورام .

**التشريح المرضي النسجي** : تكشف الخزعات المأخوذة من الرئة أو الكلية أو الجلد عن التهاب أوعية لمفانية مركزية ومخربة ، وترافقها خلايا كبيرة شاذة وانقسامات فتيلية ، كما تكشف الخزعة عن التهاب أوعية نخري في الجلد أو في الأعضاء الأخرى في حالات نادرة وفي ذات الوقت .

**الإنذار** : المرض مميت ، بينما يظهر لمفوم عقدي في ١٠٪ من المرضى . ويعتقد معظم المؤلفين حالياً بأن هذا الورام قد يكون لمفوم بدئي بالتهاب الأوعية .

**المعالجة** : أُقترح استعمال كل من الستيروئيدات والسيكلوفوسفاميد كعلاج ناجح ، ولكن معظم المرضى يقضون نحبهم رغم المعالجات الكيمياوية المتعددة .

## التهاب الأوعية الأرجي Allengic Vasculitis [ Gougerot 1932, Ruiter – Brandsma 1948 ] :

*المرادفات* : التهاب الأوعية ( التهاب الشرينات ) مفرط الحساسية الجلدي ، التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية ، التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض ، وتُعرف أشكاله الخاصة بفرفرية هينوخ شؤنلاين الرثوية وبداء غوجرو ثلاثي ( خماسي ) الأعراض .

**الحدوث** : شائع نسبياً في كل من الجنسين .

**التعريف** : وهو طفح متناظر ذو سير حاد أو مزمن راجع ( ناكس ) ، يترافق بالنزف عادة ، وتستند إمراضيته إلى التهاب الأوعية الصغيرة بالمعقدات المناعية ، حيث تصاب فيه الأوردة عادة ( التهاب الوريدات النخري ) .

**السببيات** : العوامل المسببة عديدة ، كما يبدو واضحاً في الجدول رقم ٢٢ – ٣ . وتضم بشكل خاص كلاً من مستضدات الأحياء المجهرية ، والأدوية ، والأغذية ، والمستضدات الذاتية ، ومستضدات الأورام . وإن تشارك هذه الأسباب معاً في سببيات هذا الداء كالأخماج والأدوية يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أيضاً .

**الجدول ٢٢ – ٣ : المكونات المستضدية في المعقدات المناعية الدورانية التي تعتبر كأسباب في التهاب الأوعية الأرجي**

| المستضدات | الأمثلة |
|---|---|
| حموية | مستضدات التهاب الكبد ب |
| | مستضدات الحمة أربو Arbo Vinus ( في حمى الضنك ) |
| الجرثومية | مستضدات العقديات ( عقب التهاب الكلية بالعقديات ) |
| | مستضدات المتفطرة الجذامية |
| الحيوانات الأوالي | مستضدات المثقبية |
| | مستضدات المتصورة الوبالية |
| الديدان | مستضدات المنشقة |
| | مستضدات كلابية الذنب |
| الورمية | مستضدات الملانوم |
| | غلوبلينات القر |
| الغذائية | الألبومين البقري |
| | الغلوتين |
| | بروتينات الحليب |
| المستضدات الذاتية | الحمض الريبي النووي منقوص الأوكسجين ( دنا ) |
| | الحمض الريبي النووي ( رنا ) |
| | البروتينات النووية |
| الدوائية | الأنسولين ، الكينين ، الكينيدين ، فينيل بوتازون ، الفيناسيتين ، البنسلين ، السلفاميدات ، ثاني فينيل هيدانتوئين ، الكلوربرومازين ،البنسيلامين ، الفيتامينات ( ب ٦ ) |

**الإمراض** : يعتبر ترسب المعقدات المناعية الدورانية في جدر الأوعية ذو أهمية خاصة في إمراض هذا الداء ، ويمكن إثباتها بالتألق الومضاني المجهري وبالمجهر الالكتروني المناعي ( IgG ومكونات المتممة ) . وتتواجد هذه الترسبات تحت بطانة جدر

الأوعية التالية للشعيريات ، التي تبدأ على شكل سلسلة من تفاعلات كومبس وجل المناعية من النمط الثالث ، والتي يستمر تفعيلها بالمتممة وبجذب الكريات البيض ، وبتحرير الخمائر اليحلولية ، ونتيجة تخريب الأوعية أيضاً . كما تسبب هذه المعقدات تسرب الكريات الحمر ونخراً نسجياً ، وإن هذه التفاعلات تشبه تفاعل أرتوس **Arthus** التجريبي وداء المصل . ( راجع الشكل ٢٢ – ١٢ ) .

**الموجودات السريرية :**

*الآفات الجلدية :* تظهر الطفوح الجلدية متناظرة على الأطراف ، وتصيب أسفل الساقين خاصة ، وتشاهد فيها النزوف الحبرية عادة ، ومع هذا ، تظهر أنماط مختلفة للآفة متوافقة مع الإصابة الوعائية ، كما يمكن تمييز هذه الآفات ، على الرغم من حدوث أشكال انتقالية .

*النمط النزفي* ***Hemorrhagic Type*** : ويتوافق هذا النمط النزفي مع الصورة السريرية المدرسية للفرفرية الرثوية والمحددة تماماً ( الفرفرية التأقانية ، فرفرية هينوخ شؤنلاين ) . ولقد وصفت تفاصيل هذه الصورة السريرية بشكل أوسع في مقطع **الاضطرابات النزفية** ، الفصل ٢٣ . ( راجع الشكلين ٢٢ – ١٣ و ٢٢ – ١٤ ) .

*النمط النزفي النخري* ***Hemorrhagic – Necrotic Type*** : وهذا النمط شائع إلى حد ما ، ويوجد فيه نخر في الجلد مسطح ، أحمر مسود غالباً ، بالإضافة إلى البقع الفرفرية . ( راجع الشكل ٢٢ – ١٥ ) .

*النمط الحطاطي النخري* ***Papulonecrotic Type*** : ويتظاهر على شكل حطاطات نزفية التهابية ، حمراء ساطعة أو حمراء مزرقة ، وذات سير مزمن راجع ، وقد يتنخر مركزها أخيراً وتشفى تاركة ندبة جدرية الشكل . ويمكن أن يرافقها آفات بقعية التهابية أو شروية أو فرفرية . وتصيب السطوح الباسطة للأطراف وخاصة الركبتين والمرفقين ، ولكنها تحاط بآفات شديدة . ( راجع الشكل ٢٢ – ١٦ ) .

*النمط العقيدي عديد الأشكال* ***Polymorphous – Nodular Type*** : ويتصف هذا النمط بآفات متناظرة بقعية أو حطاطية أو عقيدية نزفية ، وقد تتواجد هذه الآفات معاً في آن واحد . كما قد تحدث فيه آفات حويصلية وبثرية أيضاً ، وقد يشبه المظهر السريري لهذا النمط الحمامى عديدة الأشكال . وقد سمى العالم **Gougerot** هذا النمط بالداء ثلاثي أو خماسي الأعراض .

*التهاب الأوعية الشروي* ***Urticarial Vasculitis*** : ويبدو فيه طفح شروي ، يعتبر كشكل خاص من التهاب الأوعية الأرجي لاستمرار انتباره وميله للنزف . ويتم تأكيد التشخيص ، كما في الأشكال الأخرى من التهاب الأوعية الأرجي ، بتكسر الكريات البيض وبالتبدلات الوعائية الفيبرينية في نسجياته ، وبإيجابية التألق المناعي المباشر .

*إصابة الأجهزة العضوية الأخرى :* يجب أن تركز الآفات الجلدية في التهاب الأوعية الأرجي الانتباه على حقيقة أن العديد من المرضى يبدون تبدلات التهابية وعائية في الأعضاء الأخرى . ومثال ذلك : الكليتان ( بيلة دموية في حوالي ٣٪ من الحالات ) ، والرئتان ، والقلب ( في حوالي ٥٪ ) ، والجهاز العصبي المركزي ( حوالي ٣٠٪ ) ، والسبيل المعدي المعوي ( النزف الهضمي في حوالي ١٥٪ ) ، والمفاصل ( ألم مفصلي في حوالي ٤٠٪ ) . ومن الأهمية بمكان أن نتذكر بأن مدى الإصابات الجلدية لا تتوافق مع شدة إصابة الأعضاء الأخرى ، بينما تحدد شدة التبدلات في هذه الأعضاء ، الإنذار في التهاب الأوعية الأرجي .

**التشريح المرضي النسجي والتشريح المرضي المناعي :** تتجلى الصورة النسجية المميزة بالتهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض . وترتشح الأوعية الجلدية الصغيرة ، كالوريدات عادة ، بالعدلات التي تتلاشى سريعاً ، كما ترتشح جدر الأوعية المتنخرة ومحيطها بترسبات من الفبرين . ويمكن تمييز الكريات البيض المتلاشية ( تكسر الكريات البيض ) عن الحطام النووي ( الغبار النووي ) في النسج . وتعتبر كتل الكريات الحمر المتسربة خارج الأوعية معادلة للفرفرية نسجياً . ويختلف هذا النموذج النسجي الأساسي بشكل يتناسب مع مرحلة هذا الداء وصورته السريرية ، كما يمكن مشاهدة ترسبات من المعقدات المناعية ($C_3$, IgM, IgG) داخل الأوعية وحولها في الآفات الحديثة في الومضان المناعي المباشر .

**السير والإنذار :** ويختلف السير في التهاب الأوعية الأرجي من تحت الحاد إلى المزمن الراجع ، اعتماداً على نمط واستمرار التحريض بالمستضدات . بينما يعتمد الإنذار على شدة الإصابة المجموعية . فإذا كانت الإصابة فيه محصورة في الجلد فقط فالإنذار حسن وقد يكون الخمج الجرثومي الثانوي من مضاعفات هذا الداء أحياناً .

**التشخيص :** تعتبر الفرفرية علامة يعول عليها في تشخيص هذا الداء ، ويسهل تمييزها بالشفوفية . أما اختبار رمبل – ليد **Rumpel – Leede** فهو إيجابي في التهاب الأوعية الأرجي ، بينما تكون الصفيحات وعوامل التخثر طبيعية . ويعتبر كل من ارتفاع سرعة التثفل ، والبروتين C الفعال ، وارتفاع الحرارة قليلاً دليل على الإصابة المجموعية . وفي كل حالة ، يجب فحص

سوى والجزر لتحري وجود الدم فيهما ، كما يجب استبعاد الأسباب المحتملة . وهذا يتضمن التحري عن أضداد الستربتوكيناز ، ومستضدات التهاب الكبد ب ، والبؤر الممكنة ويجب أن تؤخذ الأورام بالاعتبار ، ويتطلب وضع التشخيص إجراء التشريح المرضي النسجي لهذه الآفة عادة .

**التشخيص التفريقي** : يمكن أن يلتبس النمط النزفي من التهاب الأوعية الأرجي مع أهبة للنزوف الوعائية الأخرى . وقد يصعب تمييز النمط الحطاطي النخري عن السليات الحطاطية والنخالية الحزازانية الحادة والحماقية الشكل (Mucha – Habermann) . كما يلتبس النمط العقيدي عديد الأشكال بالحمامي عديدة الأشكال . وتعتبر النسجيات المِغْيَر الأكثر أهمية في تشخيص هذا الداء .

**المعالجة** : وتكون باستبعاد الأسباب ، وإيقاف جميع الأدوية ما أمكن . وعلاج بؤر الخمج وتياراته .

*المعالجة الجهازية* : تعطى الستيروئيدات جهازياً ، فهي ذات تأثير موقف للمرض ، ولكن الرجعة شائعة . وتختلف الآراء حول تأثير مضادات الهستامين ، وإذا بدت خطورة على حياة المريض كما في متلازمة Goodpasture ، فيمكن أن نلجأ إلى إنقاص المعقدات المناعية الدورانية بتبديل المصورة ( البلاسما ) ، وينصح حديثاً بإعطاء الكولشيسين ( ١ – ٢ ملغ ثلاث مرات يومياً ) . كما أن الدابسون وبجرعة ( ٥٠ – ٢٠٠ ملغ يومياً ) مفيد في هذا الداء أيضاً .

*المعالجة الموضعية* : تتوافق المعالجة العرضية مع الصورة السريرية ، وتتم بتطبيق دهون الزنك ورهيمات ستيروئيدية والضمادات إذا كانت ضرورية . كما تطبق المطهرات ومضادات الجراثيم في معالجة القرحات .

## تقيح الجلد المواتي Pyoderma Gangrenosum

: [ Brunsting, Goeckerman, and O'Leary 1930 ]

مرادفات : التهاب الجلد التقرحي .

**التعريف** : وهو موات جلدي مميع مزمن ، سببه مجهول ، ومن المحتمل أن تستند إمراضيته على تفاعل مفرط الحساسية . تكثر علاقته بالمرض المجموعي ، وتندر علاقته بالرضوض الموضعية ، وليس هذا الداء تقيحاً في الجلد كما تشير تسميته المقبول بها عموماً .

**الموجودات السريرية** : تشاهد بؤرة أو أكثر من البثور العقيمة حمراء الالتهابية ، وتميع هذه البثور فتؤدي إلى تقرحات تنتشر باتجاه المحيط ، فتصيب أي منطقة من الجسم وخاصة الساقين ، لا تشفى هذه الآفات عفوياً . وتتجلى المظاهر السريرية النموذجية لهذا الداء بقرحات ذات قاعدة نخرية ، وحواف مؤلمة متخربة ، بنفسجية أو حمراء داكنة اللون ، وذات حواف متثلمة مؤلمة من النفطات البشروية أو ترافقها بثور نزفية حديثة . ( راجع الشكل ٢٢ – ١٧ ) .

ترافق تقيح الجلد المواتي مع **الأمراض الداخلية**. **هنالك ترافق** صريح بين تقيح الجلد المواتي وكل من التهاب الكولون القرحي ، والتهاب الأمعاء المنطقي لكرون ، والاضطرابات المعدية المعوية الأخرى ، والتهاب المفاصل الرثواني ، والبثار تحت الطبقة المتقرنة ، والخراجات الرئوية ، والتهاب القصبات المزمن أو توسع القصبات ، والتهاب الموثة المزمن . وفي عديد من الحالات ، يترافق تقيح الجلد المواتي هذا بزيادة نظائر البروتينات الدموية ، أو بورم المصوريات ( من نمط IgA غالباً ) ، بينما يكون ترافقه بنقص الغاماغلوبولين أكثر ندرة .

**السببيات والإمراض** : ليست معروفة في هذا الجلاد ولكنه يحدث بعد الرضوض الموضعية أحياناً ، بينما يكون تواجد الجراثيم في القرحات ثانوياً بشكل واضح ، ولقد اقترح بأن التهاب الأوعية النخري المحدد ، سواءً أكان أرجي أو خمجي المنشأ ، يمكن تحديده بالتشريح المرضي النسجي ، ويدعم ذلك عدم فعالية الصادات في علاجه .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد تحت القرحة ذات الحواف البشروية المرتفعة ( تقرح البثور النزفية ) ارتشاح شديد ومنتشر بمزيج من اللمفاويات ، والمصوريات ، والمنسجات ، والخلايا العملاقة بالأجسام الأجنبية أحياناً ، والتي تمتد إلى ما تحت الجلد ، وفي البداية غالباً ما يشاهد التهاب أوعية في الخزعات المأخوذة من الجلد خلف حافة الآفة التي ترتشح فيها جدر الأوعية الصغيرة بالعدلات وترسبات من الفيبرين . كما يحدث تكسر الكريات البيض في الإصابة أيضاً ، بينما يكون الومضان المناعي المباشر في الأوعية الدموية ( IgG والمتممة ) إيجابياً .

**السير** : مزمن ومترقٍ .

**المعالجة** : يجب أن تؤخذ الأمراض المرافقة بالاعتبار ، وأن تعالج بنجاح .

*المعالجة المجموعية* : يحدث تحسن سريع بالمعالجة بالستيروئيدات ( ٦٠ – ٨٠ ملغ من البردنيزولون أو معادلاته يومياً ) . وينصح أيضاً بالمعالجة النابضة Pulse Therapy حتى ١ ملغ من ميتيل البريدنيزولون . وفي الحالات المعندة ، يجب أن تجرى المحاولة بإعطاء حتى ١ ملغ من ميتيل البريدنيزولون . وفي الحالات العنده، يجب أن تجرى المحاولة بإعطاء الأزاتيوبيرين، أو الدابسون أو السولفابيريدين أو أزولفيدين Azulfidine ، أو الكولشيسين أو الكلوفازيمين ( ١٠٠ – ٣٠٠ ملغ ) يومياً ،

أما الصادات فغير فعالة في علاج هذا الداء .

*المعالجة الموضعية :* يتبع العلاج الموضعي الطرق التي تقود لعلاج هذه القرحات ، وتؤخذ حساسية الجراثيم في الحسبان ، وتفيد مغاطس برمنغنات البوتاسيوم في هذا العلاج ، كما تزود ضمادات Hydrocolloid بغطاء سهل لهذه التقرحات وبإنقاص ألمها ، ولا يحتمل المريض تطبيق المراهم الدهنية بشكل جيد .

**شكل خاص من موات الجلد : موات الجلد المترقي عقب العمليات Postoperative Progressive Gangrene of the Skin [ Cullen 1924 ] :**

يظهر هذا الشكل من تقيح الجلد المواتي حول الجروح الجلدية الجراحية الحديثة أحياناً .

## التزرق الشبكي Livedo Reticularis [ Ehrmann 1907 ] :

*المرادفات :* التزرق العنقودي ، التهاب الأوعية العنقودي ، وتستعمل عبارة التزرق الشبكي في الأدب الإنكليزي والأمريكي . وفي الأدب الألماني يرادف التزرق الشبكي عبارة الجلد المرمري ؛ والتزرق العنقودي يعني المرض الالتهابي .

**التعريف** : التزرق الشبكي هو اضطراب تزرقي شاذ في لون الجلد ، ويأخذ شكل شبكة أو أتلام فاتحة اللون ، ولا يتبدل نمط هذا التزرق ، بينما يكون التفاعل الوعائي فيه التهابياً .

**السببيات والإمراض** : تحدث في الجلد مناطق حمراء مزرقة نتيجة توسع الوريدات الصغيرة وانسدادها ، أما هذا المرض فتسببه التبدلات الالتهابية التي تصيب الأوعية الصغيرة ولا سيما انسداد هذه الأوعية . وتعرف الحالات التي لا يرافقها مرض خاص بالتزرق الشبكي الغامض . ولهذا الداء أسباب كثيرة ، ويضم الجدول ٢٢ ـ ٥ الأسباب الأكثر أهمية في إحداث هذا الداء .

**الموجودات السريرية** : تتظاهر الآفات النموذجية في التزرق الشبكي على شكل شبكة حمراء مزرقة وشاذة تتشكل من الأوعية ، وتشبه هذه الآفات أتلام فاتحة اللون أو خطوط أو شبكة واسعة العيون . ولهذه القطع الخطية ارتسامات قصيرة جانبية تتلاشى تدريجياً داخل الجلد الطبيعي ، وقد تبدو الآفات كثيرة غير منتظمة وتصيب أي منطقة من الجذع أو الأطراف ، ويعتبر الساقان ، والقسم العلوي من الذراعين ، والأليتان ، والظهر ، المناطق الأشيع في حدوث هذا المرض . وقد تنخفض الآفات قليلاً في بعض الأحيان ، أما التقرح فنادر الحدوث في هذا التزرق . ( راجع الشكل ٢٢ ـ ١٨ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : من الضروري أن تكون الخزعة عميقة وكبيرة كي تضم الأوعية الكبيرة . وتبدو الأوردة في الخزعة متسعة ومتثخنة ، وتترافق بالتهاب وارتشاح حبيبومي في جدر الأوعية ، وانسداد هذه الأوعية أحياناً . كما تختلف الصورة النسجية بشكل يتوافق مع المرض المستبطن .

**الإنذار** : يعتمد الإنذار في هذا التزرق على المرض المستبطن وعلى مدى إصابة الأعضاء الأخرى أيضا ، وهذا الداء مزمن عادة ويدوم عقوداً من الزمن .

**التشخيص** : يجب استبعاد الأمراض المذكورة في الجدول ٢٢ ـ ٥ بإجراء الفحص الشامل ، ومن المهم تمييز الاضطرابات المجموعية وإصابة الأعضاء الأخرى كالكلية والقلب والسبيل المعدي المعوي والجهاز العصبي المركزي ، ويوضع التشخيص التمهيدي للتزرق الشبكي الغامض بعد استبعاد الأسباب الأخرى فقط ، ومن الأهمية بمكان إعادة الفحوص المشخصة الحاسمة خلال عدة سنوات قادمة .

**المعالجة** : إن العلاج غير ناجح في الشكل الغامض ويعزى لأسباب غير واضحة ، ولقد أثبت أن إعطاء مضادات الالتهاب مثل الاندوميتاسين أو حتى الستيروئيدات والصادات معاً فائدتها في بعض الحالات . كما أثبت العلاج طويل الأمد بمضادات التخثر نجاحه في الحالات الشديدة ذات التقرحات . أما قطع الودي ففائدته غير مؤكدة في هذا الداء . وإذا عُرف المرض المستبطن فيجب علاجه ، وقد تفيد المعالجة بالأزاتيوبيرين ( ١٥٠ ملغ في البداية ، و ١٠٠ ملغ بعد ٤ أسابيع ) في الحالات ذات التقرحات المزمنة والراجعة ، وحالات التزرق الشبكي المؤلم الغامض . كما يمكن تجربة الدابسون .

**الشكل الخاص من التزرق الشبكي : متلازمة سنيدون Sneddon's Syndrome [ 1965 ] :**

غالباً ما تترافق التبدلات الجلدية في التزرق الشبكي مع التبدلات التالية في الجهاز العصبي المركزي ( وتصل نسبتها حتى ٧٣٪ من الحالات ) : سكتة من الفالج ومن الخزل الشقي ، أو نوبات صرعية ، أو المتلازمة العضوية النفسية ، أو عمى شقي أو دوار . ولذا ينصح بالفحص العصبي في كل حالات التزرق الشبكي . كما توجد ذات الركيزة النسجية لاضطرابات الجهاز العصبي المركزي في الجلد المصاب ، غير أنه اقترح أيضاً أن التزرق الشبكي قد يكون نتيجة تظاهرات المرض نفسه في الجهاز العصبي المركزي في البداية . هذا وإن معظم المرضى هم من المدخنين أو من النساء اللواتي يتناولن مانعات الحمل ، وقد يحدث المرض كجزء من متلازمة الكارديوليبين .

**الجدول ٢٢ ـ ٤ : الأمراض المجموعية التي تترافق مع تقيح الجلد المواتي**

**أمراض الأمعاء الالتهابية :**
التهاب الكولون القرحي
داء كرون
**أمراض الأمعاء الأخرى :**
متلازمة السرطاوي
التقرحات ، الرتاج ، داء السليلات ، السرطانة
**أمراض المفاصل الالتهابية :**
التهاب المفصل الرثياني ، التهاب المفاصل المزمن
التهاب المفصل سلبي المصل
**الأمراض الدموية :**
ابيضاض الدم النقوي المنشأ الحاد أو المزمن
ابيضاض الدم اللمفاوي
كثرة الحمر الحقيقية
**خلل بروتين الدم أو نظائر بروتينات الدم :**
( خلل البروتينمية )
نظائر البروتينات الدموية
ورم النقيويات ، النقيوم
**الأمراض الوعائية :**
متلازمة تاكاياسو
التهاب الوريد لمندور
الاعتلال الخثري داخل الأوعية
الورم الحبيبي لفاغنز
**أسباب متنوعة :**
الذأب الحمامي المجموعي
التهاب الكبد المترقي المزمن
الأمراض ذات المنشأ الجرثومي
خمج الحمات الراشحة
اضطرابات الغدد الصماوية
كبت المناعة
أرجيات الأدوية

**الجدول ٢٢ ـ ٥ : الأمراض المجموعية والعوامل الأخرى التي تترافق بالتزرق الشبكي**

**التبدلات الالتهابية في جدر الأوعية :**
التزرق الشبكي الغامض
التهاب الشرايين العقد
التهاب الشرايين العقد الجلدي
تصلب الشرايين ، فرط ضغط الدم
الالتهاب الوعائي الخثاري المسد
التهاب الشغاف الجرثومي
الرثية
الذأب الحمامي
التهاب الجلد والعضل
التهاب المعثكلة
الإفرنجي
التدرن
مانعات الحمل الفموية ( ؟ )
النيكوتين ( ؟ )
**الانسداد الوعائي :**
الانصمام الشرياني
قلة الصفيحات
ورم المصوريات
غلوبولينات القر الدموية
الاعتلال الخثري داخل الأوعية
داء تخفيف الضغط Decompression Sickness
الحُقن داخل الشريان
أمراض الأوعية الدماغية

## التهـــاب الأوعيـــة التزرقي Livedoid Vasculitis

: [ Winkelmann elal 1974 ]

*المرادفات :* التزرق الشبكي ذو التقرح الصيفي (Feldaker, Hines. and Kierland 1955) .

**الأسبـاب :** لا توجد أسباب واضحة لهذا الداء ، ولقد ذكر ترافقـه مع الأمراض المجموعيـة التي ذكرت سـابقـاً كالذأب الحمـامي ، والتهـاب الشـرايين العقد ، ولكن قلمـا يبدو هذا الترافق خلال سيره البعيد . كما أن ترافقه مع أمراض وريدية ذات آفات مشابهة غير مفسر .

**الموجودات السريرية :** تتميز الصورة السريرية لالتهاب الأوعية التزرقي بـاحتشــاءات فرفريـة بؤرية تصيب القدمين وأسفـل السـاقين ، وتميـل هذه الآفات للرجعة والإزمان ، فتشكـل قرحات شـاذة ، مؤلمة ، مقاومة للعلاج ، والتي تشفى تاركة سـواتل ضمورية بيضـاء اللون يحيط بها شعيريات متوسعة ( ضـمـور أبيض Atrophie Blanche ) . ويشـابه التزرق الشبكي هذا الداء في معظم الحالات ، ولكن يندر مشـاهدة المرضى الذين يتزامن لديهم حدوث التزرق الشبكي مع التهاب الأوعية التزرقي ، بينما يبقى تماثل سير هذا المرض مع الأمراض التي تشـاهد في القصور الوريدي المزمن موضع شك غالباً . ( راجع الشكل ٢٢ ـ ١٩ ) .

**التشريح المرضي النسجي :** ويكشف عن التهاب أوعية هياليني مقطعي ، بينما يبـدي الومضـــان المنــاعي المبـاشـر ترسبـات

الغـلوبولينـات المنـاعيـة (IgG) والمتممـات ( $C_3$ ) في جدر الأوعية ، والتي تدل على المنشأ المناعي .

**المعالجة** : تشفى هذه القرحات بالراحة في السرير وبالضمادات الرطبة ، وقد يقي كل من الدابسون وحمض النيكوتينيك من رجعـــة هـذا الداء . كما يحـدث كل من الفيـنفـورمـين Phenformin والإيثيل استيرنول Ethylestrenol هدآت في الحـالات المزمنة . وقد شفيت القرحات لدى بعض المرضى بالجرعات المنخفضـة من الهيبارين ويستعمل البنتوكسيفيللين Pentoxifylline بنجاح حالياً .

## قـرحــات الســـاق بفـرط التـوتر Ulcus Cruris Hypertonicum [ Martorell 1945 ] :

*المرادفات :* متلازمة Martorell . قرحة الإقفار بفرط ضغط الدم (Farber) .

**الموجودات السريرية** : تحدث هذه القرحات في النساء عادة بين سن ٤٠ – ٦٠ عاماً ، ولدى المصابات بفرط ضغط الدم وخاصة ارتفاع ضغط الدم الانبساطي . وتكون هذه القرحات بحجم راحة الكف ، وذات قاعدة نخرية ، ولا تميل إلى الشفاء ، وتبـدو ثنـائيـة الجـانب على الوجـه الخارجي للسـاقين أعلى الكـاحل . تتميـز بتوضعهـا وألمهـا الشـديد ومقاومتها للعلاج أيضـاً . ولقد ناقش عديد من المؤلفين التوضع المستقل لهذه القرحات باعتبـارها شكلاً آخراً من تصلب الشرايين أو من التهاب بطانة الشريان المسد التقرحي .

**السببيات والإمراض** : غالباً ما يكون للرضوض المألوفة وفرط ضغط الدم أهميتها في تشكل هذه القرحات . وتتوضع ترسبات هيالينية بين بطانة الشرينات وغلالتها المرنة ، الأمر الذي يزيد من ثخانة الطبقة العضلية للشرايين ويضيق لمعتها .

**المعالجة** : تعطى الأولية في علاج هذه القرحات إلى معالجة فرط ضـغط الدم وإلى تخفيف الألم ، وتستعمـل الأدويـة الموسعـة للأوعيـة ومضــادات الالتهاب غير الستيروئيدية في علاجها ، ويتبع عـلاجهـا المـوضعي الخطوط العـامة في علاج قرحات الساق .

## أمـراض الشـــرايـين المســدة المزمنــة Chronic Arterial Occlusive Diseases :

أمراض الشرايين الانسدادية المزمنة تعبير يطلق على تضيق الشرايين أو انسدادها التام بالالتهاب المزمن و/أو بالتنكس في جدر الأوعية ، كما أن أسبابها مستقلة ، وسوف تناقش فيما بعد الأمراض الشريانية التي تصيب الأطراف وتهم طبيب الجلد ، ولكن يجب أن نتذكر دائماً احتمال إصابة الأوعية في الأعضاء الداخلية ( الشرايين الدماغية ، أو الإكليلية ، أو الكلوية ) التي غالباً ما تكون ذات نتائج خطيرة .

يعتبر تصلب الشرايين وترافقه بالالتهاب الوعائي السكري والالتهاب الوعائي الخثاري المسد معاً ، السبب الأكثر أهمية في الانسداد الشرياني المزمن . وقد ينجم الانسداد الشرياني الحاد والتام عن صمة دانية المنشأ تسد قطعة شريانية أساسية سليمة قاصية ، أو تنجم عن خثارات شريانية تصيب قطعة مصابة بمرض سابق .

### المراحل السريرية :

يمكن تمييز أربع مراحل سريرية في أمراض الشرايين المسدة ، وخـاصـــة التي تصيب الأطراف السـفـليـة ( انظر الجدول ٢٢ – ٦ ) .

*المرحلة I :* لا عرضية ، رغم الانسداد الشرياني المؤكد ، حيث يتم تزويد الدم للعضوية بالأوعيـة الرادفة وحتى خلال الجهد أيضاً .

*المرحلة II :* الألم أثناء الجهد ، وتظهر الأعراض خلال الجهد فقط ، ويكون العرج المتقطع فيها نموذجياً للاضطراب الدوراني في الساق . ويجب على المريض أن يرتاح بعد أن يمشي مسافة محددة بسبب الألم الشديد .

*المرحلة III :* الألم أثناء الراحة ، ويكون الألم في هذه المرحلة موجوداً حتى خلال الاستلقاء .

*المرحلة IV :* الموات ، ويعزى إلى التخرب الدوراني ، ويكون الموات موضعاً ، أو يصيب مناطق أكثر اتساعاً .

### الاستقصاءات :

تبقى الطرق السريرية البسيطة للاستقصاءات هي الأعوان التشخيصية الأكثر أهمية .

### المعاينة :

يجب مقارنة لون جلد الطرفين في آن واحد دائماً ، ودراسة تلاؤم درجة الحرارة فيهما في نفس المرحلة ، ويتوضح شحوب شـديد في الاضطرابات الدورانية الشريانية المزمنة ، وخاصـة عندما تكون الأطراف في مستوى القلب أو أعلاه . كما يظهر الشحوب ( شحوب الجثة ) بعد الانسداد الحاد ، وكذلك فقد تكون الحمامى دليل التهاب أو تبيغ فاعل ، بينما ينشأ الزراق عن توسع الوريدات ، وزيادة في نقص الهيموغلوبين إلى أكثر من ٥٪ . ويجب الانتباه خلال المعاينة إلى إعطاء الملء الوريدي في نفس الجهـــة وفي وضـــع أفقـي ، والانتبـاه إلى النخـرات ، والندبات ، والوذمة أيضاً . ثم يجب أن تتخذ الإجراءات لتثبيت

الأصرف . وإن كلاً من جفاف الجلد الزائد ، والخثل الظفري ، وتصرت اليدين والأظفار قد يكون دليلاً على الاضطرابات الدورية في أكثر من ٧٠٪ من الحالات .

**الجس Palpation :**

يتم بالجس ثنائي الجانب مقارنة النبضان في الشرايين الزندية ، والكعبرية ، ( أو ، إذا كان النبضان غائباً ، في الشريان العضدي على طول الوجه الداخلي للعضد ) وفي الشرايين الإبطية ، وشرايين تحت الترقوة . والشرايين الأكثر أهمية في الساق هي : شريان ظهر القدم في ظهر القدم ، والشريان الظنبوبي الخلفي خلف الكعب الأنسي ، والشريان المأبضي الذي يجس بثني الركبة قليلاً ، والشريان الفخذي العام ، والشريان الحرقفي الظاهري في المنطقة الأربية . ويكشف الجس الانسداد في الشرايين ومستوى توضعه .

**الجدول ٢٢ ـ ٦ : تصنيف الاضطرابات الدورانية الشريانية المحيطية**

| المرحلة | المعاوضة | التبدلات الوعائية | الدوران | الأعراض |
|---|---|---|---|---|
| I | تامة | تضيق جزئي أو روادف كثيرة | المعاوضة تامة | غائبة |
| II | جزئية | تضيق شديد أو غلق تام يرافقه روادف عديدة | كاف عند الراحة ، وغير كاف خلال الجهد ( نقص المدخر ) | عرج متقطع |
| III | ضعيفة | انسداد مع بضعة روادف | غير كاف أثناء الراحة | عرج متقطع ، ألم أثناء الراحة ، وخاصة في الليل |
| IV | معدومة ( غائبة ) | انسداد دون روادف وانسدادات محيطية متعددة | إقفار حتى خلال الراحة | نخر ، موات في النسج التي تغذيها الشرايين المصابة |

واستناداً إلى ما قاله الدكتور راتشو Ratschow ، يمكن تميز مستويات الانسداد الشرياني التالية في الطرفين العلويين :

*نمط حزام المنكب :* ويتجلى بتضيق الشريان تحت الترقوة أو انسداده .

*نمط العضد :* ويتجلى بتوضع الانسداد بين الإبط والمرفق ( الشريان العضدي ) .

*نمط المحيطي :* ويتجلى بانسداد قاصٍ عن المرفق .

وبشكل مشابه ، يمكن تميز مستويات الانسداد الشرياني التالية في الطرفين السفليين :

*النمط الحوضي :* ويتجلى بانسداد دانٍ عن الطية الأربية ( غياب النبض في المنطقة الأربية ) .

*النمط الفخذي :* ويتجلى بانسداد الشريان الفخذي ( يغيب فيه النبض المأبضي ، بينما يجس النبض الأربي ) .

*نمط الساق ( النمط المحيطي ) :* ويتجلى بانسداد قاصٍ عن مفصل الركبة ( يغيب فيه النبض في القدم ، بينما يجس النبض الأربي والمأبضي ) .

ويمكن للجس أن يكشف عن العقيدات على مسير الشرايين في التهاب الشرايين العقد ، وعن الاختلاف في مقاس أمهات الدم ، وعن الهرير Thrills فوق النواسير الشريانية الوريدية أو التضيقات الموضعة ، وأخيراً يكشف عن الاختلاف في درجة حرارة الجلد .

**الإصغاء ( التسمع ) Auscultation :**

تُحدث التضيقات نفخات يكشفها التسمع قبل الجس ، ويشير غياب النفخة إلى قدرة الشريان الجيدة أو إلى انسداده التام .

**الاختبارات الوظيفية Functional Tests :**

*اختبار راتشو Ratschow :* يتم إجراء هذا الاختبار الوظيفي لأهميته في تقييم الداء الشرياني المسد في الساقين ، وفي تقييم درجة المعاوضة فيه . يستلقي المريض على ظهره ، ويرفع كلتا ساقيه معاً إلى الأعلى ، ثم يحرك قدميه في هذه الوضعية إلى أعلى كاحليه وأسفلهما ومن ٢٠ ـ ٢٥ مرة ( حوالي دقيقتين ) . ولا تؤدي هذه الوضعية في الأصحاء إلى أي نقص هام في دوران جلد القدمين ، بينما ، في الانسداد الشرياني ، سرعان ما تؤدي إلى شحوب بقعي أو منتشر في القدمين أو إلى الألم فيهما . ويجب أن يلاحظ أي اختلاف بين الجانبين . وبعد هذه الوضعية ، يجلس المريض في سريره ويترك ساقيه متدليتين .

يؤدي هذا في الأصحاء وخلال ٣ ـ ٥ ثوان إلى تبيغ فاعل بسيط ، ثم يؤدي إلى الامتلاء الوريدي في ظهر القدم بعد ٥ ـ ١٢ ثانية ، وقد يتأخر هذا الامتلاء حتى ٢٠ ثانية بينما يتأخر حدوث التبيغ من ٢٠ ـ ٦٠ ثانية أو أكثر في المرض المسد ، ويترافق هذا التبيغ غالباً بتفاعل مُفرط زراقه . ولا يحدث الامتلاء الوريدي في هذا الداء قبل انقضاء ٢٠ ـ ١٨٠ ثانية . وتحدث نتائج إيجابية كاذبة إذا أجري الاختبار على قدم باردة أو مصابة بتضيق وعائي ناجم عن النيكوتين ، كما لا يفيد زمن الامتلاء الوريدي في فشل الصمامات الوريدية . وكذلك يمكن الحصول على نتائج سلبية كاذبة في المرض الوعائي المسد ذي المعاوضة الجيدة وبعد قطع الودي . وقد يصعب تقيم لون الجلد بسبب التهابه والوذمة الحادثة فيه . ويمكن إجراء اختبار راتشو **Ratschow** بنفس الطريقة في الطرفين العلويين .

*اختبار المشي* ***Walking Test*** : العرج المتقطع هو عرض نموذجي للاضطرابات الدورانية الشريانية في الساقين . يشعر المريض بآلام عضلية بعد أن يمشي فترة قصيرة من الزمن ، وهذه الفترة الزمنية أو المسافة التي يقطعها المريض إلى أن يبدأ الألم هي المقياس الذي يمكن تكراره .

يطلب من المريض أن يمشي على أرض مستوية بمعدل ١٣٠ خطوة/د ، وتدون المسافة حتى إلى أن يقف المريض بسبب الألم . تكون المعاوضة جيدة إذا تجاوزت هذه المسافة ٢٠٠ م ، بينما تكون المعاوضة ضعيفة إذا كانت المسافة أقل من ١٠٠ م . وقد يبدي تكرار المحاولة في اختبار المشي تحسناً ظاهراً ، ولكنه لا يعبر عن تحسن الدوران . ويمكن إجراء اختبار المشي فقط في المرحلة الثانية من الاضطراب الدوراني الشرياني .

**طرق التشخيص :**

تتوفر إجراءات عديدة أخرى في تشخيص الأمراض الدورانية الشريانية ، وإليك بعضها فقط في هذا البحث :

*قياس ضغط الدم* : وتتم بالمقارنة بين الجانبين وبين الأطراف العلوية والسفلية .

*اختبار دوبلر فائق الصوت* : ويجرى كتدبير حساس وموضوعي لأمواج النبض في جدار الشريان وانقطاعها أو ضعفها .

*تخطي الذبذبة* ***Oscillography*** : في الراحة وبعد الجهد . ويفضل إجراؤه بالجهاز الألكتروني الأكثر حساسية .

*قياس الحرارة ، التخطيط الحراري .*

*قياس الأوكسجين عبر الجلد .*

*تصوير الأوعية .*

*تصوير الأوعية تحت الجر الأصبعي .*

**الموجودات المجموعية :**

يجب توجيه التشخيص مباشرة نحو العوامل الخطرة بشكل خاص مثل ( قبيل ) الداء السكري ، النقرس ، فرط بروتينات الدم الشحمية ، فرط الضغط الشرياني ، وتخرب الوظيفة القلبية .

## التصلب الشرياني المسد Arteriosclerosis Obliterans

**[ Lobstein 1833, Marchaud 1904 ] :**

*المرادفات* : تصلب الشرايين ، التصلب العصيدي .

**التعريف** : ورغم الأسباب المعقدة لهذا التصلب ، يعتبر التصلب الشرياني المرض الشرياني المسد الأكثر شيوعاً . وتُعتبر الآفات المتليفة التي تصيب باطنة الشريان وطبقته المتوسطة ، وخاصة ذات الترسبات الشحمية البؤرية ( عصيدي ) وأملاح الكالسيوم ، نموذجية لهذا التصلب الشرياني المسد وتقود إلى تضيق لمعة الشريان .

**الحدوث** : يعتبر التصلب الشرياني المرض الشرياني الأشيع حدوثاً إلى حد كبير ، وأحد الأمراض الأكثر أهمية ، ويتطور في سياق تقدم العمر . وقد تبدأ الأعراض في عمر يتراوح بين ٤٥ ـ ٥٠ عاماً ، والرجال هم أكثر عرضة للإصابة . وتتضمن عوامل الخطورة كلاً من الأهبة الوراثية ، والقوت الغني بالدسم ، وزيادة الوزن ، ونقص التمارين الرياضية ، والكرب ، والإسراف في التدخين ، وفرط ضغط الدم ، والداء السكري ، وفرط بروتينات الدم الشحمية ، والنقرس ، ولا سيما إذا تشاركت هذه العوامل الخطرة معاً .

**السببيات والإمراض** : الإمراض في هذا التصلب معقد جداً ، ومن طبيعة التهابية وتنكسية بشكل جزئي ، كما تدخل عوامل الخطورة التي ذكرت آنفاً في إمراض هذا الداء . وتظهر الآفات في باطنة الشرايين المتوسطة والكبيرة وفي بطانتها المرنة على شكل لويحات من عديدات السكاريد المخاطية ومن البروتينات والشحميات ، وحدوث التنخر الدقيق لجدر الأوعية والتليف والتكلس . تترافق هذه الآفات بتضيق في لمعة الشريان ، وتميل لتشكيل الخثارات والصمات .

**الموجودات السريرية** : تبدي الصورة السريرية في تصلب الشرايين المحيطي كافة علامات ازدياد الانسداد الشرياني وأعراضه . وتحدث أنماط مختلفة من الانسداد في الساقين وفي الحوض والفخذ خاصة ، وترافقها درجات معاوضة تتراوح بين I ـ IV ، ففي المرحلة IV ، يبدأ الموات بألم شديد في أسفل

ـــقين ولا سيما في الأباخس . ويصبح الجلد بارداً مُزرقاً ، ويبدي شحوباً ( شحوب الجثة ) ، ثم يظهر تخنط أسود واضح حدود خلال أيام أو ســاعات ، وقد يكون هذا التخنط صحياً ، أحمر اللون ، وذو رائحة نتنة بسبب الأخماج الإضافية ( موت ) . ( راجع الشكل ٢٢ ـ ٢٠ .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن تضيق اللمعة الشريانية باللويحات الغنية بالشحميات ، وتليف ، والخلايا الرغوية ، وتحطم الغشاء المرن الداخلي ، وتكسر الغلالة الوسطانية أيضاً .

**السير والإنذار** : السير في هذا الداء مترقٍ ومزمن ، وتلاحظ فيه تبدلات كبيرة من التخرب الوظيفي ، يتحدد الإنذار بكثرة إصابة الأعضاء الداخلية فيه ، ولا سيما إصابة الشرايين الإكليلية والدماغية والكلوية ، ويعتبر التصلب الشرياني السبب الأعم للموت في بلدان عديدة .

**التشخيص** : ويتم التشخيص بالدراسات السريرية وبالتحريات المناسبة مثل الدراسات التي ذكرت سابقاً ، وتوضيح المرض النوعــأي المجمــوعي ، كما أن علامات فرط بروتينات الدم الشحمية ليست بغير شائعة ( القوس الشيخية ، واللويحات الصفراء ) . ويؤكد التصوير الشعاعي وجود التكلسات في جدر الشرايين أيضاً .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي وبشكل خاص كل من التهابات الأوعية ، والالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، والاعتلال الوعائي النوعي كما في الإفرنجي والسكري .

**عوامل الخطورة** : يجب إنقاص هذه العوامل أكثر ما يمكن كمنع التدخين وضبط سكر الدم المناسب في السكريين ، وحمض البول في النقرس ، وشحميات المصل في فرط بروتينات الدم الشحمية ، وضغط الدم ، والدجتلة في قصور القلب .

**المعالجة** : لا يعرف علاج نوعي لهذا الداء ، وينصح المعالجة بالتعاون مع اختصاصي الأوعية . وقد يزود الجراحون الدوران بطعوم مجازة .

*المعالجة المجموعية :* يمكن تبعاً لمرحلة الداء ، استعمال موسعات الأوعية ، والدكستران ذو الوزن الجزيئي المنخفض ، وضبط ارتفاع ضغط الدم بالقشرانيات المعدنية ، وإزالة الفيبرين ، واستعمال مضادات التخثر ، والفصادة ، كما يمكن المعالجة بحالات الخثارات . ويوضح الجدول ٢٢ ـ ٧ المخطط العلاجي لهذا الداء .

*المعالجة الموضعية :* لا يمكن إحداث تحسن في الدوران الشرياني بتطبيق أدوية الجلد خارجياً ، وتكون المعالجة الموضعية ضرورية في علاج التقرحات والموات . وبشكل أساسي يجب الوقاية من الأخماج الإضافية بالجراثيم وبالمبيضات البيض ، وتطبق الرهيات والدهونات المضادة للجراثيم في علاج القرحات وتعطى المعالجة الجافة في الموات ، ولأطول فترة ممكنة . ويجب أن يغطى الجلد المحيط بالآفة بمعجونة من الزنك ، ومن الأهمية بمكان أيضاً اتخاذ الإجراءات للتخلص من الفطارات ، والحمرة ، والأثفان ، ونخرات الضغط الإضافية . ويمكن اتخاذ الإجراءات الجراحية الوعائية فقط أو البتر أخيراً .

*المعالجة الفيزيائية :* تعتبر التمارين الفعالة قيِّمة في هذا العلاج ، وتجرى هذه التمارين بما لا يفوق قدرة الدوران .

**الجدول ٢٢ ـ ٧ : المعالجة المحافظة في الداء الشرياني المسد المزمن حسب رأي هيدريخ Heidrich**

| المرحلة متوافقة مع Fontaine | بلا أعراض I | عرج II | ألم أثناء الراحة II | النخر IV |
|---|---|---|---|---|
| إطراح أو علاج عوامل الخطورة | + | + | + | + |
| الدجتلة في قصور العضلة القلبية | + | + | + | + |
| التمرين الفيزيائي | | + | | |
| موسعات الأوعية | | + | (+) | (+) |
| الدكستران ذو الوزن الجزيئي المنخفض | | + | + | + |
| ضبط ضغط الدم | | (+) | + | + |
| عوامل جريان السوائل ( الخضاب ١١ ـ ١٢ غ/١٠٠ مل ) | | (+) | + | + |
| إزالة الفيبرين | | | + | (+) |
| حالاّت الفيبرين | | + | + | + |
| مضادات التخثر | + | + | (+) | (+) |

+ استطباب مؤكد ؛ ( + ) استطباب ممكن .

## موات الجلد السطحي الهاجر Migratory Superficial Skin Gangrene :

**الموجودات السريرية** : يشيع حدوث هذا الموات في النساء المتقدمات في العمر ، ويعزى الانسداد الشرياني فيه إلى تصلب الشــرايين المحيطي الذي قد يؤدي إلى احتشــاءات عفوية في الجلد ، والتي ينجم عنها موات وتقرح . كما يصيب هذا الموات السطوح الباسطة للساقين وظهر القدم . بينما يبدي مظهره

السريري ترقياً محيطياً في التبدلات التقرحية المواتية السطحية نسبياً والتي تميل قليلاً للشفاء المركزي .

**التشخيص التفريقي** : يدخل كل من تقيح الجلد المواتي والتهاب الجلد المفتعل في التشخيص التفريقي ، ومن الأهمية بمكان في تشخيص هذا الداء إجراء تصوير الأوعية في الساقين .

**المعالجة** : وتتم المعالجة كما في تصلب الشرايين .

**الاعتلال الوعائي السكري Diabetic Angiopathy :**

**التعريف** : يصاب المريض السكري بآفات وعائية تجتمع تحت عبارة الاعتلال الوعائي السكري أو الداء الوعائي السكري . ويميز فيها بين اعتلال العروق الدقاق سكري المنشأ وبين اعتلال الأوعية الكبيرة سكرية المنشأ .

***اعتلال الأوعية الكبيرة سكرية المنشأ Diabetic Macroangiopathy*** : يتوافق هذا الاعتلال سريرياً ونسجياً مع تصلب الشرايين المسد ، ويظهر بمعدل أكثر من ١٠ — ٢٠ مرة من المألوف ، ويحدث لدى المرضى السكريين في وقت مبكر يتراوح من ١٠ — ٢٠ عاماً قبل حدوثه لدى الاشخاص غير السكريين . ويميل هذا الاعتلال للبدء محيطياً ، فيترقى بسرعة أكبر ويكون امتداده أوسع ، وإصابته للساعدين أشيع ، ويميل لتكلس الغلالة الباطنة بشكل أكثر . كما تصيب المضاعفات الأعضاء الداخلية ( احتشاء إكليلي ) والجلد ( موات ) وتكون شدتها أعظم وأكبر . ( راجع الشكل ٢٢ — ٢١ ) .

*اعتلال العروق الدقاق سكرية المنشأ* : يبدأ هذا المرض سريعاً في المرحلة الاستقلابية السابقة للسكري ، ويتألف من تثخن هياليني شديد في الأغشية القاعدية للشرينات والوريدات والشعيريات ، مع تكاثر في الخلايا البطانية ، وتضيق في اللمعة الوعائية .

**الموجودات السريرية** : قد يكون اعتلال العروق الدقاق مسؤولاً عن ظهور النخرات الجلدية الصغيرة في الأطراف ، بينما يعزى الموات السكري المألوف إلى اعتلال الأوعية الكبيرة ، هذا ويميل المريض السكري ، وبشكل كبير ، للإصابة بالأخماج الثانوية بالجراثيم والمبيضات البيض . ومن ناحية أخرى ، تحدث الأعراض العامة للمرض الشرياني المسد والمزمن في الجلد والأعضاء الداخلية الأخرى . ويتبع كل من اعتلال العروق الدقاق واعتلال الأوعية الكبيرة إجراءات تشخيصية وعلاجية متشابهة مع اعتبار خاص للحالة السكرية الاستقلابية .

**الالتهاب الوعائي الخثاري المسد Thromboangiitis Obliterans [ Friedländer 1876, Von Winiwarter 1879, Buerger 1908 ] :**

*المرادفات* : التهاب بطانة الشريان المسد ، التهاب بطانة الشريان ، داء Winiwarter — Buerger ، داء Buerger .

**التعريف** : الالتهاب الوعائي الخثاري المسد مرض شرياني التهابي مسد ، يصيب الأطراف السفلية في الرجال الشباب خاصة .

**الحدوث** : يصيب هذا الداء الرجال بشكل رئيسي حتى عمر ٤٥ سنة ، وتسود الإصابة لدى المدخنين .

**المسببات والإمراض** : المسببات في هذا الداء غير معروفة ، ويحتمل أن لا تكون وحيدة الشكل ، وإنما ذات منشأ خارجي وداخلي في آن واحد . ويبدو تأثير الإسراف في النيكوتين في إمراضية هذا الداء . ويتهم أيضاً كل من الخمج ، والرضح بالبرودة ، والتأثير الهرموني ( قشر الكظر ) ، والأهبة الوراثية في هذه الإمراضية ، وغالباً ما يترافق هذا الالتهاب الوعائي الخثاري المسد بتصلب الشرايين الثانوي ، إضافة إلى آفات باطنة الشريان الالتهابية ذات التكاثر البطاني والخثارات التي يحدثها فرط النشاط أو الانسمام البدني .

**الموجودات السريرية** : يظهر هذا المرض في ساق واحدة عادة ، وبشكل استثنائي تصاب الساق الثانية أيضاً ، وعندئذ تتأخر إصابتها إلى حد ما عادة . وقد يكون التهاب الوريد الخثاري الهاجر السطحي علامة باكرة في هذا الداء . وفي حوالي ثلث الحالات ، يحدث احمرار محدد متورم ومؤلم عفوياً أو بالضغط ، يشفى بعد أسبوع إلى أسبوعين تاركاً فرط تصبغ مكانه ، بينما تظهر بؤر جديدة في التوضعات الأخرى . وقد تتجلى العلامة الأولى لتضيق الشريان في تعوية الساق الشديدة ، ويتذمر المريض من الشعور بالبرد أو من مذل القدم . كما قد يلفت الانتباه الشحوب الشاذ للطرف المصاب بهذا الداء . وتظهر ، مع زيادة تضيق الأوعية الشريانية ، علامات اللا معاوضة نتيجة اللا تناسب بين عمل العضل والأكسجين الآتي من الدم .

وبالاعتماد على توضع الانسداد الوعائي ، يمكن تمييز نمط محيطي ، ونمط فخذي شائع ( ألم الربلة ) ، ونمط حوضي ، وكما هو الحال في جميع الأمراض الانسدادية ، يمكن تمييز أربع مراحل استناداً لشدة الانسداد فيها : المرحلة I ( المعاوضة كاملة ) ، والمرحلة II ( عرج متقطع ) ، والمرحلة III ( ألم خلال الراحة ) ، والمرحلة IV ( نخر ) . وقد تظهر حمامى مؤلمة غريبة على الجلد في المرحلة III ، أما النزوف الحبرية في هذه المرحلة فهي أقل شيوعاً . وفي المرحلة IV ، يظهر النخر على

تري الأباخس ، ومن المحتمل ظهورة على الوجه الأخمصي للأباخس وظهر القدم والساق ، ولا تميل القرحة المتشكلة شفاء ( راجع الشكل ٢٢ ـ ٢٢ ) .

يندر في التهاب الأوعية الخثاري المسد إصابة الذراعين ( ظاهرة رينو ) ، كما يندر فيه وإلى حد بعيد إصابة الشرايين الإكليلية والدماغية والمساريقية .

وغالباً ما تعتبر الفطارات الفوتية والأخماج الجرثومية لإضافية اختلاطين لهذا الداء ، بينما ينقص التعرق فيه بشكل ملحوظ .

**التشريح المرضي النسجي** : في المراحل الباكرة ، يوجد رتشاح بالمعتدلات في جدر الأوعية الوذمية المتلاشية ، كما يترافق هذا الارتشاح باللمفاويات والبالعات والخلايا العملاقة ، والتكاثر البطاني ، والخثارات مع عودة الامتصاص الشعيري من جديد ، وتثن ملحوظ في الغشاء الباطن المرن للوعاء .

**السير والإنذار** : السير في هذا الداء مزمن وعارض عادة ، ولكنه قد يكون خاطفاً أحياناً وقد يترافق بموات سريع الترقي . ويجب أن يوضع الإنذار بتحفظ وحذر في الطرف المصاب ، فقد يكون بتر الساق أسفل الركبة ضرورياً . بينما يكون إنذار الحياة في هذا الداء جيد ، وهو على نقيض تصلب الشرايين لأن إصابة الأعضاء الداخلية فيه نادرة .

**التشخيص** : تتضمن العوامل الموجهة في تشخيص الالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، ما يلي :

- بداية هذا المرض قبل سن الأربعين عاماً .
- الجنس المذكر .
- الإسراف في التدخين .
- الانسداد الفخذي أو انسداد من النمط المحيطي .
- يُسبق هذا الداء بالتهاب وريد خثاري هاجر أو يترافق معه .

يمكن للإجراءات الاستقصائية التي ذكرت سابقاً أن تحدد مكان الانسداد الشرياني وشدته .

**التشخيص التفريقي** : يُحدث تصلب الشرايين وبشكل خاص أعراضاً مشابهة في المناطق الموافقة للالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، وقد تحدث هذه الأعراض بشكل ثانوي أيضاً .

**المعالجة** : ينصح في هذا الداء الابتعاد عن التدخين ، ومعالجة البؤر الإنتانية ، وتجنب البرد الشديد ، أما فعالية موسعات الأوعية فيه فهي موضع جدل ، وتعتبر الاجراءات الموضعية كالحمامات الدافئة مضاد استطباب لهذا الداء لأنها تزيد من متطلبات الأوكسجين في المحيط . بينما يُحدث قطع الودي والإحصار حول الوعاء تأثيراً عابراً فيه ، وتعالج القرحات والنخرات موضعياً وفقاً للمبادىء الجلدية العامة ( تحلل البروتين ، مضاد الأخماج ، التشجيع على التحبب ، والتظهرن ) . وفي معالجة الموات الواسع والانسداد الوعائي التام ليس ثمة إجراء فعال سوى البتر ، ويتبع في علاج هذا الداء نفس الطرائق المتبعة في تصلب الشرايين عموماً .

**الحطاط الضموري الخبيث Malignant Atrophic Papulosis [ Kohlmeier 1941, Degos – Delort – Tricot 1942 ] :**

*المرادفات* : متلازمة Kohlmeier – Degos ، المتلازمة الجلدية المعوية المميتة ، الالتهاب الوعائي الخثاري الجلدي المعوي المنتثر ، الحطاط الضموري الخبيث .

**التعريف** : هو التهاب في بطانة الأوعية الجلدية ، ويتجلى بحطاطات يتبعها ضمور مركزي بلون الخزف الصيني ، وتكون آفاته المعوية الشديدة مميتة عادة .

**الحدوث** : مرض نادر جداً ، يصيب الرجال الشباب ومتوسطي الأعمار عادة .

**السببيات والإمراض** : أسباب هذا الحطاط غير معروفة ، وتفترض فيه أخماج الحمات الراشحة ، والآلية المناعية الذاتية ، وعلاقته بالذأب الحمامي المجموعي أيضاً .

كما يحتمل علاقته بالالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، وبالتهاب الأوعية الأرجي ، ويتألف أسس الإصابة في الجلد والأمعاء من الانسداد الوعائي الخثاري ومن الانسداد داخل الأوعية الصغيرة جداً .

**الموجودات السريرية :**

*الموجودات الجلدية* : يكشف مظهر هذا الحطاط العارض عن حطاطات التهابية حمراء شاحبة ، ومنتشرة بشكل واسع ، يتراوح قدها بين ٣ ـ ٥ ملم ، والتي لا يلبث أن يضمر مركزها وينخفض قليلاً بعد عدة أيام ، ثم يصبح أبيضاً بلون الخزف الصيني ، وترتفع حواف هذه الحطاطات وتغدو شعيرياتها متوسعة ، يصيب هذا الداء الجذع عادة وقد تشاهد آفاته في أي مكان آخر . وتكون آفاته العينية نموذجية ، بينما تغيب أعراضه الشخصانية عادة . كما تصبح مناطق الاحتشاءات فيه خثارية ، ثم تظهر فيها تقرحات لا تلبث أن تشفى تاركة ندبات ضمورية ناقصة التصبغ بلون الخزف الصيني ومميزة لهذا الداء ، وتترافق بفرط تصبغ في حوافها أيضاً ، يبلغ قطر هذه الأفات ٥ ملم أو أكثر عادة ، بينما يتراوح قطر الآفات الصغيرة بين ١ ـ ٣ ملم .

*الموجودات المجموعية* : بعد أشهر قليلة أو سنوات . من ظهور

الآفات الجلدية لهذا الداء، تظهر هجمة حادة من الحمى، والآلام البطنية، والمغص، وقياء الدم أيضاً، وقد يتلوها الموت خلال عدة أيام، وينجم عن احتشاءات الأمعاء وانثقابها، وعن التهاب الصفاق، ترافق نظائر البروتينات هذا الحطاط، وتصاب فيه أوعية كل من الجهاز العصبي المركزي، والعينين، والكليتين أيضاً.

كما ذكر ترافق داء جاكوب - كروتزفلد Jakob – Creutzfeld بهذا الحطاط.

**التشريح المرضي النسجي**: في البداية، تتوغل الخلايا المدورة والمعتدلات في جدر الشرينات العضلية في الأدمة المتوسطة منها والعميقة، وفي النسج المحيطة بهذه الشرينات. ويؤدي الانسداد غير التهابي في بطانة الشريان الخثاري إلى نخرات تشبه الإسفين، غالباً ما تشفى على شكل تصلب وداء موسيني، مشكلة بذلك الآفات النموذجية.

**الإنذار**: يموت أكثر من نصف المرضى خلال ثلاث سنوات من ظهور الآفات الجلدية، بينما يبقى آخرون أحياء لعدة سنوات رغم إصابتهم المعوية. ويكون الإنذار أفضل في مرضى الآفات الصغيرة من هذا الداء.

**التشخيص**: تكون المظاهر الجلدية في هذا الداء واضحة جلية، وآفاته النسجية مؤكدة، وفي النهاية، يتميز بسيره ثنائي الطور، وبعلاماته البطنية، وبأعراضه النموذجية.

**المعالجة**:

*المعالجة الجهازية*: لا يعرف علاج يعول عليه في هذا الداء، وقد تؤخذ مضادات الالتهاب بعين الاعتبار، ولم يتم الاتفاق بعد على جدوى الستيروئيدات في علاجه، لأن الالتهاب الوعائي الخثاري يحمل معه خطر انثقاب الأمعاء. ولم ينجح فتح البطن في علاج النوب البطنية الناجمة عن الاحتشاءات المعوية. وقد تجرى المحاولة بحالّات الفيبرين.

*المعالجة الموضعية*: وتتم بالوقاية من الأخماج الجرثومية الثانوية.

## أمراض الأوردة Diseases of the Veins :

### التهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis :

**التعريف**: وهو التهاب محدد في جدار الوريد (التهاب الوريد) والمنطقة المجاورة (التهاب محيط الوريد) يرافقه تشكل خثري (التهاب الوريد الخثاري) وانسداد جزئي أو تام في لمعة الوعاء.

**الحدوث**: يشيع حدوث التهاب الوريد الخثاري السطحي في الساقين نسبياً، وخاصة بإصابته للدوالي (التهاب الدوالي Varicophlebitis)، وغالباً ما يصيب النساء.

**السببيات والإمراض**: يظل ثالوث فيرشو Virchow صالحاً باعتباره يدخل في إمراضية هذا الداء، وهو تخرب في الجدار، وبطء في جريان الدم، وميل لزيادة التجلط. وتسود أحد هذه المكونات في إمراضية بعض الحالات الفردية. وعادة تتضمن الأسباب المحتملة كلاً من الأمراض الخمجية، والخمج البؤري، ومانعات الحمل الفموية، والرضح (الضغط، النفخ). وتتشارك أحياناً مع الآفات الانسمامية التي تصيب جدر الوريد (الحقن)، ويكون المصاب طريح الفراش.

**الموجودات السريرية**: يبدي التهاب الوريد الخثاري السطحي والحاد احمراراً التهابياً خطياً محدداً وتورماً مؤلماً على طول الوريد أو يكشف عن عقيدات حمراء التهابية عرضها عدة سنتيمترات، وتجس فيه كتلة صلبة خطية تحت الوريد الممض، وتندمج الخثرة في جدار الوريد بثبات ولا تؤدي إلى صمات رئوية عادة.

ويُحدث العلاج المناسب تراجعاً سريعاً لهذه الظاهرة الحادة، وتبقى كتلة ليفية صلبة يمكن جسها لفترات طويلة (تصلب الوريد Phlebosclerosis)، التي قد يسترها جلد مفرط التصبغ، راجع الشكل (٢٢ - ٢٣).

ويترافق التهاب الوريد الخثاري الحاد بالحمى، وكثرة العدلات، وارتفاع ملحوظ في سرعة التثفل.

كما يشيع وجود حالات من التهاب الوريد الخثاري السطحي تحت الحاد أو المزمن، التي لا تترافق بأي تفاعل حاد، وتبدي هذه الحالات ليفاً محسوساً مؤلماً تحت الجلد، ويصبح أحمراً لفترة عابرة، ثم يقسو هذا الليف بعدها (تصلب الوريد)، ولا يلبث أن يتصبغ الجلد فوقه. ويندر فيه التكلس الثانوي (تكلس الوريد Phlebocalcinosis).

**التشريح المرضي النسجي**: تخترق الخلايا الالتهابية جدر الوريد، الذي تضيق الخثرة من لمعته أو تسدها. وفي النهاية، يحدث عودة استقناء Recanalization من جديد، أو يغزو النسيج الضام جدر الوريد (تصلب الوريد)، ويحتمل حدوث ترسبات أملاح الكالسيوم في جداره (تكلس الوريد).

**السير، المضاعفات، الإنذار**: يستجيب التهاب الوريد الخثاري السطحي جيداً للعلاج، ويتراجع خلال أيام قليلة عادة. وعلى أية حال، قد تحدث الظاهرة الإنتانية والتقيح في هذا الداء، وتتشكل قرحة في أسفل الساق: قرحة الساق عقب التهاب الوريد الخثاري Post thrombophlebetic Crural Ulcer، ويمكن أن يؤدي التهاب الوريد المتكرر إلى

قصور الصمامات الوريدية وحدوث الدوالي الثانوية وعواقبها. قد يظهر تكلس محدد في جدار الوريد ويمكن جسّه كحصاة وريدية. ولكن لا تحدث صمات رئوية أبداً، ويكون الإنذار حسن على وجه العموم.

**المعالجة**: ومن الأهمية بمكان التخلص من سببيات هذا الداء، ويؤخذ بالاعتبار فيها كل من الرضوح الموضعية، ومتلازمة بهجت، والأخماج البؤرية، والأدوية والأورام الخبيثة أيضاً.

*معالجة الجهازية*: يفضل استعمال مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية في علاج هذا الداء، وينصح بإعطاء الصادات في التهاب الوريد الخثاري الإنتاني وفق مظاهره السريرية، وفي الفغمون، وتؤخذ مضادات التخثر بعين الاعتبار في منع رجعة هذا الداء.

*معالجة الموضعية*: يجب أن لا يبقى مرضى التهاب الوريد الخثاري السطحي أو التهاب الدوالي في أسرتهم، حيث يزيد السكون من خطورة هذا الالتهاب الذي ينتشر إلى الأوردة الأكثر عمقاً. وينصح أحياناً باستعمال العوامل المثبطة للخثارات، كمراهم الهيبارين ونظائر الهيبارين Heparinids، وتفضل الرفادات المرطبة بالكحول في بداية التهاب الوريد الخثاري السطحي الذي يعقب الحقن الوريدي. بينما يكون تطبيق عصائب ضاغطة داعمة علاج هام في التهاب الوريد الخثاري في الساق، ويجب أن يمشي المريض بها بشكل طبيعي. وقد يكون ضرورياً في بعض الحالات، إجراء شق بالوخز في الوريد السطحي المخثور لعصر الخثرة قبل تطبيق مثل هذه العصائب.

## الخثار الوريدي Phlebothrombosis :

*المرادفات*: التهاب الوريد الخثري العميق.

**التعريف**: هو التهاب جدر الأوعية العميقة وانسدادها بالخثرات، ويرافقها خطورة حدوث الانصمام الرئوي.

**الحدوث**: يصاب المرضى طريحي الفراش ولفترة طويلة، بالتهاب الدوالي، ويحدث هذا الالتهاب بعد العمليات الجراحية، وعقب الكسور، وبعد الولادات، وعقب احتشاءات العضلة القلبية أو السكتة القلبية. ويتعرض المرضى الذين أجري لهم جراحات في أسفل البطن ومنطقة الحوض لهذه الخطورة بشكل خاص. كما يجدر في هذا المجال تذكر المرضى ذوي الإصابات الالتهابية الحادة، وأولئك الذين يعانون من الرضوح الكبيرة مثل كسور في الطرف السفلي. بينما تتجلى عوامل الخطورة الأخرى في تقدم العمر، والدنف، ومانعات الحمل الفموية، والجهد الزائد (رياضة تسلق الجبال)، وعدم التحرك خلال السفر (الطيران لمسافات طويلة)، وتأثيرات المناخ (الفونة Foehn : ريح حادة تهب من جانب الجبل)، والكرب النفسي أيضاً.

**الإمراض**: يلعب الاعتلال الخثري الثلاثي لفيرشوف دوراً جزئياً في التهاب الوريد الخثاري السطحي، بينما يسود هذا الاعتلال في الشكل العميق من هذا الالتهاب. يكون جريان الدم البطيء أشد وطأة في هذا الداء من الآفات البدئية التي تصيب جدر الوعاء، ويتجلى الإمراض في ظهور خثرة مختلطة، يتشكل قسمها الرأسي من ترسب خثاري رمادي مبيض، بينما يكون التخثر أحمر اللون في قاعدة هذه الخثرة. ويسبق هذه الحالة وجود توازن بين تجلط الدم وزيادة الأهبة للتجلط، وقد يحدث ذلك نتيجة زيادة تشكيل العوامل المجلطة أو زيادة فعاليتها، أو نقص في تثبيط فعاليتها، أو نقص في تصفية العوامل المفعلة، أو نقص في انحلال الفيبرين، ويكون هذا السير معقداً عادة في حالات فردية. وتبعاً لذلك، يحدث فرط بروترومبين الدم وزيادة عدد الصفيحات بعد العمل الجراحي، بينما يزداد كل من العامل V والبروترومبين والفيبرينوجين في نهاية الحمل، وغالباً ما يرتفع الفيبرينوجين في الالتهابات والأورام وعقب احتشاء العضلة القلبية. ويجب أن يؤخذ توضع الإصابة بعين الاعتبار، حيث يحدد التوضع التشريحي والعوامل الفيزيائية من سرعة جريان الدم وتخرب جدار الوعاء.

**الموجودات السريرية**: تعتبر أوردة الساق العميقة المكان الأكثر شيوعاً للإصابة بالتهاب الوريد الخثاري، بينما تأتي الأوردة الحوضية في الدرجة الثانية من الإصابة بهذا الداء. لا تكتشف نسبة كبيرة من الحالات في البداية، وغالباً ما يكون الانصمام الرئوي العلامة الأولى المشخِّصة لهذا الداء. هذا الانصمام الذي قد يكون مميتاً أحياناً، وغير مميت أحياناً أخرى. لذا فمن الأهمية بمكان الانتباه لعوامل الخطورة، وملاحظة حتى العلامات الصغيرة منها في باكورتها.

*العلامات الباكرة*: يشكو المصاب من شعور الثقل في ساقيه، ومن آلام تشبه المعص في قدميه وربلتيه، ومن ارتفاع حرارته التي لا تصل إلى الحمى، ومن تسرع قلبه. وفي الهجمة الأولى الحادة، يكون التشخيص واضحاً بالثالوث العرضي الذي يصيب الساقين من الوذمة والزراق والألم، ويُكتشف الألم خاصة عند الاعتماد على الساق في نقل خطاها، وعند السعال. يحدث الألم عفوياً وينتشر إلى الورك والمنطقة القطنية العجزية ومما يلفت النظر الألم وحيد الجانب والمحدث بالضغط (علامة لوفنبرغ Lowenberg) والذي يزداد بجس عضل الساق بشدة، بينما تكون الأوردة السطحية متوسعة بشكل كبير (الأوردة المنذرة). وأحياناً تكون القناة الوريدية المصابة ممضة بالجس العميق، ويكون الجلد الذي يسترها حاراً، وقد تترافق

الإصـابة بالحمى ، والقشعريرة وتسرع ملحوظ في نبضات القلب .

*نقاط الضغط الوريدي Venous Pressure Points* : توجد حساسية ملحوظة للضغط في مناطق الإصابة بالخثار الوريدي في كل من القدم ، وحافة قوس القدم الداخلية ( نقطة ضغط بـاير Payr ، والعقب ، وإلى الخلف والأعلى من الكعب الأنسي ، والربلة ( علامة ماير Mayer ) ، والمنطقة الأنسية من الظنبوب ، والحفرة المأبضية ، وفي الفخذ أعلى القناة المقربة ، وفي الحفرة البيضية أيضاً .

يؤدي ثني القدم الخلفي والسريع إلى ألم الربلة ( علامة هومان Homan ) ، كما يسبب رج الساق ألماً : علامة الرج الإيجابية . وقد يكشف اختبار الفيبرينوجين الشعاعي عن وجود خثرات في مراحلها الباكرة .

**المضـاعفات** : يعتبر الانصمام الرئوي من المضاعفات الباكرة والأكثر أهمية في هذا الداء ، وتتجلى مظاهرها السريرية بالهياج ، والتعرق البارد ، والحمى ، وتسرع القلب ، وألم الصدر، وتحدد في تسوح Excursion التنفس ، وكثرة البيض، وارتفاع سرعة التثفل أيضاً . ويعتبر التقشع البني المحمر والملطخ بالدم الذي يرافق السعال علامة مؤكدة ، بينما تعتبر متلازمة عقب الخثـاري التي تترافق بالدوالي ، والقصور الوريدي المزمن ، والقرحة الركودية من المضاعفات الهامة والمتأخرة .

**التشخيص** : يجب أن يتوضح التشخيص سريعاً في حال الشك البسيط بالخثار الوريدي ، لأنه قد يُحدث الانصمام الرئوي الذي يهدد الحياة مترافقاً بمظاهر سريرية غير واضحة نسبياً . وإذا كانت القصـة المرضيـة ، والأعراض الشخصـانيـة والموجودات بالفحص السريري ( المعاينة ، الجس ، قياس المحيط ، نقاط الضغط ، النبض ، درجة الحرارة ، سرعة التثفل ) غير حاسمة في تشخيص هذا الداء ، فمن الضروري أن يجرى كل من تخطيط الوريد بجهاز الدوبلر ، وتخطيط الجريان الانعكاسي الضوئي ، وتصوير الوريد أيضاً .

يحدث فرط التمدد في مفصل الركبة ألماً في المنطقة الأربية ( علامة سيغ Sigg ) .

**المعالجة** : ينصح بالراحة التامة في السرير في بداية كل الحالات الشديدة ، وتوضع الساق المصابة في جبيرة من الرفادات ، دون ثني المنطقة الأربية والقدم في السرير المرفوع .

*المعالجة الجهازية* : من الضروري التعاون مع طبيب الداخلية ، ويمكن أن يتم حل الخثرة بحالات الفيبرين . ومن ناحية أخرى . غالباً ما يستهل العلاج بمضادات التخثر من الهيبارين ، ثم يتابع العـلاج بمركبـات الكومـارين . ومن الضروري أن تعطى الصـادات في كل من الأخماج ، ومحرشـات الداء المحتملة ، والمرض المستبطن . ويمكن تجربة مضـادات الالتهـاب غير الستيروئيدية أيضاً .

*المعالجة الموضعية* : يكون تطبيق الرفادات المرطبة بالكحول ( إيتانول : تحت أسيتت الألمنيوم : المساء = ١ : ١ : ٤ ) أو الرفادات الرطبة المغلفة ، ملطفاً في هذا الداء . ويجب أن تطبق العصائب الضاغطة بشدة إلى كلا الساقين . وينصح المريض بالراحة التامة في السرير أو بالتحرك ، استناداً إلى مكان الخثرة ومداها . وتكمن خطورة الصمات الكبيرة في بداية العلاج بمضـادات التخـثر خاصـة ( قيمة كويك Quick حوالي ٥٠٪ ) .

**الاتقاء** : ويجب تجنب الراحة في السرير إذا لم يكن ضرورياً ، ويطلب من المريض التحرك الباكر بعد العملية ، ورفع ساقه ، وإجراء تمارين التنفس والساق ( المعالجة الفيزيائية ) . وتطبق العصـائب الضـاغطة أو الجوارب المرنة للمصاب في حالة الخطورة ، ويدجتل قصور القلب الكامن ، وينصح بإنقاص الوزن لدى البدينين ، وفي مرضى الخطورة ، ينصح بالاتقاء الدوائي ، وذلك بـإعطـاء الهيبـارين بجرعات منخفضـة ( ٣ × ٥٠٠٠ وحدة يومياً ) أو ــ الأدوية الأقل فعالية : الأسبـرين ( ٣ × ٥٠٠ ملغ يوميـاً ) وتتجلى مضـادات الاستطباب لهذا الأخير في تأهب المصـاب للنزف وإصـابته بالقرحة المعدية المعوية والأذيات الدماغية القحفية .

## التهـاب الوريد الخثـاري الهاجر الراجع Recurrent Migratory Thrombophlebitis :

*المرادفات* : التهاب الوريد الخثاري الهاجر ، التهاب الوريد الهاجر .

**التعريف** : هو التهاب وريد خثاري سطحي ، محدد ، راجع ، ومزمن يصيب منـاطق متبدلة ، ويكون عرضـاً للأمراض الأخرى عادة .

**الحدوث** : يصـاب الرجال من صغار الشبان ومتوسطي الأعمار غالباً .

**الإمراض** : يفترض في هذا الداء وجود تفاعل وعائي أرجي مفرط الحساسية لأن هذا المرض غالباً ما يترافق بالأخماج البؤرية الجرثومية المزمنة ، والالتهاب الوعائي الخثاري المسد ، والأرج تجاه مستضـدات مختلفة ( خلاصـات التبغ ، الليمون ، الشعر الحيواني ) .

ويلاحظ أيضاً ترافقه المذهل بسرطانة المعثكلة أو الرئتين أو

ـرثة . أو الاضطرابات الجهازية مثل داء بهجت ، أو النقرس ، أو داء هودجكين ، أو ابيضاض الدم ، أو لمفومات الخلايا التائية الأخرى . أو كثرة الكريات الحمر ، أو فرط غاما غلوبولين الدم .

الموجودات السريرية : يتوضع هذا الداء على الناحية الباسطة للساق ووجهها الخارجي ، بينما يقل حدوثه على الأطراف العلوية ، وظهر اليدين والجذع . ويتظاهر هذا الالتهاب الوريدي الخثاري الممض ، والسطحي نسبياً ، وذو التحدد الحفي . على شكل عارضات حادة وطويلة الأمد في قطع الوريد المختلفة والمنفصلة عن بعضها ، والتي يتراوح طول كل منها بين ٤ ـ ١٠ سم . ولا تتأذى الحالة العامة في هذا الالتهاب عادة . بينما تحدث هجماته الجديدة مترافقة بارتفاع عابر في حرارة الجسم ، وقد يترافق بحمامى عقيدية منفصلة أو بالحمامى العقدة .

السير : تشفى الهجمة المنعزلة خلال ٢ ـ ٣ أسابيع تاركة خلفها فرط تصبغ خفيف . ويختفي هذا المرض بعد عدة هجمات عفوياً أو يتحسن بعد التخلص من سببه المحتمل . ولا توجد خطورة حدوث الانصمام رغم إصابة القطع الوريدية الأكثر عمقاً أو إصابة أوردة الأعضاء ( طحال ، مساريقي ) .

التشريح المرضي النسجي : تبدي أوردة الضفيرة الجلدية وتحت الجلد ارتشاحاً حول الأوعية بالمنسجات إضافة إلى الانسداد الخثري ، ثم يرتشف من جديد ، وتتشكل الحبيبومات ذات الخلايا العملاقة داخل الوعاء وجداره .

التشخيص التفريقي : يدخل كل من الحمامى العقدة ، والتهاب السبلة الشحمية في التشخيص التفريقي .

المعالجة : من الأهمية بمكان تحديد أسباب هذا الالتهاب بشكل دقيق ، حيث يمنع المريض من التدخين ، وتعالج الأخماج البؤرية ، وتعطى الصادات ، ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، والستيروئيدات إذا كان ممكناً ، ويتطلب العلاج الموضعي تطبيق الرفادات المرطبة بالكحول ، ومراهم الهيبارين ومثيلاته ، واستعمال العصائب الضاغطة .

## التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل Cord – like Superficial Phlebitis [ Favre 1929 ] :

*مرادفات :* التهاب الوريد المشبه بقضيب الحديد Phlebite en fil de fer .

**التعريف** : هو التهاب باطن الوريد المتصلب والسطحي تحت الجلد ، ومن منشأ غير معروف يترافق بتشكل على هيئة حبل قاس ، ويشفى عفوياً دون أن يحدث تفاعلاً التهابياً في الجلد ، ولا تصاب فيه الأوردة العميقة .

**السببيات** : مجهولة . وقد تكون كل من الرضوح الموضعية ، والمعالجة بالأشعة السينية ، والرضوح ، والخمج البؤري ( التهاب الموثة ... ) ، ذات أهمية في الإمراض .

**الموجودات السريرية** : يتوضع هذا الداء على جدار الصدر الوحشي عادة ( داء موندور ) ، ولكنه قد يصيب الأطراف أو العنق أو القضيب ، ولا يترافق بمظاهر شخصانية واضحة . ويظهر فيه حبل قاس على مسير الوريد السطحي ، تصل ثخانته إلى سماكة قلم الرصاص ، ويبقى الجلد الساتر طبيعياً .

**المعالجة** : ويجب البحث عن السبب . ويحدث الشفاء عفوياً خلال أسابيع قليلة ، ويعالج بمراهم الهيبارين ، كما يعطى الاندوميتاسين جهازياً إذا كان ضرورياً .

## الشكل الخاص : داء موندور Mondor's Disease [ 1939 ] :

*المرادفات :* التهاب محيط الوريد المتصلب في جدار الصدر ، متلازمة موندور ، التهاب الوريد الحبلي في جدار الصدر .

**الموجودات السريرية** : ويتظاهر هذا الداء على شكل التهاب وريد سطحي حبلي الشكل في منطقة الوريد الصدري الشرسوفي ، وتغلب إصابة النساء على الرجال ، يجس على الجانب الوحشي من جدار الصدر ، وفي الخط الإبطي الأمامي ، حبل قاس على خط مستقيم وعلى شكل إبرة ذات عقد تصل ثخانتها إلى سماكة قلم الرصاص ، ويندر ترافق هذا الداء بروافد إضافية ، وتصبح صورته السريرية أكثر وضوحاً برفع الذراع ، ولا توجد تبدلات جلدية أو أعراض شخصانية في هذا المرض ، وتكون الصيغة الدموية طبيعية ، بينما يحدث شفاؤه العفوي خلال أسابيع أو شهور ، كما يلاحظ أحياناً وجود تغيرات مرضية في منطقتي الصدر والإبط ( دمل ، خراجات الغدد العرقية ، الأورام ... ) .

# الدوالي والقصور الوريدي المزمن في الساقين Varices and Chronic Venous Insufficiency of the Legs :

## الدوالي Varices and Varicosis :

**التعريف** : الدوالي عبارة عن توسع في الأوردة بشكل أنبوبي قابل للضغط ، وذو سير متعرج ، تبدو فيه عقيدات أو توسعات أنبورية ، ويحدث بشكل خاص في منطقة الأوردة الصافنة الصغيرة منها والكبيرة ، ويُعرف حدوث الدوالي المتعدد واتساع امتدادها باسم :

*داء الدوالي* **Varicosis** : وقد تصاب جميع الأوردة بقياساتها المختلفة .

*داء جذع الدوالي* **Trunk Varicosis** : وتصيب هذه الزمرة من الدوالي جذوع الأوردة الصافنة الرئيسية الصغيرة منها والكبيرة .

*داء دوالي الفروع الجانبية* **Lateral Branch Varicosis** : وهي عبارة عن الدوالي في فروع الوريد الجانبية .

*الدوالي الشبكية* **Reticular Varices** : وتنجم عن توسعات في الضفيرة الوريدية الشبكية في الجلد ، دون اتصالها بجذوع الأوردة بشكل طردي .

*الدوالي المتشجرة* **ArborizingVarices** : وتتجلى بتوسعات وريدية سطحية وصغيرة جداً تشبه اللمة Luft ، وتصيب النساء بشكل رئيسي .

تتجلى الإمراضية الهامة في الزمرتين الأوليتين بضعف الجدر الوريدية التي تؤدي إلى قصور صمامي في هذه الأوردة ، بينما تنجم الإمراضية الهامة في الزمرتين الأخيرتين عن ضعف الجدر الوريدي لوحده .

تظهر **الدوالي البدئية** دون أن يسبقها مرض سريري ، وتكون ذات قاعدة وراثية غالباً . بينما تنشأ **الدوالي الثانوية** كحالة ثانوية تعقب الخثار الوريدي غالباً . وليس ترافق هذين الشكلين معاً أمراً غير شائع طبعاً .

**الحدوث** : يشبه حدوث الدوالي كثيراً . وإن التفاصيل العددية لهذا الشيوع متبدلة ، حيث يعتمد توزع الدوالي إلى حد بعيد على الأرضية الوراثية ( عرقي ، عائلي ، جغرافي ) . وعلى العوامل الاجتماعية كالبدانة ، والمهنة ، ولباس القدم ... ، ولذا يتراوح شيوع حدوث الموجودات السريرية السائدة من ٤٪ إلى ٤٠٪ في البالغين ، مع ميل ملحوظ في إصابة النساء بهذه الدوالي عادة . ولا يعزى شيوع ( الآلام في الساقين ) إلى الدوالي دائماً ، بل قد تكون أسبابها مختلفة تماماً كاضطرابات الجهاز التحركي Locomotor والأمراض العصبية والشريانية .

وفي دراسة باسل Basel عام ١٩٧٨ ، بلغت نسبة حدوث الدوالي حوالي ٩٪ في النساء والرجال ، تطورت إلى حالات مرضية في ٣٪ إلى ٤٪ منها . وكانت تلك قيم متوسطة . ويجب أن يؤخذ الازدياد الخطي التقريبي مع تقدم العمر بالاعتبار . وفي مجموعة العمر المتقدم ( أكثر من ٧٠ عاماً ) كان معدل الحدوث أكبر بتسع مرات تقريباً من حدوثه لدى الشبان ( ٣٠ - ٤٠ عاماً ) . وحسب دراسة ويدمر Widmer ، كان لدى الكهول في أواسط أوربا دوالٍ بسيطة في ٤٥٪ من المرضى ، ودوالٍ ملحوظة في ١٦٪ ، وقرحات ركودية في حوالي ١٪ .

*داء الدوالي البدئي* **Primary Varicosis** : ويعرف هذا الشكل بالدوالي الغامضة أو الأساسية وقد يشاهد في السنة العاشرة من العمر ، ويترافق حدوث هذه الدوالي في الأطفال بالشذوذات الوعائية الولادية الأخرى مثل التحويلات أو التفاغرات الشريانية الوريدية ( تصوير الوريد Phlebography ) . أو أن تكون جزءاً من متلازمة كليبل ترينوني - Klippel Trenauny . ويكون السبب في هذه الدوالي ولادياً ، أو عائلياً في كثير من الحالات ، أو ضعف في النسيج الضام المجموعي ، وقد تتمثل بميل المريض للإصابة بكل من الفتق الأربي ، والقدم المسطحة ، والبواسير ، والقيلة الدوالية . وغالباً ما يوجد قصور بدئي مترقٍ مرافق في صمامات جذوع الأوردة و/أو في ناقلاتها ، بينما يندر غياب الصمامات الوريدية في هذا الداء . وتتضمن العوامل المسببة لهذه الدوالي البدئية كلاً من زيادة الضغط الوريدي بسبب المكتسبات التطورية لمشية المريض منتصب القامة ، ومن نقص فعالية عضلات الساق والقدم في المجتمع الغربي ( الأحذية ، الأرضيات الصلبة ، النشاطات بوضعية الوقوف ) ، والبدانة ، والإمساك ، والتأثيرات الهرمونية وجريان الدم ( مانعات الحمل الفموية ، الحمل ) ( راجع الشكل ٢٢ - ٢٤ ) .

*داء الدوالي الثانوية* **Secondary Varicosis** : ويظهر هذا الشكل من الدوالي بعد الخثارات أو التهاب الوريد الخثاري الذي يصيب أوردة الساق العميقة . ويزداد جريان الدم قوة بعد انسداد الأوردة العميقة ، كي يعود عن طريق الأوردة السطحية . وحتى عندما يحدث عودة للاستقناء في الأوردة العميقة ، فإن تخرب الصمامات يؤدي إلى منعكس مرضي ، وزيادة في حجم الدم وضغطه ولذلك يتدفق الدم عبر الأوردة الثاقبة باتجاه الجهاز الوعائي السطحي وبما أن هذه الأوردة السطحية ليس لها دعم خارجي ، فإن ارتفاع الضغط الوريدي فيها يؤدي إلى تمدد لمعتها ، وبذلك تتشكل الدوالي نتيجة هذا التمدد ، كما يحدث توسع في لمعة الوريد في قصور الصمامات الوريدية ، وهذا يخلق حلقة مفرغة تزيد من تأذي عودة الجريان الدموي . يعاني مثل هؤلاء المرضى والمصابون بالدوالي البدئية من التهاب الوريد الخثاري ومن الخثار أكثر من الأشخاص الأصحاء ، ويشيع لديهم حدوث الدوالي البدئية والثانوية معاً في آن واحد .

**الأعراض** : تغيب الأعراض الشخصانية في الدوالي البدئية غالباً ، وقد تسبب هذه الدوالي شعوراً بالثقل ، وفي المساء ،

ترافق بحس حرق ثاقب أو بآلام تشبه المغص في عضـلات ـربة .

**الإنذار** : يصاب كثير من الأشخاص بالدوالي البدئية ولعقود عـديدة دون أن تتطـور أو أن يظهـر لها عواقب ، وتصـنف حينئذٍ **كدوالي معاوضة أو كافية** . وإذا كان ثمة تراجع عفوي فإنه يحدث بعد الحمل فقط . وعلى أية حال ، يبقى احتمال ظهور القصور الوريدي المزمن وعواقبه ممكناً دائماً ، بينما تشيع المضاعفات في **الدوالي الثانوية** بشكل خاص .

## القصور الوريدي المزمن في الساقين وعواقبه
## Chronic Venous Insufficiency of the Legs and Its : Consequences

**التعريف** : تضم عبارة القصور الوريدي المزمن ( CVI ) جميع الحالات المرضيـة التي تنشـأ عن اضطرابات في عودة جريان الدم ، وفرط ضغط الدم الوريدي .

**الموجودات السـريرية** : تظهر الصـور السـريرية الجلدية أو الوريدية المختلفة تبعاً لشدة المرض .

*الدرجات السريرية* : تميز ثلاث درجات من شدة الإصابة في القصور الوريدي المزمن .

*القصـور الوريدي المـزمن من الدرجـة I ، الدوالي الوريديـة الإكليليـة ، التـاجية* : ويشـير هذا التعبير إلى توسع الوريد ( الدوالي المتشجـرة ) الذي يـترتب بشكـل نصف دائري في منطقـة حوالي الأخمص Paraplantar والكـاحـل ومنطقـة القوس الأخمصية . ولا يسبب هذا التوسع أية أعراض ، ولكنه تظاهرة باكرة هامة . كما يترافق بوذمة في الكاحل أيضاً وخاصة في المساء .

*القصور الوريدي المزمن من الدرجة II* : التبدلات الجلدية : وتتجـلى بفـرط تصبـغ ( فرفريـة الجـلد المغراني P. Jaune d'ocre ، الفرفرية الصفراء المغرانية ) ، ووذمة أسفل الساق ، وترسبات هيموزيديرينية ، مع حدوث دوالي إكليلية أو دونها . ويدل نقص التصبغ ، وتصـلب الجلد وتصـلب الشحم على الحدث الالتهابي السابق .

*القصور الوريدي المزمن من الدرجة III* : وفيها تحدث قرحة ساق وريدية شافية أو مزدهرة .

*الوذمة* : وهذه مظهر باكر للقصور الوريدي المزمن . وتحت تأثير كرب الحياة اليومية ، تظهر هذه الوذمة أولاً على الوجه الداخلي لأسفل الساق كوسادة تحت الكاحل ، كما تبدو أمام الظنبوب أيضـاً . ثم تحدث وذمة انطباعية في منطقة الكاحل كلها وعلى ظهر القدم وفي أقصى النـاحيـة الخارجيـة لأسفل الساق . وتكون هذه الوذمة نموذجية للوذمة عقب الخثاري ، وتظهر في باكورة النهار نسبياً ، وفي الصباح الباكر خاصة ، ثم تتراجع هذه الوذمة ليلاً بسبب تحسن جريان الدم الجابذ عندما تصبح الساق في وضعية أفقية . ومن الناحية الإمراضية ، يتدفق المصل عبر جدر الأوعية لأن ارتفاع الضغط داخل الوريد يحول دون النقـل الطبيعي عبره ، ويـترافق بـتراكم البروتينـات غير الفـيزيولوجيـة فيـه ، ومن ثم يحدث اضطراب في استقـلابها ( النزح النسجي عقب الخثاري ) .

*الفرفرية الصفراء المغرانية* *Ochre – Yellow Purpura* : ليست الفرفرية سـوى نتيجـة شـائعة جداً للقصور الوريدي المزمن ، حيث لا يؤدي ارتفاع ضغط الدم الوريدي إلى زيادة النضح المصلي فحسب بل يؤدي إلى انسلال الكريات الحمر أيضـاً . كما يؤدي تحطـم الكريات الحمر إلى ترسبـات من الهيموسيديرين في النسج الضامة الجلدية . وتحدث من الناحية السريرية بقع بنفسجية مزرقة أو بنية أو بنية مصفرة في منطقة الكـاحل وفي الثلـث القـاصي من السـاق ، وأخيراً تظهر فيها تغيرات لونية واسعة . وليس من غير المألوف أن يحرض هذا الالتهاب نشـاط الخلايا الملانية ، ولذلك يضاف فرط التصبغ المحدث بالملانين إلى هذه العلامات ( الملان Melanosis ) ، ( راجع الشكلين ٢٢ ـ ٢٥ و ٢٢ ـ ٢٦ ) .

*تصـلب الجلد الركودي* *Stasis Dermatosclerosis* : ينفذ النضـح والبروتينـات الشـاذة إلى نسج الجلد وتحت الجلد ، ويضـطـرب استقـلاب هذه البروتينـات أيضـاً ، وقد يحدث الالتهاب الجرثومي الحاد المعروف بالتهاب النسيجة تحت الجلد Hypodermitis ، الذي يتـظـاهـر سـريرياً بـألم واحمرار وارتشـاح ، ويصيب الناحية الأنسية للسـاق خاصة ، ويجب تفريق ذلك عن كل من الحمرة ، والتهاب الوريد الخثاري ، والحمـامى العقدة الناكسـة ، والتهاب الأوعية العقيدي ، وفي النهاية ، تظهر الأحداث الالتهابية التليفية المزمنة ( راجع الشكل ٢٢ ـ ٢٧ ) .

وتشكـل هذه الأحداث القـاعدة في تطور **تصـلب الجلد** الذي يرافقه تقفع ندبي في منطقة الكاحل وفي النصف القاصي من السـاق ، كما لو أن هذه المنطقة من الساق متضيقة ويجس فيها قسـاوة صخرية ( جسـوء أسفل السـاق ) أيضـاً ، وقد يبدي الجلد احمراراً التهابياً أيضـاً ، ولكنه يكون أبيض اللون ضارباً للصـفـرة ويرافقـه داء هيموسيدريني عادة . كما ينصهر الجلد المصقول مع الطبقات العميقة بإحكام ، ولا يمكن فصل هذا الجلد المصقول إلى طبقات ، وحيث تكون فوهات الجريبات فيه مسدودة ، بينما تترك الأوردة المتوسعة ما يشبه الميزابات في هذا التصلب .

*ثخن الجلد Packyderma* : تقود الأحداث الالتهابية المليفة والمزمنة إلى تسمك في الجلد الوذمي وتجلبه وتشأأله أيضاً ، وتسمى هذه الحالة **ثخن الجلد** ، وعلى هذا الأساس ، يظهر ورام حليمي يرافقه تكاثرات ثؤلولية الشكل سطحية تصيب الأباخس ، وقد تحدث حمرة راجعة أيضاً تنشأ في الشقوق بين الأصابع عادة . ولذلك ، فإن حدوث الفيل البلدي كنتيجة أخيرة لهذا الداء أمر ليس غير مألوف .

*التهاب الجلد الركودي* : لا يترك الالتهاب المزمن ، الذي يصيب الجلد وتحت الجلد ، البشرة سليمة دون أن يصيبها في منطقة الركودة الوريدية ، ولذلك غالباً ما تترافق الحمامى السطحية بآفات على سطح الجلد كالنز والتوسف والتجلب . ويشعر المريض بحساسية نحو اللمس وبحكة حارقة ، الأمر الذي يحدث صورة من الالتهاب تحت الحاد أو المزمن ، يطلق عليها عبارة التهاب الجلد الركودي أو الإكزيمة الركودية . ويصبح تخرب الجلد المعاود أكثر سهولة للتخريش بالسمية خارجية المنشأ ، وسهل التحسس بالأدوية الموضعية وذلك بسبب زيادة نفوذيته . ولذلك يفسر التهاب الجلد الركودي بأنه التهاب جلد سمي حاد أو تماسي أرجي أو إكزيمة سمية تراكمية حادة أو تماسية أرجية ، وغالباً ما يميل هذا الالتهاب لإحداث تفاعلات جلدية مبعثرة .

ولا يندر ظهور الإكزيمة الجرثومية النمية Nummular – microbial Eczema على شكل آفات محددة نازة ، ومرتشحة قليلاً ، وحمراء التهابية ، أو على شكل آفات وسوفها صدافية الشكل ( خطل التقرن الخمجي ) .

*التهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis* : تزداد خطورة الإصابة بالتهاب الوريد الخثاري والخثار الوريدي إذا ترافقت هذه الإصابة بالقصور الوريدي المزمن . وقد تكون هذه الإصابات حادة أو تأخذ سيراً مزمناً أيضاً ، كما يرافقها التهاب في محيط الوريد غالباً ، الذي قد يؤدي إلى تصلب الجلد . وقد تمت مناقشة التشخيص والمعالجة سابقاً .

## الضمور الأبيض الوريدي Venous Atrophie Blanche [ Milian 1929 ] :

*المرادفات* : الضمور الأبيض ، التهاب الشعيريات البيضاء ( الثانوي ) .

**الموجودات السريرية** : يحدث هذا الضمور كنتيجة للقصور الوريدي المزمن ، وتلتهب فيه الشرينات وتنسد أيضاً كما في التهاب الأوعية التزرقاني ( راجع نفس البحث في نفس الفصل ) . وغالباً ما يشير تعبير الأوردة الدوالية من الناحية الأدبية إلى هذه الآفات ، ويميز طوران لهذا الداء :

*الطور الالتهابي* : ويتجلى بآفات محددة حمراء اللون مزرقة ( التهاب الشعيريات ) .

*الطور الضموري* : أي الضمور الأبيض ، ويترافق بتقرحات مؤلمة جداً في بعض الأحيان .

وتظهر سريرياً بقع بيضاء اللون مصفرة ، ومدورة أو ذات شكل غريب وقا تنصهر هذه البقع في بؤرة وحيدة وتصيب منطقة محددة من الدحل مخروطية الشكل أو تبدو في القسم القاصي من الساق ، يكون الضمور الأبيض نموذجياً ، حيث تنخفض فيه البؤر وتصبح ساطعة ، ثم يحيط بها هامش مصطبغ ذو لون بني محمر غالباً .

وليس من غير الشائع أن تظهر قرحات سطحية صغيرة لا تلبث أن تتصل ببعضها حتى يصبح قدها حوالي ١ سم أو أكثر ، وتبدي هذه القرحات عدم انتظام في حوافها وشذوذاً في شكلها ، كما أنها تؤلم كثيراً وتعند على العلاج ، ( راجع الشكلين ٢٢ – ٢٨ و ٢٢ – ٢٩ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن التهاب الشعيريات السطحية والشرينات العميقة ، ويبدو فيه ارتشاح متغير بالعدلات وترسبات فيبرينية وخثرات صغيرة ، ثم يحدث تصلب البشرة وضمورها .

**المعالجة** : وتتضمن هذه المعالجة كلاً من العلاج المصلب للوريد المصاب ، وربط الأوردة الثاقبة القاصرة .

*المعالجة الجهازية* : يمكن إعطاء الهيبارين بجرعات منخفضة وقد تفيد عوامل جريان الدم في هذا الداء .

*المعالجة الموضعية* : تطبق الستيروئيدات لفترات طويلة ( ولكن يحذر من القرحة الستيروئيدية ) ، وتستعمل العصائب الضاغطة أيضاً .

## التهاب جلد النهايات الوعائي Acroangiodermatitis [ Mali, Kuiper, and Hamers 1965 ] :

*المرادفات* : غرن كابوزي الكاذب ، متلازمة كابوزي الكاذبة .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن يظهر القصور الوريدي المزمن في أسفل الساق والقدم على شكل لويحات وعائية ، واضحة الحدود ، ومرتفعة قليلاً ، وذات شكل شريطي أو غير منتظم ، وتبدو ذات مركز أحمر اللون ضارب للزرقة ، ويحيط بها منطقة هامشية مصطبغة بنية اللون أحياناً ، ( راجع الشكل ٢٢ – ٣٠ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يلاحظ في التشريح المرضي النسجي لهذا الداء ، تكون ورم شعيري ، وتليف ، وتسرب

كريات الحمر ، وترسبات هيموسيديرينية ، وارتشاح لمفاوي عمي في الأدمة ، بينما تكون البشرة فيه ذات شواك غالباً .

**التشخيص التفريقي** : إن آفات هذا الداء تشبه سريرياً ونسجياً عرن كابوزي ( ولذا سمي بكابوزي الكاذب ) ، غير أن الصورة النسجية فيه لا تبدي تكاثراً في الأوعية ، ولا تكشف عن نمط خلوية تشير إلى الخباثة الموجودة في داء كابوزي ، وكذلك يغيب السير المترقي في هذا الداء المترافق بظهور الأورام العقيدية وانتشارها .

**المعالجة** : وتشمل هذه المعالجة كلاً من علاج القصور الوريدي المزمن ، واستعمال العصائب الضاغطة ، وتطبيق الستيروئيدات موضعياً .

### قرحة الركودة الوريدية Venous Stasis Ulcer :

مرادفات : قرحة الساق .

**التعريف** : وهي قرحة في أسفل الساق تعزى إلى القصور الوريدي المزمن .

**الإمراض** : وتختلف العوامل التي تحدد منشأ قرحة الساق الوريدية في كل حالة . كما تنقص قدرة الجلد على الشفاء وقوته الدفاعية بشكل ملحوظ في منطقة الوذمة الشديدة ، أو في حالة تثخن الجلد وصلابته ، أو عند الإصابة بالإكزيمة . وتظهر هذه القرحة عقب الرضح حتى في الأذيات الآلية الصغيرة كالضغط ، والخدوش ، والاحتكاك . وتحدث قرحة إكثيمية يكثر فيها انثقابها نحو الخارج بسرعة عقب خمج تقيحي . ويترك التهاب الوريد الخثاري الثاقب باتجاه الخارج قرحة ساق وريدية ، كما تحدث القرحة عقب الخثاري بعد الخثارات كنتيجة للركودة والتليف والإقفار . وتظهر قرحات منتفخة Blow – out Ulcers فوق الأوردة الثاقبة القاصرة ، وفوق الأوردة الثاقبة خاصة . وأخيراً ، قد تظهر قرحات مؤلمة صغيرة جداً في الضمور الأبيض التقرحي ، ومن المشكوك فيه أن تؤدي الركودة وحدها لحدوث هذه القرحة دون عوامل إضافية ، إذ لا يحدث التقرح حتى في الوذمة الشديدة الكلوية أو القلبية أو اللمفية المنشأ . ومن الناحية الإمراضية ، يلعب تضيق الشرينات دوراً جزئياً في تشكل قرحة الساق في القصور الوريدي المزمن ، ويعزى هذا التضيق إلى الوذمة والتليف الالتهابي ، وإلى حدوث الاقفار الموضع في النسج الشريانية . وتبلغ نسبة قرحات الساق ذات المنشأ غير الوريدي حوالي ١٠ – ١٥٪ فقط من جميع قرحات الساق .

**الموجودات السريرية** : يميل هذا التقرح الركودي إلى التوضع في مناطق ذات الإصابة الأكثر شدة والتي تصيب أسفل الساق وخاصة في الوجه الباطن منها وفي ثلثها القاصي . وغالباً ما تتشكل قرحات عديدة ثم تتصل ببعضها فيكبر حجمها . أما شكلها فيتبدل بين مدور أو متطاول أو قوسي أو أنه يأخذ شكلاً غريباً . وقد تكون هذه القرحات كبيرة جداً ، وتحيط بأسفل الساق بكامله ، وتشبه الطماق « وهو ما يلبس فوق الحذاء في أسفل الساق » ( تدعى قرحة الطماق Gaiter Ulcer أيضاً ) ويغطي هذه القرحات قيح لزج ، وتبدي ميلاً لتشكيل نسيج حبيبي . وتكون حوافها واضحة تبدي القرحات القديمة حوافاً مدورة . وتختلف الأعراض الشخصانية من حالة إلى أخرى أيضاً ، فالقرحات الكبيرة غير مؤلمة غالباً ، بينما تكون القرحات الصغيرة مزعجة بشكل متواصل وخاصة في القرحات التي تتوضع قرب الكاحل أو أمام الظنبوب ( بسبب الألم السمحاقي ) وفي قرحات الضمور الأبيض ( بسبب الإقفار ) ، ( راجع الأشكال ٢٢ – ٣١ و ٢٢ – ٣٢ ، ٢٢ – ٣٣ ) .

**السير** : تستمر قرحات الساق أو القرحات الركودية لسنوات عدة وعقود دون أن تشفى ، وما لم يتم القضاء على سبب هذه القرحات ، فالعلاج الناجح يتبعه رجعة سريعة لهذا الداء .

**المضاعفات** : يعتبر حدوث الأخماج الجرثومية الإضافية ، وأخماج المبيضات البيض القاعدة في هذه القرحات ، ويؤدي التنجيج فيها إلى التهاب جلد متعطن وتآكلي أو إلى إكزيمة حول القرحة ، كما يؤدي إلى تحسيس الجلد بالمؤرجات التي تتواجد في الأدوية الطبية ، والتي تطبق موضعياً ولعدة سنوات غالباً . ويصاب حوالي ٦٠٪ – ٨٠٪ من مرضى قرحات الساق أو القرحات الركودية بالأرج التماسي الذي يأتي من تأثير العلاجات . ويعتبر كل من سواغ المراهم ( لانولين ، الكحول الشمعي الصوفي ) ، والصادات ، والسلفاميدات ( نيوميسين ) ، وبلسم البيرو ، ومضادات الجراثيم الإضافية ( كليوكينول Clioquinal ، كلوركينالدول Chlorquinaldol ) ، والمخدرات الموضعية ( بنزوكائين ) . وحافظات المراهم ( بارابين Paraben ، كاتون Kathon ) من المؤرجات الأكثر شيوعاً في هذا الداء . كما يظهر تأكزم حول القرحة على شكل آفات مبعثرة خلال العلاج . ويندر جداً وبنسبة ( ١ : ٥٠٠٠ ) حدوث سرطانة وسفية الخلايا ( قرحة مارجولين Marjolin Ulcer ) على القرحات الركودية ذات السير طويل الأمد .

**التشخيص التفريقي** : ومع أن ٨٥٪ – ٩٠٪ من جميع القرحات الركودية ذات منشأ وريدي ، غير أنه يجب أن نضع في الحسبان دائماً الأسباب الكثيرة والمتعددة لهذه القرحات ( انظر الجدول ٢٢ – ٨ ) . كما يشيع ترافقها مع اضطرابات الدوران الشرياني .

**لوحة ٢٢ ـ ٨ : أسباب قرحات الساق**

**قرحة الساق الوريدية** ( في القصور الوريدي المزمن CVI )
القرحة الركودية
عقب التهاب الوريد الخثاري
عقب الخثاري
عقب الرضوح
الضمور الأبيض
بعد الإكثيمة
**قرحة الساق الشريانية**
تصلب الشرايين
الالتهاب الوعائي الخثاري المسد
التهاب الشرايين العقد
التهاب الشرايين العقد الجلدي
الاعتلال الوعائي السكري
فرط ضغط الدم
المفاغرات الشريانية الوريدية
أمهات الدم
**قرحة الساق الرضحية**
الرضح ( الآلي ، الحروري ، الضيائي ، الكيميائي )
الأذيات المفتعلة
في الندبات الضمورية الجاسئة
**قرحة الساق الخمجية**
الإكثيمة
الفطارات العميقة
الصموغ ( إفرنجي ثالثي )
الجمرة الحميدة
الخناق
داء الليشمانيات
الذأب الشائع
الجذام

**قرحة الساق في الجلادات**
الحمامى الجاسئة لبازان
الشرث
التهاب الأوعية الأرجي
تصلب الجلد
الذأب الحمامي العميق
البلى الشحمي الفيزيولوجي
تقيح الجلد المواتي
**قرحة الساق عصبية المنشأ**
الآفات المستعرضة
التهاب سنجابية النخاع
آفة العصب المحيطي ( الرضح ، الجذام )

**قرحة الساق الورمية**
الورام الحليمي الجلدي السرطاوي
السرطانة قاعدية الخلايا
السرطانة وسفية الخلايا
الملانوم الخبيث
غرن كابوزي
اللمفوم الخبيث
**العيوب الوراثية**
فقر الدم المنجلي
متلازمة كلاين فلتر

## استقصاءات الوظيفة الوريدية Investigation of Venous Function :

*المعاينة والجس Inspection and Palpation* : تبرز أشكال مختلفة من الدوالي قبيحة المنظر لدى المريض المنتصب وقوفاً ، بينما يفسح الجس في المريض المستلقي المجال أمام الفاحص لتمييز كل من : التهاب الوريد الخثاري الذي يبدو على شكل حبال وريدية سطحية حارة ومؤلمة ، ونقاط الضغط في الخثار الوريدي ، ومدى تصلب الجلد ، والوذمة الانطباعية أيضاً .

ويكشف الفحص قصور الأوردة الثاقبة في توضعاتها البارزة لدى المريض الواقف ، ولذلك تدعى أيضاً الأوردة المنفوخة Blow – out . وتعتبر أوردة كوكيت Cockett الثلاثة في أسفل الساق ، ووريد بويد Boyd ، ومجموعة دود Dodd ، ووريد هنتر Hunter ، الأوردة الثاقبة الأكثر أهمية خلال مسير الوريد الصافن الكبير من أسفل الطرف السفلي إلى أعلاه بالترتيب . كما تكشف المعاينة الحالات السريرية المختلفة التي تعتبر الحصيلة النهائية للقصور الوريدي المزمن ، ( راجع الشكل ٢٢ ـ ٣٤ ) تفيد قياسات المقارنة للتفاصيل الشخصانية في متابعة مثل هذه الحالات . ويعتبر كل من قياس محيط الكاحل الأصغري ، وقياس محيط الربلة الأعظمي ، إجراءات ذات أهمية .

ويجب أن لا ينسى إجراء دراسات متزامنة للشرايين ولا سيما مراقبة النبض في القدم .

*القرع واختبارات السعال Percussion and Cough Tests* : تقرع الدوالي في المريض الواقف بلطف بأنامل إحدى اليدين ، بينما تجس أنامل اليد الأخرى الوريد في أقصاه ، فعندما يوجد قصور في الصمامات تنتشر موجة قاصية يتعوق انتشارها في القطعة الوريدية التي تقع بين اليدين . وفي اختبار السعال ، يجس الوريد الفخذي ، ومن ثم تجس موجة ضغط أثناء السعال

حتى منصاب بقصور صمام الموصل ، ويكون هذا الاختبار يجبياً حتى في دوالي الفخذ الصغيرة .

اختبار بيرث *Perthe's Test* : تطبّق العاصبة أسفل ركبة المريض الواقف ، ويطلب منه المشي سريعاً ، فإذا انفرغت الدوالي المتضخمة والمتوترة أسفل العاصبة ، تكون صمامات الأوردة الثاقبة ذات كفاية وظيفية . وتكون الأوردة العميقة غير مسدودة .

اختبار *تريندلنبيرغ الأول* *Trendelenburg Test I* : يرفع المريض المستلقي إحدى ساقيه ، وتفرغ دوالي المصاب باللمس من قاصيها إلى دانيها . ثم تطبق العاصبة على الفخذ ، ويطلب من المريض الانتصاب وقوفاً . فإذا امتلأت هذه الدوالي ثانية أسفل العاصبة في غضون ١٥ ثانية ، فيوجد إذن قصور في الأوردة الثاقبة .

اختبار *تريندلنبيرغ الثاني* : في بداية هذا الاختبار ، يقف المريض بعد تفريغ دواليه ، ثم تطبق العاصبة ، فإذا أزيلت العاصبة تدفق الدم سريعاً في الدوالي من الناحية الدانية فيوجد إذن قصور في الصمام الأكبر من الوريد الصافن الكبير . ويمكن أن يجس التوسع في منطقة الوصل الموافقة للوريد الصافن الكبير لدى المريض الواقف وركبته منثنية .

اختبار *ماهورنر – أوخسنر* *Mahorner – Ochsner* : تطبق عدة عاصبات على ساق المريض الواقف ، وفي مستويات مختلفة ، وتحرك هذه العاصبات من الناحية القاصية إلى الناحية الدانية ، ويشير عودة امتلاء الدوالي السريع من جديد بين ربطتين إلى قصور الأوردة الثاقبة الموافقة في ذات المنطقة .

*تصوير دوبلر الصوتي* *Doppler Sonography* : لقد تم وصف الاختبارات السريرية في الأعلى وهي تعطي معلومات قيمة ، وقد حل محلها الآن تصوير دوبلر الصوتي على نطاق واسع . وتستطيع هذه الآلية فائقة الصوت اللا غازية أن تكشف عن اتجاه جريان الدم في الأوردة السطحية والعميقة . ويمكن فيها تمييز الانسدادات الوريدية وانغلاقاتها وقصور الصمامات فيها ، والنواسير الشريانية الوريدية أيضاً . وتزود هذه الآلية بإثبات يعول عليه عود جريان الدم الذي يعزى إلى الصمام الموصلي في الوريد الصافن الكبير عندما يجهد المريض نفسه ، كما يحدث في مناورة فالسالفا **Valsalva** .

*تخطيط جريان الدم الانعكاسي الضوئي* *Light Reflection Rheography* : قد تعطي هذه الطريقة معلومات هامة عن النزح الوريدي خلال الفاعلية العضلية أو بعد العلاج ، كما يمكنها أن تظهر تحسن الوظيفة الوريدية بعد انضغاط القطع الوريدية القاصرة والعابرة ولذا يعتبر هذا التخطيط ذو أهمية تشخيصية .

*تصوير الأوردة* *Phlebography* : وتسمح هذه الطريقة التشخيصية المؤكدة بإظهار الأوردة شعاعياً بعد حقن وسط متباين . ويعتبر كل من الشك بالخثار الوريدي ، ومعالجة الدوالي الجراحية من استطباباتها الخاصة . ويكشف هذا النوع من التصوير عن مسار الأوردة السطحية والعميقة والثاقبة وصماماتها ، وخثراتها وانسداداتها ، وعودة الاستقناء فيها ، والروادف في دورانها ، وانضغاطاتها الخارجية .

*الآليات التشخيصية الإضافية* : في بعض الحالات الخاصة قد تدعو الحاجة إلى إجراء مقياس القوة العضلية الوريدية ، وتخطيط التحجم ، وإجراء قياس حجم القدم ، واختبار الفيبرينوجين الشعاعي في الخثار ، والتخطيط الحراري ، والتصوير الضوئي بالأشعة تحت الحمراء .

## المعالجة في القصور الوريدي المزمن :

وتهدف المعالجة إلى تصحيح الاضطراب في عود الجريان الدموي الوريدي ، ويتألف هذا العلاج من التخلص من قصور الدوالي والأوردة المتوسعة بالعصائب الضاغطة عادة ، ومن العلاج المصلب ، و/أو الاستئصال الجراحي ، أو استبدال الصمامات .

### العصائب الضاغطة Compression Bandaging :

**المبادىء** : تحدث العصائب الضاغطة ضغطاً موزوناً على النسج والأوردة ، وتهدف إلى الاتقاء من الوذمة وعلاجها ، وإعادة جريان الدم الوريدي في الدوالي والقصور الوريدي إلى طبيعتها ، ويقي تسارع التدفق الدموي من تشكل الخثرات ، ويجعلها ترتبط بجدر الأوعية فتعضى ، وبذلك تتآضل خطورة حدوث الانصمام . وتتضمن الشروط المسبقة في تطبيق هذه العصائب كلاً من طريقة العصائب القوسية ، وتعاون المريض الفاعل ولا سيما تفعيل المضخة العضلية أثناء المشي ، وإن فاعلية العضلات وحدها يمكنها أن تعزز العود الوريدي ، وتأثيرات الضغط في الجهاز الوريدي ، ولذلك فهي توفر راحة سريعة في مريض الركودة ، وينبغي الاحتراس أثناء تطبيق مثل هذه العصائب على مرضى فرط ضغط الدم وقصور القلب بسبب غزارة تدفق الدم .

**أنماط العصائب** : قد تكون هذه العصائب الضاغطة صلبة أو مرنة أو مزيج من كليهما ، ويمكن أن يطبقها الطبيب أو المساعدات المدربات كعصائب دائمة لمدة أسبوع في كل مرة عادة ، أو يطبقها المريض بنفسه يومياً . ويعتبر تطبيق الطريقة الصحيحة لهذه العصائب أساسياً في هذا العلاج .

*العصائب الصلبة* ***Rigid Bandages*** : وينصح بهذه العصائب في علاج الخثارات خاصة . ويعتبر ترافق هذه الخثارات بكل من المرض الشرياني المسد من الدرجة II – IV ، والتهاب الجلد المتعطن ، والتهاب الوريد الخثاري الإنتاني . وقرحات الساق الكبيرة والمحموجة مضاد استطباب في تطبيق هذه العصائب . كما تستعمل العصائب الجاهزة والمرطبة بمعجونة الزنك ( عرضها ٦ – ٨ سم ) . ويمكن تطبيق عصائب معجونة الزنك بتغطية أسفل الساق بمعجونة الزنك المسخنة في حمام مائي تصل درجة حرارته إلى ٤٠° مئوية وباستعمال فرشاة ناعمة ، ثم يغطى الطرف بالشاش القاسي أو بعصائب من الموسلين **Muslin** يبلغ عرضها ٦ – ١٠ سم . ترتبط هذه العصائب ومعجونة الزنك إلى الجلد بثبات . ويجب أن يطبقها الطبيب نفسه فقط ، وعندما تتراجع الوذمة ، تصبح هذه العصائب أكثر رخاوة ، ولهذا يجب أن يعاد تطبيقها ثانية في المراحل الباكرة .

*العصائب المرنة* ***Elastic Bandages*** : وتستعمل هذه العصائب يومياً للاتقاء من جميع انماط القصور الوريدي المزمن ومعالجتها ، وترفع ليلاً عادة ، ثم يعيد المريض تطبيقها بنفسه ثانية في صباح اليوم التالي وقبل نهوضه من السرير ، ويعطى المريض التعليمات المناسبة عن استعمالها ، وتستعمل العصائب النسيجية المرنة كالعصائب النسيجية ذات الألياف المطاطية أو التركيبية ، ولكنه يندر جداً استعمال العصائب المطاطية اللاصقة أو المطاطية الرغوية .

*التعصيب* ***Bandaging*** : لقد وصفت طرق مختلفة عديدة تستعمل العصائب النسيجية التي يبلغ عرضها بين ٨ – ١٠ سم أو العصائب النسيجية المطاطية في تعصيب أسفل الساق ، ويبدأ بعصابة عرضها أضيق أو بعصابة نسيجية مرنة والتي تُقوى بعديدات الأميد .

تُدعم ساق المريض الجالس بوضع ضرة قدمه على حافة الكرسي أو على مسند القدمين ، بينما يُثنى مفصل الركبة والكاحل بزوايا قائمة ، ويبدأ التعصيب في مقدم القدم وخلف قاعدة الأباخس ، وتلف القدم دوماً من الجانب الداخلي إلى الجانب الخارجي بحيث ترتفع قوس القدم . تدور اللفة الأولى حول مقدم القدم ، ثم تدور اللفة الثانية حول الكعب الوحشي فمنتصف العقب ، بينما تدور اللفة الثالثة فوق ظهر القدم إلى الكعب الوحشي ، ويجب أن تربط هذه اللفات الثلاث الوثيقة الشد كامل القدم ومنطقة الكاحل ، ثم يتابع التعصيب تدريجياً حتى الحفرة المأبضية وبشدة أقل وبشكل منتظم ، بينما تطبق العصابة الثانية من الأسفل وباتجاه معاكس لاتجاه العصابة الأولى ، ويجب أن تغطى أية فسحات من الجلد أو أي من تورماته حتى تصل العصابة أسفل الركبة تماماً .

*العصابة البلاستيكية الداعمة للمشي* ***Plastic Walking Support Bandage*** : أثبتت العصائب المركبة ، المرنة من الباطن والصلبة من الخارج ، فائدتها المميزة في القرحات الركودية الوريدية . يتألف قسمها الباطن من عصابة ضاغطة مرنة وصفت سابقاً ، توضع رفادات مطاطية رغوية فوق مناطق الوذمة والقرحة التي تلون ببنفسجية الجانسيان ٠,٥٪ عادة ، وتدعم العصابة السابقة بطبقة سيللوزية ناعمة ثم تلف عصابة صلبة من النشا فوق هذه العصابة المرنة من مقدم القدم وحتى الركبة تشكل العصابة الصلبة المطلية بمادة النشا دعماً يحدد التمطط الخارجي لهذه العصابة المرنة ، وبالتالي يزداد فعل الضخ العضلي بشكل ملحوظ . وتطبق هذه العصائب على فترات تتراوح عدة أيام في البداية ، ثم يمكن تركها من ١ – ٣ أسابيع أخيراً .

**الجوارب الضاغطة Compression Stockings** : ويجب أن توصف هذه الجوارب بعد تفريغ الركودة بالعصائب الضاغطة ، وعلى أية حال ، تتحدد تأثيرات هذه الجوارب لأن الضغط بهذه الطريقة لا يمكن تنظيمه بالشكل الذي يتم عليه الأمر بطريقة التعصيب اليومي . والأمر الآخر هو أن الأشخاص المسنين لا يستطيعون ارتداءها ، ويجب أن تصنع الجوارب الضاغطة من مادة مرنة طولانياً وعرضانياً ، ولكنها تحتوي على خيوط مطاطية عادة ( الجوارب المطاطية ) . وتتوفر بقياسات جاهزة أو أنها تصنّع حسب الطلب . وتؤخذ المقاسات من الساق غير المتورمة ، هذا وإن طول الساق ومحيطها موجودتان في جداول قياس بيانية .

وتقسم هذه الجوارب إلى أربعة أصناف :

*الصنف الأول I* : ويستعمل للاتقاء عندما يوجد أهبة بسيطة للإصابة بالركودة في التهاب الدوالي البسيطة ، وفي الحمل .

*الصنف الثاني II* : وينصح بها في الانسداد الوريدي ، عند وجود التأهب للإصابة بوذمة ، وبعد التهاب الوريد الخثاري ، وفي القرحة الوريدية .

*الصنف الثالث III* : وتوصف في حالات الركودة الشديدة ، والإجهاد الفيزيائي الواضح ، وفي المتلازمة عقب الخثاري .

*الصنف الرابع IV* : وينصح بها في الوذمة اللمفية ( الفيل ) .

وتوصف هذه الجوارب الضاغطة لأسفل الساق عادة ، وينصح بالجوارب الأكثر طولاً أو بالسراويل الداخلية القصيرة **Pontyhose** المصنعة من مادة مضغوطة في حالات الركودة الفخذية الأكثر شدة فقط . وعلى أية حال . توجد صعوبة نسبية في ارتداء هذه الجوارب . وقد تضيق على الحفرة المأبضية

شكل مزعج أثناء الجلوس . وبالطبع ، تنزلق هذه الجوارب إذا لم يكن محيط الربلة الأعظمي أكبر بواقع ٢ سم من نهاية الربلة السفلية ، ويجب أن يصل مرتكز هذه الجوارب إلى أعلى الفخذ ، وتثبت بواسطة شيالات . كما يجب استبدال هذه الجوارب كل ٦ – ٩ شهور .

ولا يكفي ارتداء الجوارب الداعمة Support Stockings في القصور الوريدي الحقيقي ، إلا أنها تؤمن نصيباً معيناً من الراحة لدى الأصحاء الذين يتطلب عملهم الوقوف كثيراً ، وينصح بجوارب الاتقاء من الخثار للمرضى الذين سيلزمون الفراش لفترة مؤقتة بعد عمل جراحي ، لأن هذه الجوارب قد صممت للمرضى الذين تتطلب حالتهم الاستلقاء ولكنها لا تفيد المرضى الذين يتجولون .

## المعالجة المصلبة والمعالجة الجراحية في الدوالي Sclerotherapy and Surgical Treatment of Varices :

يمكن لكل من المعالجة المصلّبة والمعالجة الجراحية أن تخلص المريض من الدوالي ومن قصور الأوردة بشكل دائم ، ولا ينظر إليها كبدائل في العلاج ، فلكل منها استطباباته ، ومضاد استطبابه ، وفوائده ، ومساوئه ، وينصح بتشاركهما معاً في بعض الأحيان ، كربط الوريد الصافن الكبير في مصبه على الوريد الفخذي ، واستئصال جذع الدوالي الرئيسي في الفخذ ، ثم يتبع ذلك المعالجة المصلبة للأوردة المتعرجة والشبكية في أسفل الساق ، ولذلك كان من الضروري ، بالنسبة لكل حالة على حدة ، اختيار العلاج المناسب من كل من المعالجة بالتعصيب الانضغاطي والمعالجة المصلبة والمعالجة الجراحية ( انظر الجدول ٢٢ – ٩ ) . ولما كان العلاج لا يقي من حدوث التهاب الدوالي إلى حد بعيد ، لذا يحتمل رجعة هذه الدوالي التي عولجت بأي من العلاجات المختلفة وفي أي وقت ، وتكمن فوائد هذه الجراحات في إمكانية استئصال الأوردة حتى في جذوعها الكبيرة خلال فترة وجيزة ، وبنجاح دائم إذا أجريت في استطباباتها الصحيحة ، كما لا توجد خطورة الأرج من المواد المصلبة أو الانسمام بها ، وإليك فوائد المعالجة المصلّبة :

- إمكانية إجرائها لدى المرضى الخارجيين .
- لا تمنع المريض من ممارسته لعمله .
- إمكانية إجراء هذه العمليات في أي وقت يشاؤه المريض .
- ليس ثمة خطورة لا من العمل الجراحي ولا من البنج .
- لا ينجم عنها ندبات .

ويرتبط النجاح في علاج الدوالي بالتخلص من جريان الدم الوريدي المرضي .

### المعالجة المصلبة Sclerotherapy :

**المبادىء** : تحقن المادة المصلبة داخل الأوعية بشكل بؤري – وفي الارتشاح حول الأوعية في حالات خاصة – ، فيحدث التهاب وريد خثاري سطحي غير مؤلم موضع ومفتعل ، ثم يتلوه انسداد فيه وتصلب في ذات المنطقة ، وتضم المواد المخربة المستعملة كلاً من المنظفات من نوع بوليدوكانول Polidocanol ٠,٥٪ – ٣٪ وتيتراديسيل سولفيت الصوديوم Sodium Tetradecylsulfate ١٪ – ٥٪ ، والمحلول الملحي مفرط التوتر ٢٠٪ ، واليود المخرب Aggressive Iodine ، ويوديد الصوديوم ٢٪ – ٤٪ وهما من المواد الكيميائية .

يؤدي الحقن إلى تخرب بطاني محدد ينحصر في بطانة الأوعية المتوسعة والمصابة والحساسة ، بينما تبقى جدر الأوعية السليمة غير حساسة نسبياً ، وتتشكل الخثرة الجدارية وتصبح ثابتة خلال ٢٤ ساعة ، ثم تتعضى خلال ٢ – ٤ أسابيع بالأرومات الليفية التي تنمو في داخلها . ويمكن عودة الاستقناء بوساطة هذه الخثرات الصنعية أحياناً ، ويكثر احتمال حدوث ذلك في الأوردة الأكبر .

*الاستطبابات Indications* : يعتبر كل من الدوالي بفروعها الجانبية ، والدوالي الشبكية ، والمتعرجة جداً ، والعقيدية ، والوحيدة ذات المقاس المتوسط والصغير ، والمتشجرة ، استطبابات مناسبة جداً للمعالجة المصلبة . بينما تعتبر الجراحة الخيار الحقيقي الوحيد عادة في دوالي الجذع الرئيسي ، وفي قصور الوريد الثاقب الشديد .

**الجدول ٢٢ – ٩ : استطبابات المعالجة الجراحية والمعالجة المصلبة في الدوالي ( حسب تصنيف ستيمر Stemmer )**

| | |
|---|---|
| دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية اختبار تريندلنبيرغ<br>دوالي الأوردة الصافنة الصغيرة والكبيرة | معالجة جراحية |
| دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية اختبار السعال فقط<br>دوالي الوريد الصافن الكبير مع قصور الوريد الثاقب<br>دوالي الوريد الصافن الكبير مع إيجابية تخطيط دوبلر الرنان فقط | معالجة جراحية أو معالجة مصلبة |
| دوالي متشجرة<br>دوالي معزولة<br>دوالي شبكية ، دوالي الفرع الجانبي | معالجة مصلبة |

ويحدث تخريب الأوردة المتشجرة علاجاً تجميلياً . على أية حال ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن العلاج يحمل تحسناً كبيراً في عودة التدفق الوريدي في الساق ، ويقي من العقابيل الشديدة في القصور الوريدي المزمن ، ولا سيما التهاب الوريد الخثاري ، والخثار ، والانصمام ، والقرحة الركودية .

*مضـــادات الاستـطبـــاب ( مـوانع الاستـعـمـــال )* ***Contraindications*** : يجب قبل هذه المعالجة ، أن تدرس وظيفة الأوردة العميقة في الساق . وينبغي أن لا تجرى هذه المعالجة إذا تبين أن الدوالي متخربة أو مخثورة بسبب التضيق الشديد الذي يعيق عودة الجريان الوريدي . وتشمل مضادات الاستطباب الدائمة الأخرى كلاً من أمراض الشرايين المسدة ، والقصور القلبي أو الكبدي أو الكلوي ، والأورام ، والدنف ، وطريحي الفراش ، وكبر السن . بينما تضم مضادات الاستطباب العابرة الأخرى كلاً من داء الخثار الوريدي الحالي أو خلال الشهور الستة السابقة ، والتهاب الوريد الخثاري الحاد أو الكامن ، وجميع الاضطرابات المجموعية الحمّية أو الالتهابية بما فيها الرشوحات أو الاضطرابات الأرجية أو الحالات الفيزيائية السيئة ، أو تبدلات المناخ خلال السفر ، ويجب أن لا تجرى هذه المعالجة المصلبة في وجود التهاب الجلد أو القرحة الركودية المخموجة . ومن ناحية أخرى ، تعتبر القرحة الركودية النظيفة أو الضمور الأبيض التقرحي منسب **Index** للقرحة الدوالية ، وينبغي تخربها دون تردد ، لأن هذا التخريب غالباً ما يكون ذا تأثيرات حسنة على معدل الشفاء ، ولا يعتبر الحيض ، أو مانعات الحمل الفموية ، أو الحمل مضادات استطباب لهذه المعالجة . وعلى أية حال ، لا ينصح بعضهم بها أثناء الحمل ، لأنه قد يحدث تراجع عفوي في الدوالي الحملية في وقت لاحق ، وإذا كان لا يوجد مضاد استطباب آخر ، فيمكن تخربها خلال المعالجة بمضادات التخثر دون تغيير في الدواء . وينصح بها بعد ثلاثة أسابيع من التمنيعات الفعالة .

*الطريقة* : لا تتألف المعالجة المصلبة من سلسلة عفوية من الزرقات داخل الأوردة المرئية ، ولكنها تتبع في الواقع هدفاً محدداً . وتحدث النتائج الأفضل ، عندما يتم وضع خطة العمل بعد الاستقصاءات التمهيدية ، ثم يتابع العلاج حتى النهاية .

يبدأ الطبيب الخبير بهذه المعالجة في المناطق المتصالبة من الأوردة ( الموصل بين الوريد الصافن الكبير والوريد الفخذي ) ، حيث يقل الانسداد فيها من التمدد الزائد في الجذع الوريدي الرئيسي ، كما يحدث تماماً في انسداد أي من الأوردة الثاقبة .

ثم تُصلب الجذوع الوريدية والفروع الجانبية فيها ، والدوالي المعزولة ، والشبكية ، والمتشجرة . وقد نعمد إلى تغيير خط المعالجة المصلبة في حالات فردية ، لذا تُصلب في البداية أحيانا كل من الأوردة الثاقبة المعزولة أو منسب الدوالي في القرحة الركودية وردية اللون .

*طرق الحقن* : يطهر الجلد بكحول درجته ٧٠٪ ، ويقف المريض أو يدلي ساقه : ولا تستعمل العاصبة في هذه الطريقة ثم يتم وخز الوريد المتوسع بإبرة مائلة قصيرة وثخينة ( رقم ١ ـ ٢ ) في زواياه القائمة ، أو يوخز قطب الدوالي السفلية أو الدوالي العقيدية إذا أمكن ذلك . ويشير تدفق الدم من الوريد إلى وعاء موضوع تحته إلى سلامة مكان الدخول . ثم يجلس المريض أو يستلقي في كرسي الفحص ( أو الكرسي المائل ) ويرفع ساقه إلى أعلى من المستوى الأفقي بقليل . وتحقن المادة المصلبة في الوريد بزراقة ناعمة الفعل ، وبسرعة ليست كبيرة بغية الحصول على تماس أفضل لهذه المادة مع جدار الوريد توضع أنامل اليد الخالية على ذروة الإبرة ، لذا يمكن أن يكشف أي حقن حول الوريد مباشرة . وينجز بعض المعالجين الوخز والحقن الوريدي في وضعية الاستلقاء فقط .

*كميات الحقن* : تحقن في البداية ، كمية صغيرة ( ٠,٥ مل ) من التراكيز الدنيا للمادة المصلبة ، كي نحصل على دلالة للأهبة الخاصة نحو التفاعل . وبعد ذلك ، على وجه التحديد تستعمل جرعات أكبر حسب مقاس الوريد مثلاً ٠,٥ ـ ١ ( ـ٢ ) مل من البولي دوكانول **Polidocanol** وبتركيز ٢٪ ـ ٣٪ . ويمكن أن يعالج وريد كبير أو اثنان أو عدة أوردة صغيرة خلال فترة واحدة ، يضغط مكان الوخز بماسحة من الموسلين ، وتزال الإبرة أيضاً ، ثم تطبق عصابة انضغاطية بعرض ١٠ سم على الأقل ، فوق التفاعل المتوقع ، وإذا أنجزت عدة حقن في جلسة واحدة ، يطبق الانضغاط على الأوردة من القاصية إلى الدانية ، بدثار أو بعصابة لاصقة .

*طريقة حصر الهواء* ***Air Block Technique*** : يحقن حوالي ٠,٥٪ مل من الهواء قبل حقن المادة المخربة ، أو يرج الهواء في الزراقة مع هذه المادة المخربة حتى يصبح رغوياً ثم يحقن بعد ذلك . وهذا يزيد من تماس هذ المادة المخربة بجدار الوريد ويحدد كمية المادة المطلوبة ، وعلى أية حال ، ما زالت فوائد هذه الطريقة موضع جدل .

*تصـــليب الدوالي المتشجـرة* ***Sclerosing of Arborizing Varices*** : يمكن الحصول على نتائج جيدة بالحقن داخل الوريد

إبرة دقيقة جداً ومن خلال الجلد المتمدد ، حيث تكفي حقنة واحدة من البولي دوكانول ٠,٥٪ – ١٪ لسطح تتراوح مساحته بين ١ – ٢ سم² ، ويمكن إجراء حتى عشرين حقنة في الجلسة الواحدة ، وهذا لا يتطلب انضغاطاً عقب هذا الحقن ، وعلى أية حال ، ولكي يتم تخريب مثل هذه الدوالي ، يتم اللجوء إلى إحداث ارتشاح حول الأوعية بحقن ٠,١ – ٠,٣ مل من البولي دوكانول الذي يبلغ تركيزه ٠,٥٪ ، داخل الجلد بشكل تام . وقد تظهر نخرات صغيرة أو فرط تصبغ كتفاعلات غير مرغوبة ، ويجب أن يحذر المريض مسبقاً من هذه التفاعلات .

*متابعة المريض* : يجب أن يمشي المريض نصف ساعة على الأقل بعد إجراء الحقن وبعد تطبيق العصائب الانضغاطية مباشرة ، وإذا أصيب المريض بانزعاج ، يجب عليه ألا يزيل هذه العصابة أو يستلقي بل ينبغي متابعة المشي . ويخطر بأن هذه الأعراض من نخز ، وألم حاد وشعور بالثقل في الساق ، إنما تنجم عن التهاب الوريد الخثاري البسيط والمرغوب ، والذي يبدأ بعد ٦ – ١٠ ساعات من الحقن ، ويدوم بين ١٠ – ٢٠ ساعة ، وقد يعني ذلك الحاجة إلى مزيد من طيات الضماد وإضافة عصابة مطاطية أقوى . ثم تزال هذه العصابة الانضغاطية بعد ٣ – ٥ أيام من الحقن . ثم يتابع العمل بنفس الأسلوب بفاصل أسبوع على الأقل . وينبغي الاستمرار بوضع التعصيب الانضغاطي لعدة أسابيع ابتداءً من الجلسة الأخيرة .

**المضاعفات *Complications* :**

*المضاعفات المباشرة* : يندر جداً حدوث الصدمة التأقانية والتفاعلات الشروية ويجب أن تكون الإجراءات الآمنة جاهزة لمواجهة هذه الصدمة دائماً , وقد يشاهد الفاحص في المريض الحساس أو ناقص الضغط أحياناً – حتى قبل الحقن أحياناً – وهطاً قيامياً ، ويعالج هذا الوهط بسهولة باستلقاء المريض .

قد تجرى الزرقات حول الدوالي تحت الجلد بالعوامل المصلبة غير المؤلمة ، ويجب أن تُرْشح المنطقة ثانية بالمصل الملحي الفيزيزلوجي لتمديد العامل المصلب ، وينصح أيضاً بحقن الهيالورونيداز ، ومحاليل الستيروئيدات المائية ، والكزيلوكائين وحده دون أن يوجد معه ايبي نفرين . ويمكن تجنب حقن المادة المصلبة داخل الشريان ، إذا أُستعملت الطريقة الصحيحة . وتكون خطورة الحقن أعظم في المنطقة الأُربية والحفرة المأبضية وخلف الكعب الأنسي . يجب أن نستهل العلاج بالدخول إلى الوحدة الوعائية مباشرة والمعالجة بحالات الفيبرين لتجنب المضاعفات الخطيرة .

*المضاعفات الآجلة Late Complications* : يتحسن الالتهاب الموضعي المفرط بالتعصيب الانضغاطي المحكم والمشي . ويمكن أن يعطى الاندوميتاسين أو الساليسيلات أو الستيروئيدات في حالات استثنائية ، كما يتراجع الورم الدموي ( الدميوم ) في منطقة الحقن عفوياً . وتظهر الجلطات الدموية داخل الأوعية أحياناً . يمكن عصرها بعد إجراء شق وخزي تحت التخدير الموضعي وبعد ١ – ٣ أسابيع من المعالجة المصلبة . ويجب حماية أي نخر في منطقة الإصابة من الأخماج الثانوية بالمعالجة الموضعية . ولكن يجب أن لا تهمل العصابة المعتدلة الضغط أو المشي بغية المحافظة على تدفق الدم في الأوردة العميقة ، وتدعو الحاجة إلى الإنضار الجراحي في النخرات الواسعة . يندر جداً حدوث الخثار الوريدي العميق غير المراقب بعد المعالجة ، في الاستطبابات الصحيحة ، وطريقة التصليب الجيدة . وإذا حدثت هذه الإصابة ، يصبح من الضروري اتخاذ الترتيبات الكاملة في علاج هذا الخثار الوريدي في الساق أحياناً . يستمر فرط التصبغ التالي للالتهاب فوق الوريد المتخرب لفترة طويلة من الزمن .

**المعالجة الجراحية Surgical Treatment :**

*الاستطبابات* : قد يستطب الإجراء الجراحي في كل من الدوالي الجذعية في الصافن الصغير والكبير ، وقصور ثقبة الصمام الوريدي ، وقصور الأوردة الثاقبة .

*مضادات الاستطباب* : يجب تجنب الإجراء الجراحي في التهابات الأوردة الحاد ( التهاب الوريد الخثاري الحديث ، الخثار الوريدي ) أو في التهابات الجلد ( التهاب الجلد أو إكزيمة ، دمال ) أو قرحات الساق أو الداء الشرياني المسد . وتضم مضادات الاستطباب العامة كلاً من تقدم العمر ، أو الحمل ، والاضطرابات القلبية الوعائية الشديدة ، أو الأورام المضنية أو الاضطرابات الاستقلابية الشديدة .

*الطريقة* : تستخرج الأوردة بالأدوات من خلال شقوق جراحية صغرى ممكنة في الجلد ، ولذلك تدعى « طريقة النزع Stripping » لمكتشفها Babcock ، وتهدف هذه الطريقة إلى استئصال كامل للأوردة الدوالية المتوسعة ، والتخلص من الصمامات الدانية والأوردة الثاقبة القاصرة ، وتكون النتائج المزوقة والوظيفية لهذه الطريقة جيدة ، وفي النهاية ، يمكن للفروع الجانبية والدوالي الشبكية والمتشجرة أن تتصلب . وينصح بالربط الوريدي بعد شق الجلد في قصور الأوردة الثاقبة الشديد ( المنفوخ Blow Out ) . ولقد أثبتت عملية تطعيم أوردة الساق بقطع من أوردة الساعدين وصماماتها نجاحها في بعض المرضى حديثاً .

## معالجة قرحة الركودة الوريدية Treatment of Venous Stasis Ulcer :

*المعالجة بالانضغاط Compression Treatment* :

يجب أن تترافق معالجة القرحات موضعياً بمعالجة القصور الوريدي دائماً في سبيل الحصول على تحسن سريع في عودة تدفق الدم الوريدي وعلى شفاء غير راجع . لذا يجب أن تطبق هذه العصائب الانضغاطية حالما تدخل حالة القرحة والجلد في الحسبان . ويمكن استعمال عصابة بران Brann الداعمة للمشي أيضاً ، والتي هي ذات نتائج مُرضية بشكل خاص حتى في القرحات الموجودة ، وتؤدي إلى شفاء سريع وملحوظ غالباً حتى في قرحة الأوردة الكبيرة المزمنة . ويجب أن تُتبع المعالجة المصلبة أو الجراحية في الدوالي للمرضى اليافعين . هذا ، ولا تنفع المعالجة بالانضغاط في القرحات التي تترافق بالمرض الشرياني المسد ، حيث يكون الإنذار فيها غير حسن .

*المعالجة الموضعية* : وتعتمد هذه المعالجة على حجم القرحة وحالتها ، لذا يسمح بدرجة محددة من الاصطفائية . ويعاني ٨٠٪ من مرضى القرحات من الأرج الدوائي التماسي ، وتجرى سلسلة من الاختبارات البقعية البدئية في جميع الحالات . وبناءً على ذلك ، يجب تجنب أي مستأرج ، معروف أو متوقع ، في معالجة هذه القرحات . وبشكل أساسي ، يجب أن يستهل علاج هذه القرحات بالإجراءات الهامة التالية .

*تنظيف قاعدة القرحة* : تتم إزالة النسج النخرية الواسعة آلياً بمجرفة حادة ، ثم تطبق المستحضرات الإنظيمية حالّات البروتين ( حالّات الكلاجين ، حالّات الفيبرين ) .

*التخلص من الأخماج الجرثومية والفطرية الثانوية* : ينصح بتمييز المتعضيات ، وتحديد الأدوية التي تقاوميا ، وتتضمن الطرق المقبولة دهن الإصابة بمحلول نترات الفضة $AgNO_3$ ( ٢٪ - ٥٪ ) ، والأصبغة كبنفسجية الجانسيان ( ٠,٥٪ مائي ) ، والخضرة اللامعة ( ١٪ مائي ) ، ومرهم البيتادين ، ومحاليل الصادات ، ورهيات ومراهم من ( التراسكلين - جنتاميسين - مه بيروسين Mupirocin - نيستاتين - والأمفوتريسين ب ) ، ويفيد كثيراً إجراء الحمامات اليومية للساق في محاليل كليوكينول Clioquinal أو برمنغات البوتاسيوم الممدد جداً مع منظفات إضافية . كما يفيد فيها تطبيق رفادات مرطبة بمحلول كليوكينول Clioquinal ( ١ : ١٠٠٠ ) أو نترات الفضة ( ١ : ١٠٠ ، ١ : ١٠٠٠ ) .

*تحريض الجروح على التحبب* : وتضم عوامل ذات سمعة طويلة العمر ، فالمرهم الأسود يحتوي على نترات الفضة دون بلسم البيرو . وينصح باستعمال كل من محلول كلور الصوديوم مفرط المقوية ، أو محلول غلوكوزي ، أو بودرة غلوكوزية ، أو قصب السكر ، أو الدكستران ، وينصح بتطبيق ضمادات شريطية من هيدرات غروانية Hydrocolloid . ويمكن أن يستعمل المعالجة المغلقة على فترات لمدة يوم إلى يومين لتنظيف القرحة وتحريض التحبب فيها ، وهنا تغطى المنطقة المجاورة بمعجونة الزنك ، ويذر في القرحة بودرة معدلة ، وتترك بلا دواء أو تملأ بالدم الناجم عن كشط حواف القرحة ، ثم تغطى بملاءة عاتمة أو مصنوعة من هيدرات غروانية أو تعصب .

يمكن تطبيق رهيم ستيروئيدي على القرحة ولفترة وجيزة من الوقت تحت ضماد كتيم أو دون ضماد ، وذلك في التفاعلات المؤلمة والالتهابية الشديدة وخاصة في الضمور الأبيض المتقرح . ويمكن مَسّ التحبب بقلم من نترات الفضة في الجروح الواسعة أو يطبق عليه مرهم ستيروئيدي أو رهيم منه لبضعة أيام .

*التحريض على التظهرن* : يحدث التظهرن عفوياً في القرحة النظيفة ذات التحبب الجيد ، وإن تطبيق الرفادات المرطبة بالمصل الملحي الفيزيولوجي ( نصف يوم ) ومرهم بانتينول مفيد في هذه المرحلة ، وتبدأ هجرة الخلايا الظهارانية بعد تجريف حواف القرحة وبزلها .

*معالجة محيط القرحة* : غالباً ما تعالج إكزيمة الساق التي ترافق القرحة وفق طرق معالجة الجلد المعيارية ، وبالاعتماد على حدة الإصابة والصورة السريرية ، تستعمل أيضاً رفادات مرطبة بالمصل الملحي الفيزيولوجي أو بالمحاليل المضادة للجراثيم ، أو الصباغات ( بنفسجية الجانسيان ، الخضرة اللامعة كل منهما في محلول مائي ٠,٥٪ ) ، أو دهون الزنك ، أو معجونة الزنك ، أو معجونة الزنك اللينة ، ومن المحتمل أن تضاف مادة كليوكينول ٠,٥٪ إلى هذه العلاجات . وتطبق رهيات ستيروئيدية وبتراكيز حذرة ومن المحتمل أن يدعم العلاج بالصادات أيضاً ، ويعتبر تجنب المؤرجات التماسية من الأمور الأساسية . وأثناء تماثل الجلد للشفاء يجب ستره بمعجونة لا تتعطن من جراء نزح القرحة وبحيث لا تتفاقم أي تحسيس بالتماس .

*المعالجة الجهازية* : يجب أن ينقص المصاب من وزنه ، وأن يتلقى الأدوية القلبية في قصور القلب الكامن فقط . ويتناول المدرات في الوذمات الشديدة ، وينصح بتناول الاسبيرين للوقاية من حدوث الخثار ، وتستعمل العلاجات المضادة للتخثر وحالات الخثرة في استطباباتها المناسبة . وقد يفيد تناول مضادات

لالتهاب غير الستيروئيدية مثل الاندوميتاسين في التفاعلات لالتهابية الشديدة .

*معالجة الجراحية* : شفاء قرحة الركودة بشكل ملحوظ بتغطيتها بشريحة من الجلد أو بطعوم شبكية أو طعوم دائرية صغيرة ، وقبل هذا الإجراء يجب أن تكون قاعدة الجرح غير مخموجة وذات تحببات حديثة ، وقد تراجع الالتهاب والوذمة والنظام الوريدي فيها ، وبعد شفاء هذه القرحة ، ينصح بالمعالجة المصلبة أو الجراحية لهذه الدوالي .

*الإجراءات في الجراحة العظمية* :
وتساهم هذه الإجراءات في تحسين الأعراض حيث تترافق أعراض الدوالي المتعددة بقدم مسطحة أو بقدم روحاء غالباً .

# الفصل الثالث والعشرون

# الاضطرابات النزفية

# Hemorrhagic Disorders

**د . محمد نزار الدقر**

تتصف الاضطرابات النزفية بالنزف سواء كان داخل الأنسجة أو خارجها . واعتماداً على القصة والمظاهر السريرية والموجودات المخبرية يمكن تمييز إحدى الآليات الثلاث المسببة لاضطرابات النزف .

١ – *اضطرابات الصفيحات* : هناك اضطرابات كمية في الصفيحات ، وعيوب كيفية في الصفيحات ، والنزف يمكن أن ينجم عن نقص في عدد الصفيحات أو عن اضطرابات في وظائفها .

٢ – *اضطرابات التخثر ( الكيفية والكمّية )* : كما يمكن للنزف أن ينجم عن عوز أو عيوب وظيفية في عوامل التخثر أو عن وجود مواد مصلية مثبطة للتخثر أو منشطة لحل الفيبرين Fibrinolysis .

٣ – *شذوذات الأوعية* : وهي تعتمد على وجود اضطراب أخلّ بسلامة الأوعية الدموية أو ناجم عن زيادة نفوذيتها على الرغم من وجود إرقاء سويّ .

هذه الكينونات الثلاث : الصفيحات ، عوامل التخثر ، وجدر الأوعية الدموية تؤلف جملة الإرقاء . وإن أي اضطراب في أحد هذه المكونات الثلاثة منفرداً يمكن أن يؤدي إلى اضطراب في النزف ، مع أن وجود أكثر من اضطراب هو الأكثر شيوعاً . ويستطيع الطبيب عادة أن يشخص الاضطراب النزفي بما يملك من موجودات سريرية أو شكليائية لوحدها أو من التقييم السريري والفحوص المخبرية معاً .

*والفرفرية* هي طفحية ناجمة عن نزف في الجلد أو الأغشية المخاطية وينجم عن نقص في عدد الصفيحات الدموية مترافق باضطرابات في جدر الأوعية . والشكل الخاص الصغير منها هي الحبرات Petechiae وفيها يتم تسرب دم بسيط ، وتشبه عضة برغوث يتراوح قدّها بين ١ – ٥ ملم وهي حمراء فاتحة أو داكنة تظهر على الأجزاء المتدلّية من الجسم . وهي سهلة الكشف ولا تبيض إذ ضُغط عليها بِملْوَق Spatula زجاجي ( معاينة بالشفوفية ) . ويحدث تسرب الدم أيضاً في الأغشية المخاطية ، ولذلك يمكن أن نشاهد نزفاً من الأنف ( رعاف ) أو الفم أو القناة المعدية – المعوية والتناسلية البولية .

والتسرب الدموي الكبير والكدمات أكثر دلالة على اضطراب التخثر ، وهنا لا يحدث نزف حبري . وإن اضطرابات التخثر يمكن أن تحدث في أي مكان من الجسم وهي غالباً غير متناظرة ويمكن أن تحدث على الجلد والأغشية المخاطية ( أو كنزف داخل المفاصل كما في الناعور Hemophiliacs ) .

وفي اضطرابات التخثر إجمالاً يجب أن تؤخذ العوامل التالية بعين الاعتبار :

– *القصة العائلية* : وجود مورثة صاغرة مرتبطة بالجنس في الناعور ، مرض أوسلر ، نزف الكلية أو الأنف العائلي ، مرض فون هيبل – ليندو Von Hippel – Lindau وغيرها .

– *العمر الذي تبدو فيه الآفة* : فالناعور الوخيم ( الوبيل ) Hemophilia Gravis يظهر منذ الولادة ، وفرفرية نقص الصفيحات الأساسي ( ذاتي المناعة ) تظهر في أيّ عمر ، ومرض أوسلر يظهر خاصة عند البالغين .

– *القصة المهنية وعمل المريض* : الانسمام بالبنزن Benzene المترافق بقلة الصفيحات .

– *القصة الدوائية* : تؤدي بعض الأدوية إلى قلة الصفيحات واضطرابات في وظيفتها .

– *سرعة التثفل* : وتكون مرتفعة جداً في فرفرية فرط الغلوبولينات الدموية وفي وجود الغلوبولين الكِبْري في الدم لوالدنستروم .

– *الغلوبولينات القرّية* : ظاهرة النزف في الأجزاء النهائية أو الباردة أو الأجزاء القاصية من البدن ( الأذن ، الأصابع ، الأباخس ، مقدم الأنف في الطقس البارد ) .

– *الكبد* : في أمراض الكبد المزمنة ( تشمع الكبد ) مع نقص في مستويات عوامل التخثر II ، V ، VII ، IX ، X أو نقص في الفيتامين ك ناجم عن خلل في الامتصاص كما في اليرقان الانسدادي أو عقب العلاج بالضّادات .

– *الطحال* : لا يوجد عادة ضخامة طحال في نقص المصورات الأساسي ، وفي حالة وجود ضخامة فهذا ناجم عن الإنتان السابق الذي قد يكون الزناد الذي أطلق الإصابة .

– *الأمراض الخمجية* : إن الصدمة السُمية بسبب الذيفان الداخلي الذي تطلقه سلبيات الغرام يمكن أن تؤدي إلى تخثر داخل الأوعية منتثر .

– *الأمراض الرثوانية* : مرض شونلاين – هينوخ أو التهاب الأوعية الأرجي .

هذا وتترافق التغيرات في التخثر وحل الفيبرين مع عدد كبير

من متلازمات سريرية ويؤدي إلى استهلاك عوامل التخثر وإلى نزف غير طبيعي وأذيات في بطانة الشعريات الدقيقة ، وإلى تكون خثرات دقيقة من الفيبرين والصفيحات . ويحدث نتيجة انسداد الأوعية الدقيقة بواسطة الصفيحات والفيبرين نخر نسجي وقصور العضو المصاب . ويرجع إلى ذلك أيضاً اعتلال تخثر ( Lasch ١٩٦٨ ) كما في :

- *التخثر داخل الأوعية المنتشر* DIC ( Mckay : ١٩٦٥ ) : ويستخدم كمصطلح عالمي لوصف هذه العملية المعقدة .

- *متلازمة إزالة الفيبرين Defibrination* : عبارة مختارة لوصف حدوث قلة الصفيحات ونقص فيبرين الدم وارتفاع سوية حل الفيبرين، وهي متلازمة أكثر ما يصادفها اختصاصيوا النسائية والتوليد ( مثال : صمّامة السائل الأمينوسي ) .

- *تخثر داخل الأوعية مع حلّ الفيبرين* ICF ( Bowie و Owen : ١٩٧٤ ) .

## اضطرابات النزف المتعلقة بالصفيحات Platelet – Related Hemorrhagic Disorders :

**التعريف** : اضطرابات نزفية ناجمة عن نقص واضح في عدد الصفيحات ( قلة الصفيحات ) أو عن اضطراب كيفي في الصفيحات . ففي اضطرابات تكاثر النقي ( مثلاً : كثرة الصفيحات الأساسي ) فإن إنتاج الصفيحات الذاتي غالباً ما يترافق مع خلل وظيفي في عمل الصفيحات يقود إلى النزف أو إلى مضاعفات انصمامية .

**الحدوث** : غير شائع نسبياً .

**السببيات** : الأسباب متعددة وتتضمن آفات نقي العظام البدئية وأخماجاً وآليات محدثة دوائية - أرجية .

### قلة الصفيحات Thrombocytopenia :

**السببيات** : يمكن أن تكون وراثية أو مكتسبة وتشمل :

- نقص في إنتاج الصفيحات أو انتاج صفيحات غير فعالة .

- زيادة في تحطم الصفيحات أو استهلاكها ( قصر زمن بقيا الصفيحات ) .

- اضطرابات توزيع الصفيحات ( ضخامة الطحال ، جميعة طحالية ) أو تمدد الدم ( تالية لنقل الكريات الحمر أو نقل البلازما الطازجة المجمدة ) .

**الموجودات السريرية** : نمط النزف عادة متشابه في كل حادثات قلة الصفيحات . والمظهر الرئيسي هو نزوف صغيرة أو حبرات Petechiae تتوضع عادة على الأقسام القاصية من السطوح الانبساطية للساقين . وفي الأشكال الحادة لقلة الصفيحات يحدث نزف سطحي على شكل كدمات ecchymosis . ولا ينحصر النزف في الجلد وإنما يظهر أيضاً في الأغشية المخاطية على شكل رعاف ونزف لثة وبيلة دموية خفية أو واضحة ، وتغوط زفتي ونزف طمثي ورحمي ، وتطول مدة النزف عادة بعد الأذيات الصغيرة . وإلى جانب النزوف في الجلد والأغشية المخاطية ، هناك نزوف في الأعضاء الداخلية على شكل حبرات ، منها نزوف في الشبكية وفي الدماغ . وتتراوح أعراض نزف الدماغ من اضطراب في الوعي وحتى السبات . ويؤدي نزف عضلة القلب إلى لانظمية فيه يترافق مع إيجابية في اختبار رامبل - ليد (Rumple – Leede) .

**الموجودات المخبرية** : نقص عدد الصفيحات وتطاول زمن النزف . باقي فحوص التخثر سويّة .

### قلة الصفيحات الوراثي Hereditary Thrombocytopenia : متلازمة ويسكوت - ألدريش[ Wiskott : ١٩٣٧ ، Aldrich و Steinberg و Camphell : ١٩٥٤ ]

*المرادفات* : متلازمة ألدريش ، قلة الصفيحات العائلي المترافق بإكزيمة وتأهب للأخماج .

**التعريف** : ثالوث عرضي يتألف من قلة الصفيحات ، آفات إكزيمية جلدية وزيادة التأهب للأخماج ناجمة عن عيوب مناعية .

**الحدوث** : اضطراب نادر ووراثي صاغر مرتبط بالصبغي X عند ذكور حديثي الولادة ، تظهر الآفة عند الولادة .

**الإمراض** : العيب الرئيسي هو إنتاج صفيحات غير فعالة بالإضافة إلى نقص في عدد الصفيحات إلى النصف وكذلك بالنسبة لزمن بقياها . ( راجع الشكل ٢٣ - ١ ) .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن تحدث الأعراض مع الولادة حيث تظهر فرفرية حبرية ناعمة ، أو تغوط دموي ، أو نزف في الحبل السرّي ، أو نزف دماغي كلوي . ويظهر عند الذكور ويتظاهر عندهم بنزوف في الطفولة يتبعها لاحقاً ظهور الإكزيمة وزيادة التأهب للأخماج بالجراثيم والحمات الراشحة والفطور ( التهاب أذن وسطى قيحي ، خراجات متعددة ، دمامل ، ثآليل ، مليساء معدية ، حلأ بسيط ) . وغالباً ما تقود إلى إنتان دموي . والإناث الحاملات للداء يظهرن نقصاً في تعداد الصفيحات .

**السير** : الإنذار سيء ، ويموت معظم المرضى أثناء طفولتهم بسبب الاختلاطات الناجمة عن النزف أو عن الأخماج . أما الناجون وحتى سن اليفع فهم مؤهبون للخباثة ( لمفوم خبيث ، أورام دماغية ) .

**التشخيص** : ويعتمد على المظاهر السريرية وقلة الصفيحات ، وينقص التركيز المصلي للغلوبلين IgM عادة بينما يكون تركيز الغلوبلين IgA و IgG سوياً . ويكون عدد الخلايا البائية وتوزعها في الحدود السويّة بينما يكون عدد الخلايا التائية ناقصاً .

**المعالجة** : ثلاثية مؤلفة من الستيروئيدات القشرية والصادات وموقفات نمو الحمات يمكن أن تستبدل بالغلوبولينات المناعية .

### فقر دم فانكوني : (١٩٢٧) : Fanconi's Anemia

وهو فقر دم لا مُصنِّع بنيوي ، نادر نسبياً يظهر في العقد الأول من الحياة . ويتصف باضطراب في نقي العظام مع لاخلوية أو نقص في الخلايا المكونة للدم ينتج عنها قلة كريات شامل ( فقر دم ، فقدان العدلات وقلة في الصفيحات ) . يمكن أن تترافق مع شذوذات خلقية متعددة مثل نقص تنسج الكلية والطحال ، شذوذات عظمية وزيغ الصبغيات . وعلى الأغلب توجد قصة عائلية ، وإذا نجا المريض من اختلاطات الداء فهناك خطر كبير من حدوث ابيضاض دم حاد .

### قلة الصفيحات المكتسب Aquired Thrombocytopenia :

اضطرابات في إنتاج الصفيحات يمكن أن تكون نتيجة نقص معدل الإنتاج أو نتيجة نضج معيب .

### عيب الإنتاج :

ويحدث عندما يوجد نقص في الخلايا المكونة للصفيحات أو نقص في عدد النواء ( قلة الصفيحات بعدم وجود نواء ) . ونقص النواء هذا ناجم عن نقص تكاثر نقي العظام الثانوي الناجم عن أذية في النقي ، وشذوذات النقي الداخلية ، أو استبدال النقي . وقد ينجم نقص إنتاج الصفيحات عن :

– تناول الأدوية ( مثل سامّات الخلايا المستخدمة في المعالجة الكيمياوية للسرطان ، وأملاح الذهب ، والسولفوناميد ، والإيتانول ) . وإن تثبيط النواء الاصطفائي يمكن أن يلي تناول الملفلان ، أو التيازيد ، أو الغول ، أو الإستروجينات ، أو تعرض نقي العظام للإشعاع .

– نقص شامل في إنتاج كل خلايا النقي ( فقر دم لا تنسجي حاد ) .

– استبدال أو ارتشاح النقي ( سرطانة نقيلية ، ابيضاض دم ، لمفوم خبيث ) وتتضمن تليف النقي ( سحاف النقي Myelophthisis ) .

– عوز مكتسب في عامل الخلايا المكونة للصفيحات .

### عيب النضج :

يترافق عيب النضج من نقص الفيتامين ب١٢ وحمض الفوليك ، واضطرابات في تكاثر النقي ( بعض أنواع من كثرة الحمر الحقيقية ، ابيضاض نقوي حاد ، تليف نقي العظام ، تصلب النقي والعظم ، متلازمة خلل تنسج النقي ، بيلة الخضاب الليلية الانتيابية ) . ويحتوي نقي العظام في هذه الاضطرابات على عدد طبيعي من النواء لكن الخلايا المكونة للصفيحات تكون غير فعّالة .

### قلة الصفيحات النوائي : Megakaryocytic Thrombocytopenia

لا يوجد اضطراب في إنتاج الصفيحات في هذه الآفة ، لكن معدل الانقلاب زائد بشكل نوعي وناجم عن تسارع التخريب ، واضطرابات في التوزع ، أو التخفيف Dilution . وعلى العموم فإن نضج الصفيحات يتم بشكل سويّ في نقي العظام ، لكن عدد الصفيحات وحجمها ، أو الصيغة الصبغية للنواء ، يمكن أن تتغير نتيجة للتحريض الناجم عن قلة الصفيحات بسبب استهلاكها ، أو بسبب التوشيظ Sequestration : ( أ ) زيادة معدل تكوين النواء من الخلايا السليفة . ( ب ) تحريض التثنية الداخلية Endoreduplication بحيث يزيد في كمية الهيولى المنتجة للصفيحات في كل نواءة (جـ) زيادة معدل نضج الهيولى وتحرر الصفيحات . وقد تبين أن عدد النواءات وحجمها وصيغتها الصبغية مُنظم بشكل مستقل . كما أن الكتلة الهيولية للنواء ترتبط بشكل مباشر مع انقلاب كتلة الصفيحات .

**الجدول ٢٣ ـ ١** : تسارع تخرب الصفيحات

---

**مناعي** :

*أضداد ذاتية Autoantibodies*

– فرفرية نقص الصفيحات الأساسية ITP
– ذأب حمامي مجموعي
– فقر دم انحلالي
– ابيضاض لمفاوي مزمن CLL

*أضداد غيرية Alloantibodies*

– التنافر الجنيني ـ الوالدي
– تالي لنقل الدم

**لا مناعي :**
*أذيات تنجم عن :*
ـ الأخماج
ـ صمامات القلب البديلة

*لاستهلاك :*
ـ التخثر داخل الأوعية المنتثر DIC
ـ فرفرية قلة الصفيحات الخثارية TIP

*ضياع بواسطة النزف*

---

*تسارع تخريب الصفيحات ( أو الاستهلاك ) :* هو سبب شائع لقلة الصفيحات . وينقص زمن البُقْيا (Survival time) بشكل ملحوظ ( السوي ١٠ أيام في حين يصل هنا إلى يوم واحد ) ويكون انقلاب كتلة الصفيحات زائد بشكل خاص . وأكثر الأسباب شيوعا هي : تأذي الصفيحات المتواسطة بالأضداد الذاتية ، وزيادة استهلاك الصفيحات في التخثر داخل الأوعية المنتثر DIC ، وتأذي الصفيحات الناجمة عن الأخماج . أما قلة الصفيحات المتواسطة بالأضداد فإنه قد يكون ناجماً عن : ( أ ) أضداد ذاتية في الابيضاض اللمفاوي المزمن ، أو الذأب الحمامي المجموعي ، أو فرفرية قلة الصفيحات الخثارية ، أو مترافقة مع فقر دم انحلالي مناعي ذاتي ( مثال : متلازمة ايفانس Evans ) . ( ب ) أضداد غيرية متشاركة مع الحمل أو بسبب نقل الدم . ( جـ ) أضداد متوافقة مع إعطاء سابق لبعض الأدوية كالصادات ، والكينا القلوانية ، والمركنات ، ومضادات الاختلاج ، والديجوكسين وميتيل دوبا .

### فرفرية قلة الصفيحات الأساسية ( مناعية أو مناعية ذاتية ) ITP

**: (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura)**

*ملاحظة تاريخية :* تعد عبارة المرض النزفي البقعي لورلوف ( Werlhof : ١٧٣٥ ) عبارة قديمة .

**التعريف :** تأهب مكتسب للنزف بقلة الصفيحات ، مع نزف في الجلد والأغشية المخاطية . ولها شكلان مميزان : حادٌ ومزمن ، وهي تنجم عن آلية مناعية أو مناعية ذاتية .

**الحدوث :** واسعة الانتشار وخاصة في اليفعان ( ٤٥٪ من المرضى بعمر أقل من ١٥ سنة ) . لا يوجد اختلاف في الجنس في النمط الحاد ( العابر ) . أما في الشكل المزمن فإن نسبة إصابة النساء للرجال هي ٣ : ١ وهي أكثر شيوعاً في اليفعان والكهول في متوسط العمر .

**السببيات والإمراض :** أضداد الصفيحات موجودة في المصل . وإن نقل المصل من مرضى مصابين يسبب نقص صفيحات عابر ، والفرفرية العابرة عند متلقي نقل صفيحات يمكن أن يحدث عند الأطفال من أم مصابة إذ يفترض مرور عامل مضاد للصفيحات عبر المشيمة . وفي الزجاج يصعب إظهار أضداد الصفيحات عند المصابين لأن الأضداد لا تثبت المتممة . وهناك زيادة في امتصاص الغلوبلين IgM من قبل الصفيحات السويّة المحتضنة مع مصل لمرضى مصابين بفرفرية قلة الصفيحات الأساسية . ويقصر زمن بُقيا الصفيحات بوضوح إلى دقائق أو ساعات .

**الموجودات السريرية :** المظهر الرئيسي هو فرفرية على الأطراف والجزء العلوي من الصدر والعنق يترافق أحياناً بنزف في الأغشية المخاطية ، لا يوجد اعتلال في العقد اللمفية ويكون الطحال غير محسوساً في ٩٠٪ من الحالات والحمى غير شائعة ، ( راجع الشكل ٢٣ ـ ٢ ) .

*الشكل الحاد :* تشاهد في أي سن لكنها أكثر حدوثاً عند الأطفال بين السنة ٢ ـ ٦ من العمر . وفي أكثر من ٨٠٪ من الحالات يتقدم الآفة خمج حُمَوي مثل النزلة الوافدة ، أو الحصبة ، أو الحماق . وعندما يكون عرضياً فهو يتظاهر عادة بظهور مفاجىء لحبرات ، وفرفرية ، ورعاف ، ونزف معدي ـ معوي أو بولي ـ تناسلي مع بيلة دموية أو تغوط أسود . يبدأ عادة بعد ١ ـ ٦ أسابيع من ظهور أعراض المرض الحُمَوي نفسه . وفي بعض الحالات يحدث نزف مرافق في الملتحمة ، أما النزف داخل القحف فهو نادر . وبشكل عام لا يوجد ضخامة طحال إلا أنه قد يظهر طحال محسوس كعرض مستقل للخمج الحموي السابق . إنذار الشكل الحاد ممتاز . وأكثر من ٨٠٪ من المرضى يشفون خلال ستة أشهر دون معالجة ، النكس بعد الشفاء نادر ، والوفاة تحصل في ١ ـ ٢٪ من الحالات .

*الشكل المزمن :* يعتبر المرض مزمناً إذا استمر النزف لستة أشهر أو أكثر . ويفشل أكثر من ٩٠٪ من الكهول المصابين في السيطرة على الهجوع التلقائي لآفتهم ، وبالعكس فإن ١٠٪ فقط من الأطفال تتطور الإصابة عندهم إلى الشكل المزمن أو الناكس . وتتصف الآفة بنزف حبري جلدي يشبه عضة البرغوث يتوضع بشكل خاص على الأطراف السفلى ، وقد تصاب الأغشية المخاطية ، وإن أية أذية في الجلد مهما كانت صغيرة ( غرزة دبوس ، قَرص ، ضغط ) يؤدي إلى تسرب دموي غزير .

**التشخيص :** تعتبر الموجودات المخبرية التالية نموذجية :

ـ نقص عدد الصفيحات في الدم المحيطي .

ـ تطاول زمن النزف بالنسبة إلى درجة قلة الخلايا .

– فحص نقي العظام : عدد النواء سوياً أو زائداً ولكن بأشكال سوية ، تشاهد أحياناً سليفات النواء ( مع انحراف لليسار ) .

– وجود أضداد الصفيحات .

– تناقص زمن بُقيا الصفيحات : – إيجابية اختبار رامبل – ليد واختبار الوخز والضغط .

– بالإضافة إلى إمكانية مصادفة صفيحات لا نموذجية كبيرة أحياناً .

**التشخيص التفريقي** : هناك درجة ملحوظة من ضخامة الطحال ، وحمى ، وفقر دم غير متناسب ، أو زيادة معدل سرعة التثفل ، كل هذا قد يوحي بتشخيص آخر غير فرفرية قلة الصفيحات الأساسية ، مثل : الذأب الحمامي المجموعي ، وابيضاض الدم ، وفقر دم لا تنسجي ، وفرفرية قلة الصفيحات الخثارية . ومن المهم نفي قلة الصفيحات المحدث بالأدوية بالاعتماد على التحسيس ( لأن التمييز بينهما غير ممكن ) .

**المعالجة** : في معظم الحالات الحادة لا نحتاج إلى معالجة . أما في الحالات المزمنة فيجب أن نأخذ بعين الاعتبار الأمور التالية :

– إعطاء الفاميتيل بردنيزولون ( ٢ ملغ/كغ من وزن الجسم ) إذا كان تعداد الصفيحات أقل من ٢٠ – ٣٠ ألفا/ml .

– استئصال الطحال غير المستجيب .

– علاج مثبط للمناعة ( أزاتيوبرين ، سيكلوفوسفاميد ) .

– لا تنقل الصفيحات إلا في حالة النزف المهدد للحياة .

– تعطى الغلوبولينات المناعية في حالات استثنائية ( ٠,٤ ملغ/كغ من وزن الجسم ) .

– سيكلوسبورين آ ( علاج ما يزال تحت التجربة ) .

– دانازول ( نسبة الفشل قريبة من ٨٠٪ ) .

### فرفرية قلة الصفيحات الخثارية

### Thrombotic Thrombocytopenia Purpura :

*المرادفات :* فقر دم انحلالي باعتلال الأوعية الصغيرة ، متلازمة موسكو وفتيز (١٩٢٤) ، اعتلال الأوعية الصغيرة الخثاري .

**التعريف** : داء حُمَّوي حاد ، نادر ، مميت في ٣٠٪ من الحالات ، يتميز بفرفرية قلة الصفيحات مترافق مع فقر دم انحلالي وأعراض عصبية .

**الحدوث** : نادر ، وغالباً ما يصيب صغار الكهول .

**المسببات والإمراض** : معقدة وغير مفهومة حتى الآن ، والموجودات الرئيسية هي آفات بطانية مع صمات صفيحية في الدوران الشعري . ولقد تمت مناقشة تأثيرات الأمراض الخمجية والأدوية ( مثل : سيكلوسبورين آ ، ميتوميسين ) المسببة لتخريب البطانة . هناك آفات بطانية وتغيرات في الطبقة تحت البطانة للشرينات ( ترسب مادة شبيهة بالهيالين ) مترافقة مع زيادة انحلال الدم ، واضطراب في تركيب البروستاسيكلين $PGI_2$ و/أو تحررها بواسطة البطانة ، ونقص في محرضة البروستاسيكلين و حلة البروستاسيكلين الجوالة .

**الموجودات السريرية والمخبرية** : هناك خماسي مدرسي من الموجودات السريرية والمخبرية يتكون من :

(١) قلة صفيحات .
(٢) اضطرابات عصبية .
(٣) فقر دم انحلالي ( اعتلال الأوعية الصغيرة ) .
(٤) اضطراب كلوي .
(٥) حُمى .

أما ضخامة الطحال فهي ممكنة لكنها غير نموذجية . وتظهر فرفرية قلة الصفيحات ، تقريباً وبشكل ملفت للنظر ، على كل الجسم متضمنة الجلد والأغشية المخاطية . والعرض المسيطر هو سلبية فقر الدم الانحلالي لكومبس يترافق مع تشدف الكريات الحمر . أما القيم التي تظهرها اختبارات تخثر الدم فتبقى ضمن الحدود السويّة .

**المعالجة** : إعطاء المصورة الطازجة المجمدة ، فصل المصورة واستبدالها بمصورة طازجة مجمدة . الأدوية المضادة للصفيحات ( $PGI_2$ ، الأسبرين ، دي بيريداول ) . ويبلغ معدل الهجوع حوالي ٧٠٪ .

### اضطرابات التوزع أو التخفيف

### Disorders of Distribution or Dilution :

إن اضطراب التوزيع قد يكون سبباً في قلة الصفيحات . وفي ضخامة الطحال الكتلية فإن أكثر من ٨٠٪ من الصفيحات الجوالة يمكن أن تتمركز في الطحال . وحيث أن الجُميعة plooing لوحدها لا تؤدي عادة إلى قلة صفيحات حاد فإن استئصال الطحال نادراً ما يستطب عند هؤلاء المرضى .

إن معالجة فقر الدم الشديد بنقل كمية كبيرة من الدم المحفوظ يخفف عدد الصفيحات بشكل مترقٍ . وتفسر هذه الظاهرة بكون الدم المحفوظ محتوياً على صفيحات معطوبة الحيوية ، وأن التعويض بزيادة إنتاج الصفيحات الداخلي المنشأ لا يتم بشكل حاد . وإن قلة الصفيحات لا تنتج عن ضياع الدم بذاته في غياب نقل الدم .

### قلة الصفيحات الكاذب
**: Pseudothrombocytopenia**

هي خداع مخبري يعود إلى استخدام مضادات التخثر ( EDTA ، سيترات ، هيبارين ) في عدِّ الصفيحات ويؤدي تكدس الصفيحات المتشكل في الزجاج إلى نقص كاذب في عدد الصفيحات . والدليل على أن قلة الصفيحات كاذب هو عدم وجود نزوف لدى الفحص السريري ، ويبدي فحص لطاخة الدم تكدس الصفيحات وتغيرات في تعداد الصفيحات حين إجراء تعدادها الآلي .

## كثرة الصفيحات
**: Thrombocythemia and Thrombocytosis**

**التعريف** : زيادة في عدد الصفيحات عن تعدادها الطبيعي ( الطبيعي ٤٠٠,٠٠٠/مل ) حيث يزيد عددها عن ١,٠٠٠,٠٠٠/مل . وهناك شكلان لكثرة الصفيحات : أساسي ومكتسب ، ويمكن أن يرافقها آفات مستبطنة .

**الأمراض** : كثرة الصفيحات التفاعلية يمكن أن تكون ناجمة عن نقص الحديد ، والآفات الالتهابية ، والأفات الخبيثة ، واستئصال الطحال ، والأدوية ، وإعادة التوزيع .. إلخ . كما تحدث كثرة الصفيحات أيضاً في اضطرابات تكاثر النقي ( كثرة الصفيحات الأساسي ، كثرة الحمر الحقيقية ، تليف النقي ، ابيضاض نقوي مزمن ) . ونجد عند بعض المصابين باضطراب تكاثر النقي ميل للتخثر أو النزف . وقد يحدث النزف على شكل حبرات أو وعاؤومات كبيرة .

## خلل الصفيحات الكيفي
**: Qualitative Platelet Defect**

اضطرابات ولادية أو وراثية غير شائعة في وظيفة الصفيحات . ومن المحتمل أن الاضطرابات المكتسبة في وظيفة الصفيحات أكثر حدوثاً في الواقع مما يكتشف سريرياً . وأنها تترافق في مجال واسع من التصانيف السريرية والأمراض والأدوية .

**وَهَنُ الصفيحات Thrombasthenia :**

مرادفات : متلازمة غلانزمان نيغيلي ( غلانزمان ١٩١٨ ونيغيلي ١٩٣١ ) .

اضطراب صبغي جسدي صاغر يؤدي إلى ميل للنزف معتدل الشدة ، يستمر طوال الحياة . زمن النزف متطاول بشدة كما أن انكماش الخثرة معيب . يكون عدد الصفيحات سوياً لكنها تفشل في التكدس استجابة نحو ADP أو الأبينفرين ، أو الكولاجين أو الترومبين . وسبب هذا مرتبط بتأذي في ربط الفيبرينوجين إلى غشاء الصفيحات ناجم عن خلل نوعي في المستقبل الغشائي ( نقص أو شذوذ في البروتينات السكرية $II_B/III_A$ . أما التصاق الصفيحات بما تحت البطانة فيكون سوياً .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تؤخذ متلازمة برنارد – سولير بعين الاعتبار . وهي آفة تنتقل بصبغي جسدي صاغر تتميز بما يلي :

- تطاول زمن النزف .
- عدد الصفيحات سوي أو ناقص بشكل متفاوت (!) .
- فشل الصفيحات في التصاقها مع ما تحت البطانة .
- تكدس متأذي يحصل كاستجابة للرستوسيتين Ristocetin .

وهناك احتمال آخر هو قصور مستقبلات سطح الصفيحات لعامل فون ويللي براند ( مثال : نقص في مركب البروتين السكري I ) .

### متلازمة فون ويللي براند – جورجيز [١٩٢٦]
**: Von Willebrand – Jürgens Syndrome**

وتسمى بالناعور الوعائي .

**التعريف** : تأهب للنزف ذو انتشار عالمي واسع لكنه اكتشف أصلاً في جزر فينش ألاند Finnish Aland . والنزف موجود منذ الطفولة .

**السببيات** : نقص في فعالية عامل التخثر الثامن موازٍ لنقص في المستضد المتعلق بهذا العامل أو مستضد عامل فون ويللي براند . وعيب في تكون سدادة الصفيحات ناجم عن نقص التصاق الصفيحات لما تحت البطانة .

**الوراثة** : ينتقل بصبغي جسدي سائد .

**الموجودات السريرية والمخبرية** : ميل للنزف يصاحبه نمشات أو كدمات أو وعاؤومات . تغيرات في المظاهر السريرية والمخبرية . الميل للنزف خفيف أو معتدل . وهناك نمطان لهذا المرض :

*النمط الأول* : نقص موافق في عامل التخثر الثامن وفي مستضد عامل فون ويللي براند .

*النمط الثاني* : شذوذ نوعي في مركب عامل فون ويللي براند يتظاهر في الرحلان المناعي المتصالب .

## اضطرابات وظيفة الصفيحات المكتسبة
## Acquired Disorders of Platelet Function :

تعد اضطرابات وظيفة الصفيحات المكتسبة أكثر حدوثاً في الواقع مما يمكن تشخيصه سريرياً . لكن آلية حدوث هذا العيب أقل تحديداً مما نجده في الاضطرابات الوراثية للصفيحات . وهي تضم :

– اضطرابات التصاق الصفيحات ومثالها : اليوريمية Uremia ، تناول بعض الأدوية كالبروستاسكلين والدي بيريدامول .

– اضطرابات تأثر الصفيحات للصفيحات ( اضطرابات التكدس ) ناجم عن الفيبرينوجين ( مولد الليفين ) ، أو عن نواتج تحطيم الفيبرين ( التخثر داخل الأوعية المنتثر ، تشمع الكبد ، المعالجة الحالة للفيبرين ) ، أو وجود جزيئات كِبْرية ( نظائر بروتينات في ورم النقي المتعدد ، الأدوية مثل الدكستران ) ، أو وجود أدوية أخرى ( مثال : الصادّات ) .

– اضطرابات إفراز الصفيحات ( تحرر البنية الحبيبية للصفيحات ، نقص خزن الجُمَيْعة Pool ) .

– الاضطرابات في تحرر الصفيحات في ابيضاض الدم ، وفي اضطرابات تكاثر النقي ، أو الناجمة عن تناول أدوية ( مثل الأسبرين أو مضادات الالتهاب غير القشرية التي تثبط فعالية سيكلوأكسيجيناز الصفيحات ، والناجم عن الفشل في تكون ترومبوكسان A2 ) .

إن الخلل في وظيفة الصفيحات يمكن أن ينجم أيضاً عن الحمية ، الهيبارين ، هدروكسي كلوروكين ، ضواد Antagonists الكالسيوم ، حاصرات بيتا .

## اضطرابات التخثر
## Coagulation Disorders :

عوزات ولادية يمكن أن توصف في معظم عوامل التخثر ، أهمها ما يلي :

– الناعور ( الناعور المدرسي ، الناعور آ ) أكثرها حدوثاً .

– الناعور ب ، داء كريستماس ( بافلوفسكي ١٩٤٧ ) ، وكريستماس هو اسم أول مريض بهذا الداء .

– داء فون ويللي براند : Von Willebrand .

– خلل هيجمان Hagemann ، عوز العامل (XII) الثاني عشر ( راتنوف وكولوبي : ١٩٥٥ ) .

– عوز العامل السابع (VII) .

– عوز العامل ١٣ ( عامل تثبيت الفيبرين ) .

ويمكن تقسيم اضطرابات التخثر المكتسبة إلى أربعة أقسام :

(١) عيب إنتاجي في تركيب الخلايا الكبدية .

(٢) اضطرابات مخربة أو مستهلكة كما في التخثر المنتثر داخل الأوعية .

(٣) التثبيط بواسطة مضادات التخثر الجوّالة .

(٤) الشذوذات الناجمة عن نقل الدم بشكل كتلي إلى المريض .

## التخثر داخل الأوعية المنتثر Disseminated Intravascular Coagulation : ( شارب ١٩٨٠ )

*المرادفات :* اعتلال التخثر الاستهلاكي ( Lasch : ١٩٦٥ ) متلازمة النزف الخثاري ( Marx : ١٩٦٨ ) متلازمة إزالة الفيبرين ، التخثر داخل الأوعية مع حل الفيبرين ( بوفي Bowie : ١٩٧٤ ) .

ومن المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن التخثر داخل الأوعية المنتثر ليس تشخيصاً بل هو عرض لأمراض متعددة .

**الإمراض :** يتضمن إمراض هذا المرض تنشيط جهاز التخثر ، وتوليد الترومبين ، وتفعيل الصفيحات واستهلاكها بالإضافة إلى استهلاك مولد الفيبرين ، وعوامل التجلط الأخرى . وكظاهرة ثانوية ، فإن مكاثير الفيبرين وطيقانها الصغرى وحتى مولد الفيبرين تنكص بآليات انحلالية . وإن ترسبات الفيبرين الحاوية على الصفيحات المتشكلة في الدوران الصِغْري وحتى عملية انحلال الفيبرين ينشطان لمنع تخرب النسج .

ينشأ التحريض المباشر من الترومبوبلاستين أو من الخمائر الحالة للبروتين ( سم الأفاعي ) . يتفعَّل شلال التخثر ، ويتشكل الترومبين ويترسب الفيبرين ، وتستهلك الصفيحات ويتحطم النسيج . أما التحريض غير المباشر فناجم عن الذيفانات الداخلية أو عن معقد ضد مستضد .

يمكن تقسيم التخثر داخل الأوعية المنتثر إلى مراحل مختلفة :

*المرحلة الأولى :* تفاعل داخلي المنشأ تجاه الأذية أو المرض يقود إلى ارقاء سويّ = ترسب فيبرين وصفيحات موضعي .

*المرحلة الثانية :* وتترافق بزيادة الفعالية الحالّة للبروتين أو الفيبرين والتي ما زالت معاوضة بشكل عام وغير مترافقة بتخرب نسجي شديد .

*المرحلة الثالثة :* وتوجد إذا حدث ترسب فيبرين وصفيحات

مجموعي أو مع حدوث اعتلال تخثري استهلاكي مترافق مع زيادة انحلال البروتين. هذه المرحلة تترافق مع تخرب نسيجي معمم ونزف أيضاً.

المرحلة الرابعة : وهي مرحلة اللامعاوضة والنزوف الشديدة.

**التشخيص** : المعايير السريرية والدموية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار. كما يمكن اعتبار الآفة اختلاطاً لأمراض مختلفة، وإن التقييم السريري والمخبري المبكر يعد هاماً لوضع التشخيص قبل حصول التخثرات الصغرية.

**الموجودات السريرية** : النزوف هي العلامة الرئيسية للمرض. وبشكل عام هناك فرفرية وكدمات. ويمكن أن تشاهد تخثرات في عدة أعضاء ( الكلية، الكبد، العضلة القلبية ). وفي الجدول (٢٣ : ٢) خلاصة للأمراض المؤهبة والتي يحدث التخثر داخل الأوعية المنتثر كاختلاط لها.

**الموجودات المخبرية** : نظراً لأن هذا المرض حدث دينمي فإن الموجودات المخبرية تتغير بسرعة، وغالباً خلال ساعات قليلة وتبعاً للحالة الراهنة، وعلى العكس تماماً من اضطرابات التخثر الوراثية. وعلى هذا فالفحوص المخبرية السلسلية تعتبر ضرورية :

تعداد الصفيحات، الخضاب ( فقر دم )، تعداد البيض ( ابيضاض الدم، تذيفن الدم Toxinemia الداخلي )، فحص لطاخة دموية ( متلازمة كازاباخ – ميريت ) : كلها فحوص ذات قيمة. وتعتبر الفحوص التالية استقصائية :

- زمن الترومبوبلاستين الجزئي.
- زمن الترومبين.
- زمن البروترومبين.
- مولد الفبرين.

بالإضافة إلى أن الإجراءات التالية يمكن أن تكون قيمة :

- عوامل التخثر.
- فعالية مضاد الترومبين الثالث.
- نواتج تحطيم مولد الفيبرين.
- مولد المصل.

*اختبار رامبل – ليد Rumple – Leede* : يجرى الاختبار على القسم العلوي من الذراع أو القسم السفلي من الساق. يوضع كم مقياس الضغط وينفخ لمدة ٣ – ٥ دقائق إلى ما دون الضغط الانقباضي بقليل. ويعتبر الاختبار إيجابياً إذا ظهرت اندفاعات نمشية تحت الكم أو في مناطق أبعد. لا ترى إيجابية هذا الاختبار في الاضطرابات البطانية الوعائية فقط وإنما تشاهد أيضاً في قلة الصفيحات واضطراب وظيفتها.

**المعالجة** : وتكون تبعاً للمرض المستبطن.

**الجدول ٢٣ – ٢** : الأمراض المستبطنة التي يحدث فيها التخثر داخل الأوعية المنتثر DIC

| **الأمراض الخمجية :** | **الأورام :** |
|---|---|
| الرشاشيات | سرطانات، غدومات |
| النزلة الوافدة وأخماج حُمَوية أخرى | ابيضاض دم |
| البرداء | ابيضاض سليفة النقي الحاد |
| *– المتصورة المنجلية* | **متنوعات :** |
| التهاب السحايا | قصور كبد حاد – أمراض كبد مزمنة |
| – المستدمية | حروق |
| – المكورات السحائية | انصمام شحمي |
| السل الدخني | ورم وعائي عملاق |
| داء الببغاء | – ( متلازمة كاسباخ ميريت ) |
| حمى الجبال الصخرية البقعية | صدمة حرارة |
| إنتان دموي | انخفاض درجة الحرارة ( التبريد ) |
| *– مطثية ولشي* | ارتفاع توتر شرياني خبيث |
| – جراثيم سلبية الغرام | التهاب معثكلة حاد |
| – مكورات رئوية | فرفرية |
| – عنقوديات | صدمة ( قلبية المنشأ، نقص حجم، تأقية ) |
| – عقديات | فقر دم منجلي |
| حمى تيفية | عضة أفعى |
| حمى صفراء | ذأب حمامي مجموعي، نقل دم، رضوح شديدة |

## اضطرابات التخثر الأخرى
## Other Coagulation Disorders :

**اضطرابات التخثر في آفات الكبد الحادة والمزمنة** : بسبب الدور الكبير الذي يلعبه الكبد في التخثر فإن أمراض هذا العضو ( التهاب كبد، تشمع كبد ) يمكن أن تقود إلى نقص في عوامل التجلط ( مركب البروترومبين ).

**اضطرابات التخثر في اليوريمية Uremia** : إن قصور الكلية الحاد أو المزمن يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نزفية ( متلازمة اليوريمية الحالة للدم ). وتحدث نزوف من الأغشية المخاطية ( رعاف، نزف لثة، التهاب معدة نزفي، التهاب قولون ). فأمراض الكلية غالباً ما تترافق مع اضطرابات في الإرقاء ( الصفيحات والتخثر مثال : التهاب كبيبات الكلى، متلازمة كلائية ... ).

**اضـطـرابـات التخـثر في نظـائر بـروتينـات الدم ( البارابروتينيمية )** : الفرفرية هي شكل من تظاهرات نظائر بـروتينـات الدم Para – proteinemia وتحدث كفـرفرية انتصابية على محيط الأطراف أو كوجود بروتينات قَرِّية في الدم بتـأثير البرد . الآفات الفرفرية في هذا الداء لا تتقرح غالباً . النقيوم المتعدد غالباً ما يترافق مع اضطرابات في الإرقاء . وإن وجود نظائر البروتين يؤدي إلى « تغليف غشاء الصفيحات » ناجم عن شذوذ وظيفي في الصفيحات .

**عوز الفيتامين ك Vit. K Deficiency :**

إنّ عمل الكبد الصحيح وتكون الفيتامين ك وامتصاصه غير المضطربين يعتبر أساسياً في تكون بروترومبين طبيعي . وإن اضطراب أعضـاء مختلفة يمكن أن يؤدي إلى شذوذ في طريق تركيب البروترومبين والتي تقود إلى اضطرابات في التخثر مع نقص في العوامل ٢ و ٧ و ٩ و ١٠ .

**الحدوث** : يحدث بوجود أمراض معوية و/أو كبدية مع استخدام أدوية مثل الصـادات ، وخاصة تلك المستخدمة في معالجة اللاتلوث المعوي الاصطفائي .

**السببيات** : يحدث نقص امتصـاص الفيتامين ك تالياً لإسهال دهني أو التهاب قولون تقرحي أو يرقان انسدادي ، وذلك لأن هذا الفيتامين المنحل في الدسم لا يتم امتصاصه عند المصابين بهذه الأمـراض . كما أن نقص الفيتـامين ك يمكن أن يحدث كنتيجة لعلاج طويل الأمد بالصّادات والذي يؤدي إلى أذية النبيت الجرثومي المعوي المنتجة لهذا الفيتامين ، أو نتيجة سوء استعمال المليّنات . كما أن تشمع الكبد ، وضمور الكبد الأصفر الحاد وأذيات الكبد السمية الأخرى غالباً ما تؤدي إلى نقص فعالية البروترومبين . وهناك نمط مشابه من اضطرابات التخثر ينجم عن استعمال مضادات التخثر ( وارفارين ) .

**الموجودات السريرية** : تتضمن الصورة الوصفية حدوث بيلة دموية ، ونزف منتشر في الأغشية المخاطية ، وتسرب دموي شديد داخل الجلد ( كدمات ) عقب أذيات تافهة ، ونزوف عضلية ومفصلية وفي أعضاء متنية Parenchmatous أيضاً . وإن النزوف العفوية يمكن أن تحدث إذا كان زمن البروترومبين أقل من ١٠٪ .

**السـير** : ويعتمد سـير المرض على شـدة المرض المؤهب ( المستبطن ) .

**المعـالجة** : معالجة المرض المؤهب إذا كان ذلك ممكناً . تعطى بدائل الفيتامين ك أو مستحضر مركب البروترومبين .

**الأهبة النزفية عند حديثي الولادة : Hemorrhagic Diathesis of the Newborn**

*المرادفات :* الداء النزفي عند حديثي الولادة .

**الحدوث** : نادر ، ويكون بعد الولادة مباشرة .

**السببيات** : هناك نقص في فعالية مركب البروترومبين ( طليعة الترومبـين ) يصـل من ٢٠ – ٤٠٪ من القيم السـويّة عند الكهول . حتى أن تضاؤلاً شديداً يحدث عند الخدَّج يعود إلى عوز فيتـامين ك عند الأم . علمـاً بأن الإنتاج المعوي الداخلي المنشأ للفيتامين ك يبدأ فقط بعد عدة أسابيع من الولادة .

**الموجودات السـريرية** : نزف شديد في الجلد والحبل السري والعضلات ، أقياء دموي ، تغوط أسود ونزوف داخل القحف ( شلل تشنجي ) .

**المعالجة** : يعطى الفيتامين ك للمعالجة والوقاية .

**فـرفـريــة فـرط غــلوبـولينــات الدم Purpura Hyperglobulinemica : [ Waldeneström : ١٩٤٨ ]**

*المرادفات :* لمفوم الخلايا المنـاعيـة ، داء والدنسـتروم ، فرفرية فرط غلوبولينات الدم .

**الحدوث** : نادر ، ويصيب كبار السن بشكل خاص .

**السببيات** : اضطرابات في أجزاء البروتين المصلي لدى المصابين بـالنقيـوم والأدواء الرثوية وفي البـارابروتينيميـة . ( نظـائر البروتينات وحيدة أو عديدة النسيلة ) . وفي ٣٠٪ من الحالات يمكن كشف إنتاج أضداد وحيدة النسيلة من الغلوبلين IgM .

**الموجودات السريرية** : الداء يمكن أن يكون مزمناً ، أو مزمناً إلى متقطع ، مع فرفرية صـغـيرة البقع تتوضع خاصـة على الساقين . لا توجد نزوف في الغشاء المخاطي . اختبار رامبل – ليد إيجابي . هناك فرط غلوبولينات الدم ، فرط غاما غلوبولين الدم ، بارابروتينيمية وحيدة أو عديدة النسيلة ، مع زيادة كبيرة في سرعة التثفل ( > ١٠٠ في الساعة الأولى ) . ويحدث التهاب أوعية أرجي كاسر للكريات البيضاء Leukocytoclastics في النمط عديد النسيلة .

**متـلازمـة وترهـاوس – فريدريكسِنْ Waterhouse – Friderichsen Syndrome : [ وتـرهـاوس : ١٩١١ ، فريدريكسن : ١٩١٧ ]**

*المرادفات :* إنتـان خاطف بالمكورات السحائية ، عوز الكظر الحاد .

**تعريف** : اضطراب تخثر حاد نادر مع تذيفن دموي داخلي ـتـ . نزوف ونخر وعائي علاوة على قصور الكظر .

**حدوث** : يحدث عند الأطفال خاصة ، وهو أقل شيوعاً عند ـبالغين في كلا الجنسين .

**سببيات** : إنتان مع تحرر ذيفان داخلي من المكورات السحائية والعنقودية والإشريكية القولونية والزوائف Pseudomonas التهاب أوعية إنتاني ، ظاهرة شوارتزمان – ساناريللي ) يؤدي ى خثرات مجهرية في أعضاء كثيرة منها غدد الكظر ، ويقود ـرعة إلى التخثر داخل الأوعية المنتثر ، كما أن هناك نقصاً في لبروتين C .

**الموجودات السريرية** : إنتان بالمكورات السحائية أو الرئوية ذو طور حادٍّ شديد يرافقه مظاهر الصدمة ، ونزف كظري مع سهال وإقياء مع اندفاعات فرفرية متناظرة تبدأ صغيرة ثم تكبر ، تحدث في الجلد والأغشية المخاطية وتترافق مع كدمات ( فرفرية خاطفة ) . والمرض قد يقود المريض من الصحة والعافية التامة إلى الموت خلال يوم وليلة ( راجع الشكل ٢٣ – ٣ ) .

**السير** : حادٌّ ، مميت غالباً . البؤر النزفية تتقرح ثم تشفى مخلّفة ندبات .

**التشخيص** : ويعتمد على وجود فرفرية وكدمات ، كثرة خمضات ، مظاهر الصدمة ، قلة عدد الصفيحات في معظم الحالات ، لكن هذا يعتمد على مرحلة التخثر المنتثر داخل الأوعية DIC ، يمكن عزل الجراثيم من البؤر الجلدية ، ومن الدم والسائل الدماغي الشوكي واجراء اختبارات من أجل البروتين C .

**المعالجة** : مقاومة الصدمة ومكافحة الخمج . تعطى مضادات التخثر مع مقادير صغيرة من الهيبارين بالاعتماد أيضاً على مرحلة التخثر المنتثر داخل الأوعية .

### تحسيس الكريات الحمر الذاتية Autoerythrocyte Sensitization : [ Gardner و Diamond : ١٩٥٥ ]

*المرادفات :* متلازمة التكدم المؤلم ، متلازمة غاردنر – ديامونت ، وكان بالأحرى أن يصنف مع اعتلالات التخثر .

**التعريف** : ارتشاح التهابي مؤلم عفوي يتحول إلى كدمة خلال ٢٤ ساعة .

**الحدوث** : يحدث عند النساء خاصة وهو مرض نادر .

**الإمراض** : اعتبرت المتلازمة ولوقت طويل من أصل هراعي ( هستريائي ) ، كما درست على أنها حالة مفتعلة Factitial . ولقد تم الإقرار بتحسيس الكريات الحمر الذاتية عندما شوهدت علائم شبيهة بما يحصل عند حقن الجلد بمعلق من كريات حمر ذاتية . كما يعتقد أن الكدمات تنشأ من استجابة مناعية لغشاء الكريات الحمر .

**الموجودات السريرية** : تظهر تجمعات من ارتشاحات التهابية مؤلمة ، تتوضع بشكل رئيسي على الأطراف وقد تظهر على الجذع والوجه . تتحول هذه الآفات إلى كدمات خلال يوم وتشفى دون أن تترك ندبة خلال بضعة أيام . هذه الأعراض الجلدية تترافق مع أعراض مجموعية مثل الحمى ، والألم العضلي ، والصداع ، ومغص بطني مترافق مع نزف معدي معوي وبيلة دموية مجهرية أو عيانية .

**التشخيص** : تؤكده الصورة السريرية وكثرة إصابة النساء ، وشذوذات الكريات الحمر ، والتحريش على حدوث الكدمات بحقن الكريات الحمر الذاتية . أما المقارنة مع كريات حمر مُراقبة لم تعد مستخدمة لإمكانية نقل الأخماج الحَموية .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الفرفرية المفتعلة .

**المعالجة** : لا شيء ، وتطبق عند الضرورة معالجات عرضية .

## اضطرابات الإرقاء الوعائية : Vascular Disorders of Hemostasis

تتضمن بعض اضطرابات الإرقاء كلاً من اضطرابات في التخثر واضطراب الصفيحات . والصورة الرئيسية هي تخرب وعائي يرافقه زيادة نفوذية الأوعية لمكوِّنات الدم ينجم عنها الميل للنزف . وهناك أسباب محتملة للتخرب الوعائي منها : نقص الفيتامينات ، عوامل فيزيائية ، التهاب ، تفاعلات عدم تحمل وعائية ، تفاعلات أرجية ، اضطرابات استقلابية وشذوذات وعائية ولادية .

### البثع Scurvy :

**التعريف** : ميل للنزف في الجلد والأغشية المخاطية ناجم عن نقص الفيتامين C ( ج ) . ومنذ العصور الوسطى وحتى وقت قريب كان هذا المرض مهماً جداً بالنسبة للبحارة .

**الحدوث** : كان شائعاً وأصبح اليوم نادراً جداً ، ويغلب في حالات نقص التغذية وعند الكهول الغوليين .

**السببيات** : يؤدي عوز الفيتامين C ( ج ) إلى تركيب معيب في مَطْرِق النسيج الضام وخاصة في تركيب عديدات السكاكر المخاطية . يؤدي إلى إنتاج غير كاف من النسيج الكلاجيني والغضروفي والعظام . أما التغيرات الوعائية فإنها تؤدي إلى زيادة نفوذيتها .

**الموجودات السريرية** : النزوف حول الجرابية ، والأورام الدموية والنزف اللثوي هي مظاهر الاضطرابات النزفية

متضمنة اضطرابات الوظيفة الوعائية . الأعراض المرافقة : فقر دم وكآبة .

**المعالجة** : ( ٣٠٠ – ٥٠٠ ملغ ) من الفيتامين ج تعطى يومياً ولعدة أسابيع .

**البثع الطفولي Infantile Scurvy** : [ Moellr : ١٨٥٩ و Barlow : ١٨٨٣ ]

*المرادفات* : داء موللر – بارلو .

**التعريف** : شكل من البثع يظهر في الطفولة ( سِن الرضاع ) .

**السببيات** : نقص الفيتامين C ( ج ) . وهو لا يحدث عند أطفال يرضعون من ثدي أمهاتهم .

**الموجودات السريرية** : نزوف نمشية جلدية خاصة في العينين والأذنين والعنق ونزوف مخاطية في اللثة والحنك . وكذلك نزف في السبيل البولي التناسلي ، يتظاهر بحد أدنى من البيلة الدموية . وهناك نزوف تحت سمحاقية مع تورم في الأنسجة الرخوة وخزل كاذب مميز .

**المعالجة** : الفيتامين ج .

**متلازمة كاسباخ – ميريت**
**Kasabach – Merrit Syndrome** : [١٩٤٠]

*المرادفات* : متلازمة الوعاؤوم بقلة الصفيحات ، فرفرية قلة الصفيحات .

**التعريف** : فرفرية قلة الصفيحات تظهر في الطفولة يرافقها ظهور أورام وعائية كهفية كبيرة .

**الحدوث** : نادر ، وتحدث بشكل رئيسي عند المولودين حديثاً والأطفال ، وتندر جداً عند الكهول .

**الموجودات السريرية** : تظهر أورام وعائية كهفية واسعة الانتشار على الوجه والجذع ، ومع تنمي هذه الوعاؤومات تحدث اضطرابات نزفية ليست فقط من منشأ وعائي ( لمعات أوعية عملاقة ) ولكن تعود أيضاً للتخثر المنتثر داخل الأوعية DIC . وتحدث الاضطرابات النزفية إذا تجاوز وزن الورم ١٠٪ من وزن الجسم . وبما أن التخثر المنتثر داخل الوعائي يصل إلى هذه السويّة فإن التخثر السويّ يصبح غير ممكن . وتظهر انصباب ونزوف حبرية على الجلد والأغشية المخاطية .

**المعالجة** : الوقاية من قابلية فرط التخثر ، قطع Resection الوعاؤومات .

**الفرفرية الشيخية Senile Purpura** :
[ Bateman : ١٨١٥ ]

**الحدوث** : شائع جداً ، تشاهد عند كبار السن مرافقة لضمور الجلد بعد تعرض مديد لأشعة الشمس ، وخاصة عند الأشخاص المعتادين على العمل وأذرعهم عارية ، في الهواء الطلق . وتحدث عقب رض خفيف ، ( راجع الشكل ٢٣ – ٤ ) .

**السببيات** : يفترض وجود تغيرات تنكسية بسبب أذية الضياء لجدر الأوعية و[illegible]سج الضامة المحيطة ( مران ضيائي أو شمسي ) . ويمكن أن تشاهد مثل هذه النزوف في الفرفرية الستيروئيدية الناجمة عن المعالجة المديدة بالستيروئيدات القشرية الجهازية أو الموضعية .

**الموجودات السريرية** : التوضع الرئيسي لهذه التغيرات اللاعرضية هو ظهر اليدين والسطوح الباسطة للساعدين عند كبار السن ، وهي بقع نزفية محمرة أو فرفرية محددة بوضوح ، حجمها قريب من حجم القطع النقدية أو أكبر ، هذه البقع يكسبها الهيموسدرين المترسب اصطباغاً بنياً بالتدريج . ويكون الجلد ضامراً ، رقيقاً ، معدوم الزهم وسريع العطب .

**المعالجة** : تأثير المعالجة مثار للتساؤل . يجب إيقاف المعالجة الكورتيزونية في الفرفرية المحدثة بالستيروئيدات .

**الفرفرية الانتصابية Orthostatic Purpura** :
[ شولتز : ١٩٢٧ ]

*المرادفات* : فرفرية الجلد المغر (Purpura jaune d'ocre) .

**التعريف** : نزوف نمشية في الأطراف من البدن والتي تتحول ثانوياً إلى تصبغات بنية مصفرّة ( مغرية ) .

**الحدوث** : يتكرر حدوثها عند المصابين بقصورات وريدية مزمنة في السيقان .

**السببيات** : يحدث تسرب الكريات الحمر عبر جدر الأوعية ناجم عن ارتفاع الضغط السكوني المائي . ويتحول خضاب الدم المتسرب إلى هيموسيدرين ويترسب في الجلد بالإضافة إلى إمكانية حدوث فرط تصبغ ملاني .

**الموجودات السريرية** : تظهر على أجزاء من البدن يكون فيها ضغط ركودي وهي السيقان بالدرجة الأولى ، وبشكل أقل في الساعدين ، حيث تبدو نزوف نمشية ترافق قصوراً وريدياً مزمناً أو أمراض القلب الوعائية . في البدء يتطور اصطباغ محمر ثم مصفر ، أو بني ضارب للصفرة أو بني – بنفسجي على شكل بقع يمكن أن تمتد إلى مسافات واسعة ، تقود إلى الصورة المتكررة لهذه الفرفرية . وإن تغير اللون في الأقسام السفلية من الساقين تبقى ثابتة عادة .

**المعالجة** : تطبق معالجة مُرَشِّدة Rational ، ضمادات ضاغطة . ينبغي تأثيرات الأدوية على نفوذية الأوعية في موضع الجدل .

## دميــوم الإصبــع الانتيــابي Paroxymal Finger Hematoma :[ أشنباخ : ١٩٥٨ ]

*المرادفات* : سكتة الإصبع ، الدميوم الانتيابي لليد ، متلازمة أشنباخ Achenbach .

**التعريف** : نزوف سكتية الشكل ، مؤلمة ، يرافقها أورام دموية على الأصابع أو الأباخس تحدث عند كبار السن وتنتج عن تمزق في الأوردة .

**الإمراض** : هشاشة موضعية وعائية ، تخرب جدر الأوعية خارجي المنشأ ، واضطرابات عصبية ذاتية ، سبق أن أتينا على ذكرها .

**الموجودات السريرية** : يحدث فجأة ورم دموي بشكل عفوي أو بعد أذية بسيطة مع ألم برْقي على الأوجه العاطفة للأصابع ، وعادة على أصبع واحد أو على راحة اليد . والنساء في الغالب أكثر إصابة من الرجال . ويمكن مشاهدة أوراماً مشابهة على القدم . يكون الإرقاء طبيعياً ، ويمكن مشاهدة توسع وريدي في الفترات بين النوب . وخاصة بعد التمارين .

**السير** : مزمن – ناكس . الظواهر المرضية تتراجع خلال أيام قليلة ، الإنذار جيد .

**المعالجة** : عرضية ، تجنب الكَرْب Stress الآلي الشديد .

## النزوف الصنعيــة أو المفتعلة Artificial or Factitial Hemorrhages :

يمكن إحداث النزوف بواسطة أذيات صنعية ، مثال : قرص الجلد المتعمد . يكون التوضع لا نموذجياً . والنزوف تشبه الفرس ويمكن مشاهدتها أيضاً على السطح الأمامي لثنيات الإبط وخاصة عند النساء ، وغالباً ما تنجم عن رضح آلي بسبب ضغط الملابس الضيقة أو شدها .

## الجلاد الصباغي – النزفي Hemorrhagic – Pigmentary Dermatoses :

وهي اضطرابات تنجم بشكل عام عن آليات إمراضية متشابهة . يحدث النزف على أساس وجود تغيرات التهابية وعائية مزمنة يمكن إظهارها نسجياً ( التهاب شعيريات مزمن ) ، والتي يمكن أن تكون مرئية في الأوردة والشرايين الصغيرة . في وقت لاحق يحدث ارتفاع في الضغط المائي – السكوني في أجزاء البدن التي تحدد الأماكن المؤهبة . وبعد تسرب الدم تتكون في النسيج الضام ترسبات الهيموسدرين البنية – المصفرّة ، والتي ترتشف بعد ذلك بواسطة البلاعم . كما يمكن أن نشاهد تفاعلاً جلدياً على شكل تبدلات إكزيمية بشروية وحكة مرافقة .

## الفرفرية الحلقية بتوسع الشعريات Purpura Annularis Telangiectodes : [ Majocchi : ١٨٩٦ ]

*المرادفات* : فرفرية ماجوشي ، داء ماجوشي .

**الحدوث** : نادر ، تصيب الرجال عادة بين سن ٣٠ – ٥٠ من العمر .

**السببيــات** : تبدو الشرينات الصغيرة متضيقة بينما تكون الشعريات الواصلة للأدمة الحليمية متوسعة على شكل الأنبورة مؤدية إلى الانســلال والنزف . كما أن هناك التهاب شعريات مزمن إضافي ترافقه رشاحة حول وعائية مكونة من لمفاويات ومنسجات .

وتعتــبر الأدويـة العوامل المسببة الرئيسيـة كما في الفرفرية الصباغية المترقية . ومن غير الواضح الدور الذي يلعبه ارتفاع التوتر الشرياني وانخفاضــه وكثرة العدلات في إمراض هذه الآفة .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الفرفرية الحبرية بشكل متناظر على الساقين ثم تنتشر إلى القسم السفلي من الجذع والذراعين مع بقع من شعريات متوسعة حمراء اللون نقطية الشكل . وبسبب النمو النابذ تتحد على شكل بؤر ساعية أو حلقية . يكون لون البقع في البدء ، حمراء داكنة لكنها لا تلبث في وقت متأخر أن تتحول إلى بنيــة – صــدئيــة أو بنيــة – مصفـرّة بسبب ترسب الهيمـوسيـدرين . ويختفي مباشرة توسع الشعريات ويحدث ضمور جلدي خفيف وسط البؤر في بعض الأحيان .

**السير** : يستمر الداء لعدة أسابيع ، أو أشهر أو سنوات دون إزعاج .

**المعالجة** : انظر الصفحات القادمة ( تحت عنوان معالجة الجلاد الصباغي النزفي ) .

## الفـرفرية المصطبغـة المترقيـة Progressive Pigmented Purpura : [ Schamberg : ١٩٠١ ]

*المرادفات* : داء شامبرغ ، التهاب الجلد المصطبغ المترقي ، فرفرية الكارباميد .

**التعريف** : جلاد فرفري نـاكس مترق ومزمن ، ناجم عن نزوف نقطية على شكل بؤر بنية – برتقالية – مصفرة . وإن الأساس الذي يقوم عليه المرض يتفق مع ما وجدناه في الفرفرية الحلقية بتوسع الشعريات .

**الحدوث** : شـائع ، ومحتمل في أي سن ويغلب إصابة كبار

السن ، الحدوث العائلي نادر ، وترجح إصابة الذكور .

**الإمراض** : التهاب شعريات مزمن مع رشاحة مكونة من خلايا لمفاوية ومنسجة ، وانسلال الكريات الحمر في الأدمة الحليمية والطبقة الشبكية العليا من الأدمة . ويتوقع أن ينجم عن تفاعل أرجي من النموذج المتأخر ( نمط IV من تفاعل كومبس وجل ) . وهذا أيضاً يمكن أن يفسر النتائج الإيجابية لاختبار الرقعة بالعوامل التي تحتوي على الكاربامايد في الجلد المؤوف بعد إزالة أجزاء من الطبقة المتقرنة. وكما نعلم، فالمركنات والمنومات غالباً ما تحتوي على الكاربامايد . وهناك أدوية أخرى يمكن أن تكون مسببة لهذا الداء مثل الديازيبام أو الأدوية الحاوية على الميبروبامات . فالجلادات المصطبغة يمكن أن تتطور بعد استعمال مديد للأدوية لكن الصلة الوثيقة مع الدواء لا تكتشف عادة ، وبالتالي قد يؤدي تناول قرص واحد إلى حدوث متلازمة غير مرغوب فيها من الناحية التزويقية .

كما يمكن أن تنتج الفرفرية عن أدوية أخرى ، والأطعمة ، ومُضافات الأطعمة ، واستنشاق المستضدات ( غبار المنزل ، غبار مضيف السوس ) والتماس مع المستأرجات ( أنسجة مصبوغة ) ، وعلى الأخص الملابس الصوفية . وأخيراً فإن أمراض الكبد المزمنة يمكن أن تكون تفسيراً مقبولاً بالرغم من أن الصلة الإمراضية لم تتضح بعد . ومن المعروف أيضاً ترافق المرض أحياناً مع اضطرابات استقلاب البرفيرين ا لكبدي : فرفرية البرفيرين ( Ippen و Goerz و Brüster : ١٩٦٥ ) . كما كنا قد أشرنا إلى اضطرابات في وظيفة الصفيحات .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الآفة عادة بشكل متناظر على الساقين وتنتشر بشكل تدريجي إلى الفخذين والبطن والطرفين العلويين . وتتظاهر على شكل بقع حمراء – بنية غير منتظمة الأشكال ، مختلفة الأحجام مع حبرات مبرقشة الحواف ( تشبه ورق الفلفل الحريف – الفلفل الأحمر ) وهي لا تختفي بالضغط ( مقياس الشفوفية ) . تصفرُّ هذه الآفات مع الزمن ثم تشحب ، وقد يحدث ضمور عرضي عابر ، ( راجع الشكل ٢٣ – ٥ ) .

**التشريح النسجي المرضي** : يكشف التشريح النسجي المرضي عن التهاب أوعية مزمن في الأدمة الحليمية وتحت الحليمية مع رشاحة لمفاوية ومنسجة حول الأوعية يرافقها تسرب الكريات الحمر وبلاعم الحديد . ويكون تفاعل الحديد إيجابياً .

**التشخيص** : باعتبار أن الآفة ظاهرة أرجية أو تفاعل عدم تحمل فمن المهم إجراء اختبار الرقعة Patch Test على كل الأدوية المشبوهة . ويكون اختبار الرقعة أحياناً إيجابياً في مناطق الجسم الركودية ( أسفل الساق ) أو بعد كشط شريط سماكته نصف الطبقة المتقرنة .

**المعالجة** : انظر الصفحات القادمة تحت عنوان « معالجة الجلاد الصباغي – النزفي » .

## التهاب الجلد الحزازاني الفرفري المصطبغ : Purpuric Pigmented Lichenoid Dermatitis

[ Gougerot و Blum : ١٩٢٥ ]

*المرادفات* : الفرفرية الحزازانية ، التهاب الجلد الحزازاني الفرفري والمصطبغ .

**التعريف** : جلاد نزفي مصطبغ من نموذج الفرفرية المصطبغة والمترقية والمترافقة بحطاطات حزازانية . وهو مرض كبار السن .

**الإمراض** : شبيه بالفرفرية المصطبغة المترقية ، علاوة على أنه يقود إلى تبدلات بشروية أكثر شدة مع رشاحة التهابية ، وتشكل حطاطات أو لويحات حزازانية ، ( راجع الشكل ٢٣ – ٦ ) .

**الموجودات السريرية** : أكثر ما تظهر على الساقين ، وأقل شيوعاً على الجذع مع طفح شبيه بالفرفرية المصطبغة النزفية . ونجد ضمن البؤر المصطبغة النازفة حطاطات كثيفة حزازانية مسطحة ، بحجم رأس الدبوس . تكون حمراء في بادىء الأمر ثم تصبح بنية اللون إلى أرجوانية . وتتحدد شدة اللون بترسب الهيموسدرين . كما يمكن أن تظهر مناطق حزازانية مصطبغة نزفية محددة ذات توسف خفيف . وعندما تحدث الحكة فإن تكوّن الحطاطات يمكن أن يكون ناجماً عن تخديش بؤر الإصابة أو التحزز الثانوي .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الحزاز الذهبي .

**المعالجة** : انظر الصفحات القادمة تحت عنوان ... ( معالجة الجلاد الصباغي النزفي ) .

## الفرفرية الشبيهة بالإكزيماتيد Eczematid – Like Purpura :

[ Doukas و Kapetanakis :١٩٥٣ ]

*المرادفات* : الفرفرية الحاكة ، التهاب الأوعية الجلدية الحاك المنتثر .

**التعريف** : جلادٌ حاك مصطبغ ومترق ذو وسوف نخالية الشكل وآفات منتثرة وخاصة على الطرفين السفليين لدى الذكور كبار السن .

**الإمراض** : كما في الفرفرية المصطبغة المترقية ، تبدو إصابة البشرة واضحة على شكل تسفنج وشواك تفاعلي معتدل مع

وجود وعاء مغذٍّ تحت مكان الإصابة عند قليل من المرضى . وإن وجود رشاحة لمفاوية ومنسّجة مع تسرب كريات حمر وترسب الهموسدرين في بؤر الاندفاعات تفترض إلحاق الحزاز الذهبي بمجموعة الجلادات الصباغية النزفية . كما افترض إمكانية تحريض آفات هذا الداء بالأدوية .

**الموجودات السريرية** : مجموعة من حطاطات حزازانية ، وحيدة الجانب ، غالباً ما تتوضع على شكل قِطَعي شبيه بالنطاق ، مفضلة التوضع على الساقين مع احتمال توضعها في أي مكان من البدن ، ودون أن تسبقها اضطرابات ما في أي مكان على الجلد . وهي تشبه الكدمة فتكون بلون أرجواني ، أو بني محمرٍّ أو ذهبي ، وهي ذات حدود واضحة تميزها عن الجلد السويّ . وتحاط هذه الحطاطات الحزازانية غالباً بنطاق محمر أو مصفر خفيف .

**الأعراض** : أحياناً توجد حكة لا يؤبه لها ، لكنها قد تؤدي إلى تحزز طفيف .

**التشريح المرضي النسجي** : تتميز الآفات الحطاطية الحزازانية الحادة بوجود بشرة سويّة ، وفي بعض الأحيان يلاحظ تسرب خلوي متميز ورشاحة خلوية شريطية ، لمفاوية ومنسجة ، تتوضع في الأدمة العليا حول الأوعية الدموية . هذه الرشاحة تبدو منفصلة تماماً عن البشرة بطبقة من النسيج الضام السويّ ، وتشاهد بعض الأوعية الدموية الصغيرة متورمة البطانة ، وهذا قد يسدُّ لمعة الوعاء ويؤدي إلى تسرب كريات حمر . نشاهد الكريات الحمر حرة في النسيج ، أو أن نشاهد الهيموسدرين بعد تحول الخضاب ، والذي نجده أيضاً ضمن البلاعم ( بلاعم الحديد Siderophages ) .

**السير** : مزمن لأشهر أو سنوات . يشاهد بعد ذلك شفاء عفوي دون أية ثُمالة عند بعض المرضى .

**التشخيص التفريقي** : عند توضعه على الأطراف السفلية يجب تمييزه عن التهاب الجلد الحزازاني الفرفري المصطبغ ، كما يفرق أيضاً عن الاندفاعات الدوائية .

**المعالجة** : تجنب تناول الأدوية المتّهمة . وعند الحاجة تطبق موضعياً المستحضرات الستيروئيدية القشرية ذات العيار الخفيف .

## الفرفرية الناجمة عن اعتلالات الأوعية الأرجية : Purpura Due to Allergic Vasculopathies

وهي تغيرات التهابية في الأوعية الصغيرة وخصوصاً في الوريدات ما بعد الشعريات تؤدي إلى زيادة النفوذية في جدر الأوعية وبالتالي إلى النزف . وإن التأثير المباشر للآليات الأرجية

وعد تقرن سويّ وخطل تقرن . يشك بوجود محرِّض خارجي ... ( وفرية التماس ) حيث يشك باحتكاك الثياب .

**الموجودات السريرية** : التوضع المفضل على الساقين ويمكن أن تتوضع على الجذع ، كما تشاهد بؤر متعددة بيضاوية شبيه ... بكزيمية تصل إلى حجم قطع النقود ، تأخذ لوناً بنياً ... مصفرة تكسوه وسوف نخالية ، وتشاهد حبرات تشبه ... البرغوث . كما يلاحظ ارتشاح خفيف يرافقه حكة ... .

**التشخيص التفريقي** : يميز عن الطفح الدوائي النزفي .

## معالجة الجلادات الصباغية النزفية Treatment of the Hemorrhagic – Pigmentary Dermatoses :

كل الأشكال التي ذكرت من الجلادات الصباغية النزفية غير مؤذية عموماً ، غير أنها تشكل معضلة تزويقية كبيرة . كما أنها جميعاً مقاومة جداً للمعالجة . وإن التعرف على العامل المحرِّض ، ومن ثمَّ تجنبه يعد أمراً بالغ الأهمية ، علاوة على معالجة المرض ... ( المؤهب ) . كما يجب العمل على التخلص من حالات الاحتقان في الطرفين السفليين التي تعمل على إحداث حلاد . مثلاً : وضع أربطة ضاغطة يمكن أن يكون نافعاً .

جهازياً : في الحالات الشديدة تعطى الستيروئيدات القشرية السكرية بجرعات مخفضة ( ٢٠ – ٤٠ ملغ بريدنيزولون أو ما يعادله ) وذلك لمدة قصيرة ، لكن تأثيراتها ليست سوى موقتة للمراضة Morbidostatic . أما الأدوية المسماة بالمقوية للأوعية Vessel – Sealing drugs ( مثل الروتين وفيتامين ج ) أو حمض النيكوتين ( ٥ – ١٠٠ ملغ ، ٣ مرات يومياً ) ، فلم يبرهن على فعاليتها بشكل ثابت .

موضعياً : إن استعمال الستيروئيدات القشرية الخفيفة على شكل كريم Cream ولفترة قصيرة غالباً ما تعطي تحسناً محوظاً .

## الحزاز الذهبي Lichen Aureus :

[ Martin : ١٩٥٨ ]

المرادفات : الحزاز الفرفري [ Haber : ١٩٦٠ ] .

**التعريف** : جلاد نادر يتميز بتطور مجموعة من حطاطات حزازانية فرفرية في منطقة صغيرة محددة من الجلد .

**الحدوث** : نادر ، ويغلب حدوثه عند الكهول Adults ، ( راجع الشكل ٢٣ – ٧ ) .

**الإمراض** : السبب غير معروف ، وليس لهذا المرض صلة واضحة مع الحزاز المسطح أو الركودة الوريدية . ولقد سجل

واضح تماماً في جدر الأوعية . وفي الحالات الخاصة من التهاب الأوعية بمعقد مناعي ، يمكن إظهار ترسبات ذلك المعقد المناعي على جدر الأوعية وما حولها بسبب تكسر الكريات البيض . وإن العوامل التي تحدد مواضع التأهب غير مفهومة بشكل كامل حتى الآن .

**الفرفرية الرثوية Purpura Rheumatica :**

**[ Schönlein : ١٨٣٢ و Henoch : ١٨٦٨ ]**

*المرادفات :* التهاب الأوعية الأرجي – النمط النزفي ، التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض ، الفرفرية التأقانية ، التهاب الأوعية بمعقد مناعي ، فرفرية شونلاين – هينوخ .

**التعريف :** هو الصورة السريرية الوصفية لالتهاب الأوعية الأرجي مترافقة مع نزوف حبرية ، يشارك ذلك غالباً تورم مفاصل مؤلم ، وأعراض معدية – معوية والتهاب كلية .

**الحدوث :** أكثر شيوعاً في الأطفال بين العمر ٤ – ١١ سنة ، واليفعان أكثر من البالغين ، وتكثر فيها إصابة الذكور . ويبدو أن المرض أكثر حدوثاً في فصل الشتاء .

**السببيات :** تم مناقشة عدة عوامل ، هناك التهاب أرجي مفرط التبيغ كاسر للكريات البيض يصيب الشعريات والوريدات في الأدمة العليا . تتطور المتلازمة على أساس تعدد العوامل المسببة عند أشخاص مفرطي الحساسية . مثال : بعد خمج بالعقديات . ويمكن أن تكون الأخماج الأخرى والأدوية ومواد غذائية ذات أهمية أيضاً . وهناك في أحوال كثيرة مزيج من أذيات خمجية ودوائية . كما يتداخل تفعيل المتممة وعوامل التصاق الصفيحات وتحرر الهستامين ووسطاء آخرين ، وترسب معقدات مناعية في حدوث الفرفرية .

**الموجودات السريرية :** يظهر الطفح غالباً بعد فترة كمون من ١ – ٢ أسبوع بعد إصابة بخمج ( التهاب لوزات بالعقديات ) ، إذ تبدأ الإصابة بوهن وصداع وحمى معتدلة يرافقها آلام مفصلية رثوية وآلام بطنية . والفرفرية الرثوية طفح متناظر يغلب ظهوره على الساقين وقد يمتد إلى أي مكان على الجلد ، إلا أن الوجه والسطوح الانعطافية والمفاصل الكبيرة والراحتين والأخمصين لا تصاب عادة . والآفات النموذجية هي اندفاعات التهابية نزفية حبرية بحجم رأس الدبوس وحتى حجم قطعة النقد المعدنية ، وهي تمر عبر تغيرات اللون المميزة التي تطرأ على تدرك الصباغ الدموي مع ترقي المرض . ألم المفاصل المتعدد شائع ، كما أن الطفح يتراجع خلال ١٠ – ١٤ يوماً ولا تتأذى الحالة العامة للمريض خلال السير الكامل للمرض .

في الحالات الوخيمة للمرض تتعدد أشكال التغيرات إذ تبدأ على شكل بقع التهابية ذات حدود صريحة ، بلون زهري إلى أحمر – مزرق . ثم تصبح بقعاً نزفية بقطر ٣ – ١٠ ملم . وهذه يمكن أن تصبح شروية وقد تحك أيضاً . ثم تتطور بعد ذلك متحولة إلى حطاطات شروية حمراء غامقة وحويصلات ونُفاطات نزفية . هذا وإن التقرح ممكن أيضاً . ويمكن للأغشية المخاطية أن تبقى سليمة . أما الشكوى من ألم المفاصل فتكون بارزة وخاصة مفصلي الركبة والكاحل . وتحدث المفاصل المؤلمة المتورمة بسبب النزوف حول المفاصل وهذه الحالة تترافق مع دعث شديد .

*فرفرية البطن ( هينوخ : Henoch ) :* وتتصف بنزف معدي معوي وألم ماغص حاد في منطقة مسراق المعدة ، وقُياء الدم قد يرافقها تغوط مخاطي مدمى . هذا المظهر البدئي يوحي بحالة بطن حادة . وقد يحدث انغلاف معوي عند الأطفال كما قد يحدث التهاب كبيبات الكلى البؤري أو المنتشر الحاد. وبالرغم مما يبدو من خطورة الأعراض فإن الشفاء هو القاعدة في هذه الآفة ، لكن قلة من المرضى يحدث عندهم قصور كلية مزمن . ويحدث لَوْي Torsion احتشائي في الاختبارات ، وقد نشاهد نكساً نموذجياً خلال أيام أو أسابيع . ويمتد سير الحالات الخفيفة من ٤ – ٥ أسابيع أما الحالات الوخيمة فيمكن أن تستمر لأكثر من شهور عديدة .

*الفرفرية الخاطفة ( هينوخ ) :* وهو مرض وخيم بشكل خاص ، يغلب حدوثه في الطفولة . هناك أذية شعريات وخيمة جداً بسبب التهاب أوعية إنتاني من نمط شوراتزمان – سانريللي **Shwartzman – Sanarelli** . وتحدث نزوف شديدة لا تقتصر على الجلد وإنما تحدث أيضاً في الأعضاء والنسج الداخلية . هذه النزوف لا يمكن تعويضها بنقل الدم . والموت هو النتيجة غالباً بسبب النزف الداخلي .

**التشريح المرضي النسجي :** هناك تورم في البطانة الوعائية وتنكسها يترافق مع نخر فيبريني الشكل في جدر الأوعية ورشاحة غزيرة حول الأوعية غنية بالكريات البيض العَدِلة والحمضة مع وجود شدف من نوى الكريات البيض المتلاشية ، وتسرب الكريات الحمر . كما أنّ ترسبات من الغلوبولينات المناعية ( **IgG** و **IgA** ) ومكونات المتممة **(C3)** يمكن رؤيتها في الجدر الوعائية بالفحص بتقنية الومضان المناعي المباشر .

**السير :** الشفاء عادة في الفرفرية الرثوية ، أما الفرفرية الخاطفة فهي عادة مميتة بسبب النزف الداخلي . تستمر الهجمات عادة من ٣ – ٧ أسابيع وقد تنكس لسنوات . وإذا ما أصيبت الكليتان فمن المحتمل حدوث التهاب كبيبات الكلى مزمن .

**التشخيص** : ويعتمد على نقص مقاومة الشعريات ، وإيجابية اختبار رامبل – ليد ، وتطاول زمن النزف ، وفقر الدم ناقص الصباغ المترافق مع كثرة الحمضات ، لا يوجد تغير في عدد الصفيحات ووظيفتها ، زيادة سرعة التثفل مع زيادة في الغاماغلوبولين وعيار الستربتوليزين . ومن المهم تحليل البول أيضاً للكشف عن البروتين والكريات الحمر ، وتحليل البراز للكشف عن الدم .

**المعالجة** : الراحة في السرير مع إعطاء الستيروئيدات القشرية السكرية عن طريق الفم بمقادير عالية . ويعطى البنسلين في خمج العقديات ، وتحديد الدواء المؤذي ، وإزالة بؤرة الالتهاب . أما تأثير ما يسمى بالأدوية المقوية للأوعية Vessel – Sealing ( الروتين Rutin ، فيتامين ج ) فلم يثبت بعد .

### ظاهرة النزف الوعائي العرضي في الجلد Symptomic Vascular Hemorrhagic Phenomena in the Skin :

التهاب الجلد النزفي بالتماس والطفح النزفي الدوائي ظاهرتان غير نادرتين . ومن الصعب غالباً كشف السبب لازدياد النفوذية الوعائية على الرغم من أن العوامل الفيزيائية مثل زيادة الضغط المائي السكوني تلعب دوراً بشكل ما . وهكذا فإن إكزيمة الساقين يمكن أن تصبح نزفية : ( إكزيمة التماس النزفية ) . ومثلها أيضاً ، فإن تناول بعض الأدوية عن طريق الفم أو المحقونة بالعضل أو الوريد يمكن أن تؤدي إلى طفوح دوائية نزفية ، مع أنه من الصعب إثبات الصلة السببية . كل الأدوية غير الضرورية للحياة يجب إيقافها عند التعرض المتكرر لمثل هذه الظواهر . وما يزال اعتبار الاضطرابات العصبية الوظيفية المستقلة Autonomic كعوامل إمراضية عند المصابين بالنزوف الجلدية أمراً مثيراً للجدل .

## أمراض الانصمام الخثاري Thromboembolic Diseases :

إن أمراض الخثارات والمظاهر السريرية لاضطرابات الانصمام الخثاري عنيت بها فصول أخرى من هذا الكتاب . ويعتبر الأكثر أهمية من هذه الأمراض خثارات الوريد العميق في الساقين والصمات التي تنشأ هناك . ( انظر الفصل ٢٢ – التهاب الوريد الخثاري ) .

# الفصل الرابع والعشرين

# أمراض الأوعية اللمفية

## Diseases of the Lymphatics

د . وليد حناوي

يتحدد توضع أمراض الأوعية اللمفية حصراً على الأطراف السفلية غالباً ، ويقل شيوعها على الأطراف العلوية ، والجذع ، والرأس . وتعتبر الوذمة اللمفية الدليل المرئي على تخريب الأوعية اللمفية . ويمكن تقسيم الوذمة اللمفية إلى وذمة لمفية بدئية وأخرى ثانوية .

**التعريف** : تنشأ الوذمة اللمفية عندما تقل قدرة النقل في النظام الوعائي اللمفي إلى المستوى الذي يصبح فيه عودة الامتصاص ونقل حمولة البروتين اللمفي غير ممكن أو غير كافٍ .

*الوذمة اللمفية البدئية Primary Lymphedema* : قد تتحدد هذه الوذمة بشكل وراثي أو مكتسب ، وهي غير شائعة نسبياً ، وقد تحدث وحيدة أو ثنائية الجانب ، وتبدو تظاهرات الشذوذات البنيوية للأوعية اللمفية عادة حتى في المرضى اليافعين .

*الوذمة اللمفية الثانوية* : ليس لهذه الوذمة أصل وراثي ، ويمكن أن تحدث وحيدة أو ثنائية الجانب ، وهي شائعة نسبياً ، وتصيب الكهول بشكل رئيسي ، والأسباب في الوذمة اللمفية الثانوية مختلفة وعديدة : التخريب النسجي التالي للجراحة أو الرضوح ، أو الأورام ، أو التهابات الجهاز اللمفي والوريدي ، أو أخماج الجلد وتحت الجلد بالجراثيم ، واللولبيات ، والفطور ، والديدان .

**الموجودات السريرية** : يعتبر زيادة محيط القسم المصاب من الجسم مظهراً سريرياً هاماً في الوذمة اللمفية المزمنة . في البداية ، تحدث وهدة Pit بالضغط على التورمات ، وأخيراً يحدث تليف فعال في هذه التورمات ، ولا يمكن للجلد أن يرتفع بعد ذلك ( علامة ستيمر Stemmer sign على الأباخس ) . والعلامات الأخرى للوذمة اللمفية المزمنة هي : الورام الحليمي الاحتقاني ، فرط التنسج البشروي ثؤلولي الشكل ، فرط التصبغات ، وتبدلات الأظفار الثانوية كحثل الأظفار ، انعقاف الأظفار ، خلل لون الأظفار Onychodyschromasia ، ونمو الأظفار البطيء . ولا تصاب العقد اللمفية الناحيّة عادة .

## الوذمة اللمفية البدئية Primary Lymphedema :

### الوذمة اللمفية البدئية الوراثية Hereditary Primary Lymphedema :

يمكن أن تكون الوذمة اللمفية البدئية الوراثية وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب .

### الوذمة اللمفية ، نمط نون – ميلروي Lymphedema, Nonne-Milroy Type [ Nonne 1891, Milroy 1892 ] :

*المرادفات* : **الوذمة اللمفية الولادية الوراثية ، داء الفيل الولادي الوراثي ، الوذمة الاغتذائية .**

**التعريف** : هي وذمة الساق اللمفية الوراثية .

**الحدوث** : المرض نادر جداً . ويحتمل انتقاله بصبغي جسدي سائد ، وتظهر الإصابة عند الولادة ويصيب الفتيات غالباً أكثر مما يصيب الذكور ، وإن خلل تنسج الأوعية اللمفية فيه موضوع قابل للجدل .

**الموجودات السريرية** : يحدث الداء على القدمين وأسفل الساقين بشكل متناظر أو في جانب واحد فقط ، وفي البداية تكون الآفات بشكل تورمات غير مؤلمة عجينة القوام تحدثها وذمة ارتشاحية ، وتلتئم أخيراً عبر تليف النسج الفاعلة ، ولذلك لا تحدث وهدة Pit بالضغط على هذه التورمات . ومن ناحية نموذجية ، لا تتجاوز الوذمة الناحية المغبنية .

**التشريح المرضي النسجي** : غير نوعي ، ويصعب جداً إيجاد الأوعية اللمفية في المقاطع النسجية بعد الإسجاء Embedding والتلوين الروتيني ، كما يوجد تليف خلوي في الوذمة اللمفية الشديدة .

**الأعراض** : شعور بالثقل ، تحدد الحركة إضافة إلى المشاكل الجمالية .

**السير** : غالباً ما يكون تردي الحالة مرافقاً للبلوغ .

**المعالجة** : عرضية . ويمكن تجربة الأنواع الجيدة من العصائب الضاغطة ( III و IV ) .

### الوذمة اللمفية ، نمط ميج [ Meige 1898 ] :

**التعريف** : الصورة السريرية فيها مشابهة لتلك الصورة في الوذمة اللمفية ، نمط نون – ميلروي Nonne-Milroy ، ولكن يتأخر حدوثها .

**الحدوث** : تظهر الوذمة اللمفية في البداية عند سن البلوغ ، ويشيع حدوثها في الإناث أكثر بمرتين من الذكور .

**الأسباب** : غير معروفة ، وسجلت حالات عائلية وانتقالها بصبغي جسدي سائد أو صاغر .

**الموجودات السريرية** : وتتظاهر بوذمة لمفية كما في نمط نون – ميلروي بالإضافة إلى المظاهر الأخرى التالية : توقف النمو ، قصور جنسي ، صغر الرأس ، تخلف عقلي ، سمنة الوركين والفخذين ، تغيرات في الأوعية الدموية حتى درجة ورعاؤومات الدموية ، اصفرار الأظفار أو حثلها ( يمكن ترافقها مع متلازمة الظفر الأصفر ) ، إطراق ( تدلي الأجفان ) Eyelids Ptosis ، ازدواج الأهداب وانقلابها Distichiasis ، والركود الصفراوي المعاود داخل الكبد . ويمكن أن تظهر عيوب في ميناء الأسنان ، وتغيرات لونية في الأسنان في هذا ... ء ترافق مظاهر الركود الصفراوي . ويحدث الركود الصفراوي حكة شديدة ؛ وفي الهجمات يصاب الجلد باليرقان .

**السير** : معاود مزمن ودون أن تشفى الوذمة اللمفية .

**المعالجة** : كما في الوذمة اللمفية نمط نون – ميلروي .

### متلازمة أولريخ – تورنر Ullrich – Turner Syndrome [ Ullrich 1930, Turner 1938 ] :

تظهر هذه المتلازمة النادرة في المرضى ذوي الكروماتين السلبي والذين ينقصهم الصبغي الجنسي ( 45 + XO ) . تكون قامات هؤلاء المرضى قصيرة ، وأطوال الكهول منهم أقل من ١٤٥ سم ، ويكون النمط الظاهري لهذه المتلازمة أنثوياً ويتميز بطفالة جنسية وضهي بدني . ومن المدهش سريرياً ، وجود الظفرة ( الجلد المجنح ) في منطقة العنق . وغالباً ما تترافق هذه المتلازمة بوذمة لمفية ولادية على ظهر اليدين والقدمين . وبشكل مغاير للوذمات اللمفية البدئية الأخرى ، تتصف هذه الوذمة اللمفية بتراجعها في الكهولة الباكرة ، وتتضمن المظاهر الأخرى التالية : صدر يشبه الترس مع حلمات متباعدة ، مرفق أروح ، قصر السنح الرابع ، حثل الأظفار ، زيادة عدد الوحمات المصطبغة ، شذوذات كلوية ، نقص حديد المصل ، ونقص السمع .

## الوذمة اللمفية البدئية غير الوراثية Nonhereditary Primary Lymphedema :

### الوذمة اللمفية الولادية الأساسية Essential Congenital Lymphedema :

**التعريف** : شكل لا عائلي من الوذمة اللمفية الولادية .

**الأسباب** : غير معروفة .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن تصاب الساقين معاً أو ساق واحدة . ومنذ الولادة ، يكون الطرف متورماً وجاسئاً Indurated . وفي بعض الحالات ، يتوضع الورم على القدم أو الربلة ، غير أن الساق تتضخم كلها عادة .

### الوذمة اللمفية الغامضة غير الوراثية وغير الولادية :

**التعريف** : وتشمل جميع الأشكال من الوذمة اللمفية ذات الأسباب غير المعروفة والتي تكون غير وراثية وغير ولادية .

**الحدوث** : ويعتبر الشكل الأكثر شيوعاً من الوذمة اللمفية ، يبدأ المرض بين عمر ١٠ سنوات و ٢٤ عاماً ( الوذمة اللمفية المبكرة L. Praecox ) ولكنها أقل شيوعاً في الكهول الأكبر سناً ( الوذمة اللمفية الآجلة L. Tardum ) ، كما وتشيع الإصابة لدى النساء أكثر منها عند الرجال .

**الموجودات السريرية** : في الهجمة الأولى ، يبدي المرضى تورماً في القدم أو في الكاحل ويزداد هذا التورم في الصيف أو قبيل الحيض أو في الحمل ، ويمتد من المناطق القاصية إلى الدانية خلال أيام أو شهور أو حتى سنوات . وفي المراحل المتأخرة ، لا تتناقص الوذمة اللمفية بعد رفع الطرف . وتضاعف الحمرة من سير المرض عادة . وفيما بعد ، تحدث التبدلات المتناوبة الثانوية في الجلد . وكما في الشكل الولادي الأساسي ، فإن الوذمة اللمفية تترافق بتشوهات أخرى وخاصة تشوهات الجهاز الوعائي .

**التشخيص** : ويتم التشخيص سريرياً ، يبدي تصوير الأوعية اللمفية لا تنسجاً في الأوعية اللمفية الكبيرة .

**المعالجة** : عرضية .

*المعالجة الجهازية* : المدرات .

*المعالجة الموضعية* : تطبيق العصائب الضاغطة من صنوف III ، IV ، والاتقاء من الحمرة .

## الوذمة اللمفية الثانوية Secondary Lymphedema :

إن منشأ الوذمة اللمفية الثانوية قد يكون التهابياً أو غير التهابي ، ويعزى إلى الاحتقان . والدليل إلى التشخيص التفريقي موجود في الجدول ٢٤ – ١ .

### التهاب الأوعية اللمفية الحاد Acute lymphangitis :

يبدو التهاب الأوعية اللمفية الحاد على شكل احمرار في الجلد وإيلامه المستمر غالباً ، وعلى امتداد الطرق اللمفية . ويحدث في

أخماج الجلد الجرثومية العديدة ، ويترافق مع الجلادات الحمجية المستبطنة ، وتعالج الحالة بحسب العامل المسبب .

### داء الفيل Elephantiasis :

**التعريف** : داء الفيل عبارة عن تورم مشوه في أقسام من الجسم ويعزى إلى الانســداد اللمفي المزمن ، وإلى إطباق الأوعية اللمفية ، وإلى الالتهاب المليف الفعال الذي يترافق بتكاثر النسج الضامة ( تليف ، جسوء ، تصلب الجلد ) .

**الموجودات الســريرية** : في الهجمة الأولية تحدث الوهدة بالضغط على التورمات ، ولكن بازدياد التليف وتشكل ألياف الكلاجين ، يصبح الجلد صلباً ( ثخن الجلد Pachyderm ) . ويزداد الورم باستمرار حتى يصبح في النهاية ضخماً ، ويشاهد داء الفيل غالباً في الساقين . وعلى أية حال ، قد تصاب مناطق الجلد الأخرى وتشمل الأعضاء التناسلية ( الصفن ، القضيب أو الأشـفـار ) ، والشفتين ، والأنف ، والأجفـان ، أو ظهر اليدين . وتتردى الناحية الوظيفة بازدياد درجة هذا الداء حيث تنقص القدرة على المشي إذا أصيبت الساقين . وفي الحالات الشديدة ، فإن إصابة الساق بهذا الداء ، تصبح ثقيلة ومشوهة جداً بحيث يصبح المشي مستحيلاً ، ويكون لون الجلد في البداية أصفر ضارباً للبياض ثم أحمر مزرقاً وأخيراً بنياً متسخاً . ويميل الجلد الأملس أصـلاً إلى التوسف ويرافقه فرط تقرن ثؤلولي الشكـل ، وتكـاثرات حليمومية ، وتقرحات أيضـاً . وإن حدوث التعطين بين الحدبات التي تشبه القنبيط تكون سبباً ونقطة البداية للأخماج الجرثومية الثانوية .

ومن الممكن تفريق الأمراض التالية المسببة للفيل :

### داء الفيل المداري Tropical Elephantiasis :

*المرادفات* : داء الفيل بالخيطيات Filarial Elephantiasis .

يعتبر داء الخيطيات السبب الرئيسي للفيل في المناطق المدارية ( انظر الفصــل ٩ ) تظهر الخيطيــة البنكـروفاتيـة الفخرية Wucheria Bancrofti والبروجيا مالايا Brugia Malaya في الأوعيـة اللمفيـة للسـاقين والسبيل الهضمي وتسبب التهاباً ثم انسداداً في الأوعية اللمفية .

وتتضاعف الصورة السريرية بالأخماج الجرثومية الثانوية التي تتضمن الحمرة ، ويمكن أن تسبب التورمات أشكـالاً غريبـة وخاصة في الناحية التناسلية .

**الجدول ٢٤ ـ ١ : التشخيص التفريقي للوذمة والوذمة اللمفية**

| وحيدة الجانب | ثنائية الجانب |
|---|---|
| *وريدي* | *النهاية* |
| خثار وريدي في الساق | متلازمة سوديك Sudeck S. |
| خثار وريدي حوضي | الوذمة الوعائية |
| متلازمة عقب الخثار | *وراثية* |
| *الأورام الخبيثة* | عوز مثبطة المتممة $C_1$ استراز |
| الرحم | *وظيفي* |
| الموثة | وذمة ركودية |
| النسج الضامة اللينة | وذمة قبل الطمث |
| الثدي | وذمة الحمل |
| متلازمة ستيورات – تريفيز | *غذائية* |
| لمفوم | سوء التغذية المزمن |
| غرن كابوزي Kaposi's | عوز البروتين |
| Sarcoma | الاعتلال المعوي النضحي |
| *فطري* | *دوائي* |
| الفطار الصبغي | جيستاجين ( هرمونات حملية ) |
| *حموي* | مشتقات الغوانيتيدين |
| الحلأ البسيط | ٨ – ميتوكسي بسورالين |
| الناكس في نفس المنطقة | الستيروئيدات |
| *جرثومي* | مضادات ارتفاع التوتر الشرياني |
| الحمرة ، الوذمة الجاسئة | المدرات الملحية |
| الراجعة ( الناكسة ) في | *الأمراض الداخلية* |
| الإفرنجي | الكلوية |
| *الديدان* | القلبية الوعائية |
| الخيطية : الفخرية البنكروفتية ، | الكبدية |
| بروجيا مالايا | *الجلادات* |
| *آلي* | الصداف البثري المعمم |
| تجويف العقد اللمفية | وردية الوجه |
| تشعيع العقد اللمفية | العد المكبب |
| المفتعلة | |

### داء الفيـــل الفـطـري المـلون Chromomycetic Elephantiasis :

*المرادفات* : التهاب الجلد الثؤلولي ، الفطار البرعمي الأسود ، الفطار البرعمي الصبغي .

في المناطق المدارية ، إن أي تورم في الأطراف ، وخاصة الساقين ، يرافقه عناصر الفيل الندبية والثؤلولية الشكل تقود إلى

تشك بالفطار الملون ( راجع بحث الفطارات الجلدية ، الفصل ٧ ) . والعوامل الممرضة هي فطور مختلفة تنتمي إلى مجموعة الفطور الجلدية التي تشكل كتلاً خلوية بنية مدورة وتنمو في الزرع على شكل كداسات قاتمة .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يؤخذ الفطروم **Mycetoma** بالاعتبار في التشخيص التفريقي .

**داء الفيل البلدي Elephantiasis Nostras** :

**التعريف** : ويشمل هذا الداء التورم اللمفي الثانوي في جميع الأمراض ذات الأسباب المتعددة ، التي تحدث في المناطق المعتدلة ( تعني كلمة **Nostras** باللاتينية : خاصتنا ، وبالإنكليزية **our** ) والتي لا تعزى إلى الأخماج بالخيطيات أو الفطور الملونة الشائعة في المناطق المدارية .

**الحدوث** : مرض شائع نسبياً إذا شمل كلاً من أشكال التورم المجهضة والأشكال العملاقة معاً . ويكون المرض وحيد الجانب عادة ويصيب الكهول من الجنسين .

**الأسباب** : يمكن للأسباب المختلفة أن تثير حدوث الفيل التالي للوذمة اللمفية ومنها :

*الحمرة الراجعة المزمنة* : وهو السبب الأكثر شيوعاً ، وإن الآفات حتى الصغيرة جداً والتي تتوضع عادة في فلوح الأفوات بين الأباخس وتعزى إلى السعفة القدمية ، يمكن أن تشكل أبواباً لدخول العقديات . ومع ترقي داء الفيل ، يشيع مشاهدة التآكلات أو الشقوق أو التعطين . ويزيد رجعة الحمرة من انسداد الأقنية اللمفية بسبب الالتهاب الواسع للنسيج الضام في الجلد وتحت الجلد ( راجع الشكل ٢٤ ـ ١ ) .

*الخمج بالحلأ البسيط الراجع في نفس المكان* : قد يسبب تورماً فيلياً في القضيب ، الصفن ، الشفرين ، الشفتين ، الأصابع ، أو ظهر الأصابع ( راجع الشكل ٢٤ ـ ٢ ) .

*الورام الحبيبي اللمفي الأربي* : ويقود هذا الورام إلى فيل الأعضاء التناسلية ( الفيل التناسلي أو فيل منطقة الشرج **Esthiomene** ) .

*التهاب الوريد الخثاري أو التهاب محيط الوريد* : وتؤدي هذه الإصابة إلى انسداد الأوعية اللمفية التالي للالتهاب في الساقين .

*الأورام* : يمكن للسرطانات ، والملانومات الخبيثة ، والأغران ، والمفومات الخبيثة أن تضغط الأوعية اللمفية أو تسبب وراماً لمفياً بإحداثها احتشاءات في الأوعية اللمفية أو بانتقالاتها إلى العقد اللمفية .

*الأمراض الالتهابية* : تظهر الوذمة اللمفية المستمرة في المقطب وجسر الأنف والأجفان في بعض المرضى المصابين بوردية الوجه أو بالعد المكبب .

*الجراحة* : إن الاستئصالات الجذرية بتجريف العقد اللمفية الناحيّة كاستئصال الثدي قد تترافق بفيل الساعد . ويتطور الغرن اللمفي الوعائي الدموي خلال ٥ ـ ٢٠ عاماً ، ويتظاهر على شكل عقد وعقيدات انتقالية حمراء مزرقة ومرتشحة والتي تزول أخيراً ( متلازمة ستيورات تريفيز ١٩٤٨ ) ( راجع الشكل ٢٤ ـ ٣ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي أشكال الفيل البلدي المتعددة الأسباب صورة غير نوعية من توسع في الأوعية اللمفية ، وغياب في الأقنية اللمفية الطولانية ، ووذمة في الجلد وتحت الجلد ، وتوسع في الأوعية الدموية ، ورشاحات التهابية حول الأوعية في محيط الأوعية اللمفية والأوعية الدموية . وكذلك يبدي تصلباً وتليفاً ، أي تصلب الجلد ، وإصابات ثانوية .

**السير** : مترقٍ عادة ، ويعتمد على المرض المستبطن الذي يثير حدوث هذه الحالة . وتعزى الضخامة إلى الفيل التليفي اللا عكوس عادة .

**التشخيص** : التشخيص السريري سهل ، ولكن يصعب تحديد السبب غالباً . والقصة المرضية هامة . فعلى سبيل المثال تميل الحمى في الحمرة الراجعة لأن تكون أقل شدة من نكس لآخر ، وتصبح الزيادة في سرعة التثفل أقل ارتفاعاً . ويكون التشخيص إما التهاب النسيجة تحت الجلد **Hypodermatitis** الراجع أو الإصابة بالحمرة . ويشار في الإجراءات التشخيصية إلى استخدام التصوير اللمفي أو التصوير الوريدي .

**المعالجة** : وتعتمد المعالجة على المرض المستبطن .

*المعالجة الجهازية* : في الحمرة الراجعة المزمنة ، يتم الاتقاء بإعطاء البنسلين ( بنسلين بنزاتين ) عضلياً كل ٣ ـ ٤ أسابيع لأكثر من عدة شهور غالباً وحتى يتم الشفاء التام لأبواب الدخول ( الفلوح الفوتية بين الأباخس التي يرافقها التعطين ، الشقوق ، السعفة القدمية ) . وفي الحالات الخاصة ، يكون العلاج المضاد للالتهاب الإضافي بإعطاء الستيروئيدات ضرورياً كي تتناقص تفاعلات النسيج الزائدة بالأرومات الليفية .

*المعالجة الموضعية* : علاج أبواب الدخول في الحمرة الراجعة المزمنة : علاج السعفة القدمية بحذر واتقاء حدوثها بالعناية الدقيقة للقدمين . وفي الفيل الشديد تفيد العصائب الضاغطة ، والجوارب المرنة ذات الدرجات العالية للضغط ( **III** و **IV** ) . وقد يؤخذ بعين الاعتبار الإجراءات الجراحية في الحالات الخاصة .

**الوذمة اللمفية المفتعلة Factitial Lymphedema :** . Disease

*المرادفات :* متلازمة سيكرتان ، داء سيكرتان Secretan's التفاصيل في الفصل ٢٥ « الوذمة اللمفية » .

# الفصل الخامس والعشرون

## أدواء الجلد العصبية والنفسية المنشأ

## Neurological and Psychogenic Skin Diseases

د . هناء المسوكر

### الحكة Pruritus :

تعزى كلٌ من الحكـة والألم إلى منبهـاتٍ مؤذيـة ، وهما إحســاسان مزعجان يبدآن اعتباراً من مؤثرات خارجية أو داخلية يتم استقبالها مركزياً . ويرتبط إحساس الحكـة مع الاستجابة الحركية للتخديش عبر منعكس نخاعي يمكن تثبيطه بواسطة مراكز قشرية . تثار الحكة في الجلد وليس في الأحشاء وهي تتميز عن الإحســاسـات المؤلمة . أما الدغدغة فليست سوى إحســاس يثـار في الجلد بواسطة اللمس أو الجس السطحي ، ويمكن اعتبارها كإحساس يقع في درجة متوسطة بين إحســاسي الألم والحكّة . وتؤدي الحاثّات اللمسيـة إلى حدوث إحســاس دغدغة عن طريق المستقبلات اللمسية مما يؤدي بدوره إلى حدوث الاستجـابة الحركيـة التخديشيـة . والإحســاس بالدغدغة ليس سوى شعور مؤقت لا يلبث أن يزول وذلك على خلاف الحكة ، فالحكة ليست إحساساً مؤقتاً بل إحساسٌ مستمر .

**الإمراض** : يرتبط حدوث الحكـة بتعصيب الجلد . وتنقـل المستقبلات الجلدية المختلفة إحسـاس الحكة ، وبشكل رئيسي عبر الأليـاف A و C متعـددة الأشكـال . وتتضمن بُنيـات المستقبلات في الجلد : مستقبلات اللمس وهي أقراص ميركل Merkel ، وأعصــاب الأشعـار ، وجسيمات الضغط لميسنر Meissner ، وجسيمات بـاسيني Pacini ، وجسيمات غولجي مازوني Golgi Mazzoni ؛ ومستقبـلات الحرارة ، وشبكـة أعصـاب الأدمية التي تحوي على مستقبلات البرد ( جسيمات كراوزه Krause ) ، ومستقبلات للحرارة ( جسيمات روفيني Ruffini ) ؛ ومستقبلات الألم التي تنبثق من النهايات العصبية الحرّة . تؤلف المستقبلات الجلدية نموذجاً من الشبكات الناقلة التي تُبدي ، مثل جميع الأجهزة الخلوية ، كمون راحة من نمط الكمون المنتشر . ويكون هذا الكمون بقوة ٦٠ ـ ٨٠ (mV) وينجـم عن توزع الشـوارد مع تركيز عالٍ خارج الخلايا لشـوارد $Na^+$ و $Cl^-$ وتركيز عالٍ داخل الخلايا لشـوارد $K^+$ . وتميـل هذه الأخيرة للخروج من الخلية تاركة كموناً سلبياً . حتى إذا نشأ كمون الفعْل تتشكل دُفْعةٌ استثارية شبيهة بالموج ، وتنتقل هذه الدُفعة عبر النخاع الشوكي إلى الدّماغ . وتؤدي المنبهات الكيميائية والكهربائية إلى إزالة الاستقطاب في الغشــاء الخلوي حيث ينخفض كمون الغشـاء إلى ما دون ـ ٥٠ (mV) ، وتنفتح أقنية الصوديوم الخاصة بالغشاء فتدخل شوارد الصوديوم $Na^+$ إلى الخلية مؤدية في النهاية إلى حدوث كمون داخل خلوي يقدر بما يعادل +٢٠ mV . وهذا ما ييسر تدفق شـوارد البوتاسيوم $K^+$ ، ثم تنغلق أقنية الصوديوم ويتم التخلص من شـوارد الصوديوم $Na^+$ بواسطة النقل الفعّال للأتب ATP المستـنـفـذ . هـذا ويرتبط زوال الاستقطـاب بتركيب وتحرر الوسائط مثل الهستامين والسيروتونين وعديدات الببتيد ، مثال : المادة P ، الكينينات ، البروستاغلاندينات . أما المواد الأخرى مثـل الحموض الصفراوية فقد تقوم بفعلها إما بشكل غير مباشر عبر الوسائط الموجودة في الجلد ، ربما عن طريق تحرير الهستـامين ؛ أو بشكـل مبـاشـر حيث تؤثر على البنيات العصبية في الجلد .

**نماذج الحكة** : يمكن تمييز النماذج التالية من الحكة :

ـ *الحكة النفسية* : وهي استجابة جلدية قصيرة الأمد للمنبهات البيئيـة والجسـميـة العـادية وهي قد تؤدي إلى التخديش أو لا تؤدي إلى حدوثـه . أمـا الدغدغـة فتعتـبر لمسـة متحركة بالإضافة إلى استجابتها الفعالة ويمكن تمييزها عن الحكة .

ـ *الحكـة المرضية* : وهي إزعاج جلدي شديد يحدث مرافقاً للتبدلات الجلدية المرضيـة أو التبدلات المرضيـة في الجسـم ، وتؤدي عـادة إلى تخديش شـديد أو محاولات أخرى هدفهـا الوصول إلى الراحة .

ـ *الحكة العفوية (Rothman)* : وهي حكة غير مرتبطة بأية تبدلات مرضية في الجلد أو الأعصاب الجلدية ، ويمكن أن تنشأ نتيجة للتبدلات الاستقلابية أو السمّية في الجسم . وقد تكون هذه الحكة نفسية أو مرضية .

ـ *الحكـة البؤرية Focal Itch* : وهي حكـة مرضية مُوَضَّعة نتيجة لتبدلات في الأعصاب الجلدية أو الأنسجة الأخرى .

ـ *الحكـة المتشتتـة (Cormia) Scattered Itch* : وتنشـأ في نواحٍ متعددة ومتباعدة في الجلد تبعاً لاستثارة حاكة في ناحية جلدية واحدة .

ـ *الحكة الرجيعة Referred Itch* : وهي تسمية أكثر حداثة للحكة المتشتتة لكنها كثيراً ما تكون في نفس القطاع الجلدي .

ـ *الحكة الانقلابية أو التحويلية* **Conversion Itch** : وهي عبارة عن تحول اختبار حسي سوي إلى حكة ، كتحول حس اللمس أو الدغدغة إلى حكة في جلد تأتبي ذو مظهر سويّ في العادة .

ـ *الجلد الحاك* **(Bickford)** : حيث نجد ناحية جلدية ذات استجابة مفرطة تجاه المنبهات المثيرة للحكة حول بؤرة فيها منبه أوّلي للحكة أو التهاب جلد أوّلي . وهي تكافىء ناحية مفرطة الحس تجاه الألم حول نقطة جلدية مُنَبِّهة تجاه الألم .

ـ *الحكة العصبية المعمّمة* : وهي حكة مُنبِّهة أو تسيطر عليها الجملة العصبية المركزية ، وتكون التبدلات الجلدية فيها ثانوية .

**الموجودات السريرية** : تعتبر الحكة إحدى الإحساسات الجلدية الأكثر شيوعاً وتكون مزعجة عادة ، وكثيراً ما تكون مؤلمة ومُعَذِّبة جداً ، حيث ترهق المريض وتؤدي إلى الأرق والإعياء . وقد ينتج عنها العصبية وضعف القدرة على العمل . وقد ينقص نشاط الأطفال في المدارس بشكل لا بأس به لذلك ليس من المدهش أن تؤدي الحكة بالمرضى إلى استشارة الأطباء . وقد أدّت حالات من الحكة الشديدة إلى الانتحار . ويعتبر التقييم الصحيح للحكة مهمة صعبة تستدعي إجراء استقصاء شامل للمريض .

**القصة المرضية** : هناك حالات تكون الحكة موجودة فيها باستمرار ، ولكن هذا نادر . وفي العادة تحدث الحكة بشكل متقطع . وتعتمد الحكة أحياناً على تبدلات الحرارة ، فمثلاً تحدث الحكة عندما يدخل المريض إلى غرفة دافئة قادماً من جو بارد . وقد تظهر الحكة نهاراً على شكل نُوَب ، وقد تتفاقم أثناء الليل . وفي بعض الحالات يخدش المريض آفاته الموضعة إلى أن يسيل الدم وعندها تتوقف الحكة . وقد يزداد التخريش ولا يتوقف إلا بعد أن يُرْهِق المريض . وقد تغيب الحكة أثناء النهار وتصبح فعّالة بشكل فجائي في السرير الدافىء . وتختلف شدة التخريش . فكثير من المرضى يخدشون آفاتهم بشكل مؤذي ، بينما يكون التخريش عند البعض الآخر أقل تخريباً ، وقد تكون القصة الشخصية أو العائلية أو المرضية أو الأرجية أو التأتبية ذات علاقة !.. .

**الموجودات الجلدية** : يبدي الجلد وجود تسحجات في حالات الحكة الشديدة . ولهذه التسحجات أهمية تشخيصية لأنها يجب أن تُميز عن الجُلاد المسبب . وفي كثير من الحالات تكون الأدواء الجلدية المسببة للحكة مُخَبَّأة تماماً وراء هذه التسحجات ويجب البحث عنها . وتؤدي التسحجات إلى صورة سريرية نموذجية ، فالتسحجات لا تتوضع على الجلد بشكل عشوائي ولكنها تتوضع عادة في المناطق التي يمكن أن تصل إليها الأصابع المخدشة بشكل كامل . وغالباً ما يحدث التخديش بعدّة أصابع وتكون الخطوط التسحجية متوازية . ويتألف الشق السحجي من شريط أحمر مع تسحجات أصغر أو أكبر حجماً . وفي بعض النواحي يمكن لهذه التسحجات أن تنزّ إذا كانت حديثة ، أو تكون مغطاة بجلبات مدمّاة إذا كانت قديمة . ويمكن أن يطرأ على التسحجات خمج ثانوي . وقد يؤدي التقوبُؤ الناشيء بشكل أولي في ناحية ما على الجلد إلى تشكل آفات أخرى عديدة . أما أسباب الحكة فعديدة ومختلفة .

## الحكة الناجمة عن الآفات الجلدية : Pruritus from Skin Diseases

*المرادفات* : **Pruritus cum materia** .

قد تكون الحكة نتيجة للإصابة بمرض جلدي . ويشخص الجُلاد في هذه الحالات على أنه من الآفات الجلدية الأولية النموذجية . وكثير من الأمراض الجلدية تترافق مع الحكة . وتشاهد الحكة الشديدة المؤدية للخدوش وما يلي ذلك من تأثيرات في الإكزيمة ، وخاصة التأتبية منها ، وفي بعض الفطارات والأدواء الطفيلية . وفي كثير من الجُلادات مثل الحزاز المسطح والشرى لا ترى التأثيرات المخدشة على الرغم من الحكة الشديدة ، لأن الجلد على الرغم من أنه يتعرض للحك والفرك بشكل مؤكد إلا أنه لا يخدش . ويبدي المرضى أظافر لماعة مميزة تدعى بالأظافر اللمّاعة **Glossy Nails** . وتتميز الإكزيمة التأتبية بنوب من الحكة . وتخدش الآفات الحادثة في الشرى الخطاطي بشكل شديد ( الحكاك البسيط تحت الجلد ) ، وتتوقف الحكة عادة بعد حدوث التخديش بشكل مفاجيء . ولذا لا يرى فيما بعد سوى آفات شديدة التخديش نزفية ومغطاة بجلبات دون أن ترى علامات التخديش . وكثيراً ما يؤدي الإلمام بهذه القصة النموذجية إلى وضع التشخيص . ويصاحب الحكة في العادة ما يسمى بكتوبية الجلد وهي تزداد بفعل الحك غير أنه لا يحدث تسحج .

**الجلادات الصغرى** : هناك عدد من الجلادات الحاكة الصغرى ، وتكون عادة غير واضحة . وقد تؤدي الحمامات الساخنة المتكررة أو اليومية مع استخدام الصوابين المزيلة للشحوم ، وبشكل خاص ، المواد المضافة على شكل رغوة إلى جفاف جلد ( التهاب الجلد بانعدام الزهم ) غالباً ما يترافق مع وسوف ناعمة قلما ترى في كثير من الأحيان . يتبع هذا الجفاف حكة شديدة ( أحياناً حكة ثانوية مائية المنشأ ) . يشاهد التخريش عند المسنين في النواحي ذات الغدد الزهمية القليلة ( الحكة الشيخوخية ) ، كناحية الساقين وخاصة في

تسمى الشتاء ( حكة الشتوية ) عندما تكون نسبة الرطوبة منخفضة . ويعاني كثير من عطوبية وعائية Vasolability . وعند الضغط على الجلد بشكل كليل يحدث تفاعل شروي مع خريطة سريع ( كتوية الجلد الشروية ) . كما يتحرض هذا التشكل حتى الاحتكاك مع الملابس . ويؤدي الصوف بصورة خاصة إلى حكة في حالات التأتب . وهناك أشكال مختلفة من الشرى تؤدي إلى الحكة أيضاً . وكثيراً ما يحدث تفاعل جلدي شروي أو حكة عند التأتبيين لدى الانتقال من جوٍّ باردٍ إلى غرفة حيمة دافئة .

## الأدواء الجلدية الوبائية الطفيلية الحيوانية المصدر Epizoonoses

: لابد مِنَ البحث عن الطفيليات عند جميع المرضى الذين تكون شكايتهم الرئيسية هي الحكة . ويعتبر الجرب (Mites) أشيع سبب للحكة الناجمة عن الأدواء الطفيلية حيوانية المصدر . وتأتي حكة الجرب بشكل خاص في المساء وفي الليل في دفء الفراش . ويجب البحث عن صئبان قمل الرأس في الأشعار خلف الأذنين في حالات الحكة المتوضعة في فروة الرأس . ويبحث عن الطفيلي في طيات الملابس لدى إصابات قمل الجسد ، وفي أشعار العانة وفي كل النواحي المشعرة الأخرى في نواحي الجذع للبحث عن قُمَّل العانة .

## حكة غير المترافقة بمرض جلدي
## : Pruritus without Skin Diseases

المرادفات : Pruritus sine materia .

يبرر تشخيص الحكة بدون وجود مرض جلدي ، فقط في الحالات التي لا توجد فيها أية جلادات أو جلادات صغرى أو تكشف الطفيليات فيها . ويمكن للحكة الجلدية ، دون ترافقها بجلادات محدثة بالتأكيد ، أن تنجم عن أمراض مجموعية أو أن تسيطر على هذه الأمراض . وتتضمن هذه الأمراض الداء السكري ، وآفات الكبد ( يرقان ) ، والكلية وخاصة عند المرضى المعالجين على الديال (Dialysis) ، وفي داء هودجكن ، والأورام الخبيثة . وتنجم الحكة الشديدة في اليرقان عن ترسب أملاح الصفراء في الجلد . ولابد من إجراء فحص طبي شامل حتى البحث عن سبب الحكة . وإذا لم يتم التوصل إلى نتيجة بعد الفحص فيجب التفكير بإجراء الاستقصاءات العصبية والنفسية . ويجب أن يبقى في الذهن دوماً الحكة الناجمة عن الأدوية . وأحد الأمثلة عليها هي حدوث الحكة أثناء المعالجة الكيميائية الضوئية PUVA .

**الجدول ٢٥ ـ ١ : الأسباب المجموعية للحكة**

| | | |
|---|---|---|
| ● *الاحتشار Infestations* | ● *امراض الكبد* | ● *أدواء الغدد الصم* |
| داء الصفر Ascariasis | الركود الصفراوي | آفات الغدة الدرقية |
| داء كلابية الذنب | ● *الحمل* | المتلازمة السرطاوية |
| داء الشعرينات | *أمراض الكلية* | الداء السكري |
| وغيرها | يوريمية | |
| ● *الجهاز العصبي* | الأدوية | ● *آفات تكون الدم* |
| توهم الآفات | | فقر الدم |
| التوهمات | | |
| الحكة الشيخوخية | | كثرة الحمر |
| التصلب العديد | | بارابروتينيمية ( وجود نظائر البروتينات في الدم ) |
| | | ● *الخباثات* |
| | | مكونة للدم |
| | | الشواك الأسود |

## الحكة البسيطة Pruritus Simplex :

*المرادفات :* الحكة الجلدية البسيطة .

يُبرر تشخيص الحكة البسيطة فقط في الحالات التي تُستنفد فيها جميع الاحتمالات التشخيصية الأخرى مع عدم وجود أيّ سبب واضح للحكة . وكثيراً ما يوضع هذا التشخيص سريعاً دون فحص المريض بشكل كافٍ . ويجب التفكير بالجرب في كل حالات الحكة في أوقات الحرمان حيث تزيد نسبة الاحتشار الطفيلي .

**التشخيص** : يجب تقييم أعراض الحكة بشكل عادل في كل حالة . ومن الضروري دائماً إجراء فحص طبي عام . وكثيراً ما يجب إجراء الاستقصاءات المجموعية والعصبية والنفسية أحياناً للوصول إلى أساس متين لوضع التشخيص الصحيح لدى المصابين بالحكة .

**المعالجة** : عرضية .

*المعالجة الجهازية : تعطى مضادات الهستامين ، المركّنات ،* ومن الممكن أحياناً إعطاء الأدوية النفسية وغيرها .

*المعالجة الموضعية : يطبق محلول الخل الممدد* ( ٣ ملاعق شاي لكل ليتر ماء ) ، المساحيق والهلامات الحاوية على المواد المضادة للحكة . وتؤدي رهيمات القطران والفينول والمنتول إلى راحة

مؤقتة . ولابد من تبديل عادات الاستحمام والاغتسال . ويجب أن تكون العناية الجلدية تابعة لنوعية الجلد ويجب تجريب المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية ( UVA أو UVB ) أو البوفا PUVA .

## الحكاك Prurigo :

لقد أطلقت تسمية الحكاك على الطفحات الجلدية المختلفة الشديدة الحكة ( الحكاك هو الحلبة الحاكة ) . تبدو الآفات الأولية في هذا الداء على شكل حطاطات شروية مصلية أو حطاطات شروية أو حطاطات عقيدية ثابتة تتسحج نتيجة الحكة ( راجع الجدول ٢٥ : ٣ ) . وهناك تشوش كبير فيما يخص تصنيف أدواء مجموعة الحكاك وذلك بسبب وجود عدد كبير من المرادفات في التسمية . ويبدي الحكاك الحاد علاقة سريرية وتشريحية مرضية نسجية قريبة من الشرى في ضوء التفاعل الالتهابي النضحي . ويشاهد ارتشاح التهابي خلوي في الحكاك تحت الحاد ، ويزداد هذا الارتشاح الالتهابي في الحكاك المزمن . ولهذا السبب نادراً ما ترى حطاطة مصلية أو حطاطات شروية كافّة أوّلية . ويميز التفاعل الالتهابي الخلوي الأدمي مع علامات التكاثر البشروي الصورة السريرية والنسجية للحكاك المزمن . وأخيراً لا تشاهد آفات أولية حطاطية مصلية في الحكاك العقيدي للمؤلف هايدي Hyde ، وتتطور الآفات الأولية كعقيدات .

**الجدول ٢٥ ـ ٢ : المعالجة الجهازية في الحكة**

| العوامل المضادة للالتهاب | عوامل الجهاز العصبي المركزي |
|---|---|
| الستيروئيدات | الغُفْل Placebo |
| حاصرات $H_1$ و $H_2$ | المركّنات |
| الساليسيلات | المهدئات |
| كرومولين Chromolyn | مضادات الكآبة |
| تاليدوميد | النالوكسون Naloxone |
| ● *الأدوية ذات الفعالية الوعائية* | ● *الأوشظة Sequestrants* |
| حاصرات ألفا | كوليسترامين |
| حاصرات بيتا | الفحم النباتي Charcoal |
| المبنجات | هيبارين ( وريدي ) |
| الإيبي نفرين | |

### الحكاك الحاد في الطفولة Acute Prurigo of Childhood :

*المرادفات :* الحكاك البسيط الحاد الطفلي لبروك (Broq) ، الشرى الحطاطي الطفلي ، الحزاز الشروي ، الحزاز البسيط الحاد (Vidal) .

**التعريف** : هو عبارة عن تفاعل ناكس ، كثيراً ما يكون تجاه الحشرات ، يصيب الأطفال بشكل خاص وكثيراً ما يعتبر من الآفات الطفيلية الحيوانية المصدر .

**الحدوث** : يصيب الأطفال بشكل رئيسي ، ويغلب حدوثه في الصيف والخريف ونادراً ما تظهر هذه الآفة عند الشباب والكهول ولذا حازت على تسمية « الشرى الحطاطي الطفلي » .

**الإمراض** : يرتبط هذا الداء بالشرى . ويشتبه بوجود تفاعل تجاه الحشرات أو الأدوية أو أرجية تجاه الأطعمة . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التسنين عند الأطفال الصغار في السببيات (Toothpox) وقد يكون للكرب أهمية أيضاً . ويعتقد معظم المؤلفين بأنه واحد من الأمراض الطفيلية الحيوانية المصدر ، أي أنه داء ناجم عن لدغ أو عضة الحشرات كالبعوض والسوس والبراغيث . وتزداد نسبة حدوث الداء في الأرياف ، ويتوافق الظهور الموسمي أو الفصلي للداء مع عادات اللدغ أو العض لدى الحشرات . وتكون نتائج الاختبارات داخل الجلد أكثر إيجابية لدى استخدام مستأرجات الحشرات عند المرضى مما هي عليه عند الشّاهد ( المراقبة ) . ويغلب شفاء الداء عفوياً ، مثلاً لدى إدخال الأطفال إلى المشفى ، وقد يكون تفاعلاً أرجياً من النمط العاجل تجاه المستأرجات الناجمة عن اللدغ أو العض .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٢٥ ـ ١ ) يظهر في العادة عند الأطفال الأصحاء في عمر يتراوح بين ٢ ـ ٨ سنوات على شكل هجمة حادّة من الحطاطات المصلية الشديدة الحكة على الجذع والأطراف مع هالة حمراء مرتفعة قليلاً . وقد تكون هذه الاندفاعات متفرقة أو متجمعة ، ولا توجد أية أعراض مجموعية . وتحدث تورمات شروية قاسية ، وصغيرة ( ٢ ـ ١٠ ملم ) في مركز بقعة صفراء ( تسرّب مصلي ) ويمكن الكشف عن هذه الاندفاعات لدى معاينتها بالشفوفية . وقد تؤدي الحطاطة المصلية إلى تشكل حويصلي مركزي صغير . ويبدي الداء النضحي في بعض الأحيان حطاطات مصلية تبدو على شكل فقاعات متوترة ( الشرى الحطاطي ـ الفقاعي ) ، إلا أنه يغلب في العادة أن تبقى هذه الآفات على شكل حطاطات مصلية تفقد هالتها الحمراء خلال بضع ساعات وتتحول نتيجة للتخديش إلى حطاطات قاسية

متسحجة ارتشاحية تكسوها جلبات . تشفى الآفات تاركة وراءها بقعاً ناقصة أو مفرطة الصباغ . وتظهر في العادة آفات حديثة إلى جانب الآفات القديمة في وقت واحد في الحالات المعارضة مما يعطي الداء مظهراً حماقِيَّ الشكل . وأكثر النواحي إصابة هي الأقسام المستورة من الجذع والأطراف . وقد يحدث التقوبؤ بسبب تسحج الآفات . لا تصاب الأغشية المخاطية الفموية .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدو الحطاطة المصلية الحديثة نسجياً على شكل حويصل داخل البشرة ، وكثيراً ما تكون تحت الطبقة المتقرنة ... وهناك وذمة في الأجسام الحليمية بالإضافة إلى رشاحة التهابية عابرة مكونة بشكل رئيسي من اللمفاويات والحمضات وتتوضع في الأدمة العليا . أما بعد التسحج فإن الآفات تميل إلى تشكيل بشرة تفاعلية شُواكية مع تجلب مركزي وتفاعل باللمفاويات والمنسجات واضح .

**الأعراض** : حكة شديدة في الآفات .

**السير** : قد يظهر الداء على شكل هجمة واحدة ولكنه كثيراً ما يكون معاوداً أو مزمناً ، يرهق الطفل من شدة الحكة ، ومن الشائع حدوث التقوبؤ في أشهر الصيف بسبب الخمج بالمكورات العنقودية . يؤدي الاستخدام الكافي للمبيدات الحشرية ( تطهير الغرف ) أو إدخال المريض إلى المستشفى إلى تراجع الآفات في معظم الحالات . وإذا لم تجرى هذه الإجراءات فإن الداء سيستمر .

**التشخيص التفريقي** : بسبب الصورة المتنوعة ذات التبدلات الشروية والحطاطات المصلية والتظاهرات الحويصلية يجب التفكير بصورة خاصة بالحماق . في الحماق تظهر تبدلات في الفروة والأغشية المخاطية الفموية مع حمى وضعف الحالة العامة . ويفيد في الحالات المشكوك بها الكشف عن الحمات الراشحة باستخدام المجهر الإلكتروني وطريقة التلوين السلبي لمحتويات الحويصلة وكذلك بالكشف عن التنكس البالوني في الخلايا الظهارية الموجودة في لطاخة مأخوذة من قاعدة الحويصل ( اختبار Tzanck ) . وتفرق عن الجرب بتوضعاته الخاصة والحكة الليلية وإن الكشف عن الطفيلي يعتبر مشخصاً . يجب التفكير بداء البراغيث في الأقاليم الممطرة صيفاً وتتوضع آفاته في النواحي الجلدية التي تكون فيها الملابس شديدة الالتصاق بالجلد ( منطقة الحزام ) .

**المعالجة** :

*جهازياً* : تعطى مضادات الهستامين .

*موضعياً* : تطبق المساحيق أو محلول الزنك كطلاء مجفف . أما خلال الصيف فيمكن تطبيق الخل الممدَّد أو الكليوكينول ( ٠,٥ ٪ ) ، ولابد من العناية بنظافة غرفة الطفل وتطهيرها .

**الحكاك تحت الحاد Subacute Prurigo :**

*المرادفات* : الحكاك البسيط تحت الحاد (Brocq) ، الشرى الحطاطي ، الشرى الحطاطي المزمن ، الحكاك البسيط تحت الحاد الكهلي ، الشرى الحطاطي الكهلي ، الحزاز الشروي ، حزاز فيدال الشروي .

**التعريف** : جلاد التهابي مزمن يتصف بحكة نموذجية ويبدي آفات جلدية وصفية . يحتمل أن يكون من منشأ متعدد الأسباب .

**الحدوث** : حوالي ثلثي المرضى من النساء اللواتي يصبن في عمر بين العشرين والثلاثين سنة وكذلك حوالي سنّ اليأس . وتحدث أكثر إصابات الرجال تحت سنّ الخمسين من العمر ، بيد أن لدغ الحشرات لا يلعب هنا أيّ دور وذلك على خلاف الحكاك الحاد عند الأطفال ، ولا تعرف له أيضاً أية عوامل وراثية . قد نجد سلوكاً عصابياً وميلاً للتفاعل المتشدِّد جداً تجاه الحكة المميزة . ويجب البحث دوماً عن التأتب ( الحكاك الخفيف ) .

**الإمراض** : هذه الآفة قد تكون تفاعلاً أرجياً متعدد الأسباب عند أشخاص معينين . وهناك بعض التشابه مع الشرى الأرجي . أما تعدد السببية للحكاك تحت الحاد والمزمن فيفسّر جملة أو سلسلة من الأمراض المرافقة والموافقة :

- *الحكاك السكّري* : وهو حكاك تحت الحاد عند المرضى السكريين .
- *الحكاك الحملي* ( *Gastou* ١٩٠٠ ) : وهو حكاك تحت الحاد يحدث خلال الحمل حيث يبدأ في الشهر الثاني – الثالث من الحمل ويزول تماماً بعد الولادة .
- *الحكاك الكبدي* : يمكن أن ينتج الحكاك تحت الحاد عن الأمراض الكبدية .
- *الحكاك اللمفي* : يكون الحكاك ظاهرة غير نوعية في الابيضاض اللمفاوي المزمن .
- *الحكاك الحبيبومي اللمفي* : تؤدي الحكة الشديدة والتسحجات إلى ظهور تبدلات تعتبر كعلامات لانوعية للحبيبوم اللمفاوي الخبيث ( داء هودجكن ) .
- *حكاك عسر الطمث* : وهو حكاك قبيل طمثي بشكل رئيسي يظهر على شكل آفات تسحجية في الثدي . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الأسباب التالية في الحكاك تحت الحاد كما هو الحال

في الشرى المزمن .

– *تأثيرات هرمونية :* مانعات الحمل ، أرجية بروجسترونية ، عوز الأندروجين عند الرجال .

– *اضطرابات معدية – معوية :* نقص الحموضة ، انعدام الحموضة ، اللاعصارية ، التهاب المعدة المزمن ، القرحة المعدية أو العفجية ، داء المبيضات المعوي .

– *الأدواء الكبدية* .

– *الاحتشارات :* داء الصُفْر ، داء الأقصور .

– *الاضطرابات النسائية :* ألم الثدي قبيل الطمثي ، تعدد الحيض ، كيسات المبيض ، فرط التنسج الكيسي الغدّي لبطانة الرحم ، فرط مودقات الدم **Hyperfolliculinemia** ، اضطرابات الحيض .

– *الأخماج البؤرية* .

يبدأ الداء بتفاعل شروي أرجي من النمط العاجل ( التفاعل من النمط الأول لكومبس وجل ) يتبعه تفاعل أرجي من النموذج الآجل ( النمط **IV** ) والذي يترافق بارتشاح خلوي في الآفات الشروية .

**الموجودات السريرية** : تظهر آفات متناظرة على السطوح الانبساطية للأقسام العلوية من الذراعين ، والقسم العلوي من الظهر ، والجوانب الوحشية للفخذين ، والناحية الصدرية العلوية ( راجع الشكل ٢٥ – ٢ ) . وتكون الآفات دوماً متفرقة ومتباعدة لكنها تبدو كالطفح مع بعضها البعض . ونادراً ما توجد الآفات على الوجه والتي تبدو حينئذٍ بمظهر الصورة المميزة للعد الشروي **Acne Urticata** ( انظر بحث العد الشروي ) .

*الآفات الأولية :* حطاطات مصلية خفيفة الحمرة ، أي حطاطات شروية شبيهة بعضة البعوض ذات قدّ يتراوح بين ١ – ٥ ملم . يوجد في مركزها ارتشاح قاس أو حويصل متوتر مجسوس . وفي العادة تصبح هذه الآفات تسحجية مباشرة بعد تشكلها لأنها حاكة بشدة ولذلك فهي نادراً ما يراها الطبيب الفاحص .

*الآفات الأولية التسحجية :* آفات حطاطية واضحة الحدود مغطاة بجلبات مدمّاة أو على شكل آفات تجلبية تبدو غاطسة في الجلد .

*الآفات التمالية :* تكون الآفات الشافية مفرطة الصباغ ولكنها كثيراً ما تكون ذات مركز فاقد للصباغ ومحيط مفرط الصباغ . وهي ندبية ضمورية ذات قدّ يتراوح بين ٣ – ٥ ملم . وكثيراً ما تشاهد صورة ثنائية الشكل في النواحي الأكثر إصابة ، حيث نجد أفات أولية شديدة التخديش وندبات ضمورية مصطبغة نموذجية . ويكون التحزز والتقوبؤ غائبين عادة ، ولا تصاب الراحتين والأخمصين والأغشية المخاطية .

**الأعراض** : إن قصة الحكة مميزة ، حيث يشكو المرضى دوماً من الحكة الشديدة في الآفات الحديثة وبأن الحكة تتوقف مباشرة عند تخديش الآفة ونزفها . تُخدش الآفة فقط وليس الجلد المحيط بها ، إن القصة السريرية تفرق هذه الآفة عن الأمراض الحاكة الأخرى مثل الجرب والإكزيمة التأتبية والأشكال الأخرى للإكزيمة . لا توجد تسحجات في الجلد السليم سريرياً .

**التشريح المرضي النسجي** : تتوافق الصورة النسيجية مع المرحلة التطورية الموجودة . وبشكل أولي هناك حطاطة مصلية مع توسع الشعيرات في الطبقة الحليمية بالإضافة إلى وجود وذمة فيها . وهناك تفاعل خلوي لمفاوي عابر كذلك . أما المرحلة التالية لذلك فتبدي وجود حويصلات تحت الطبقة المتقرنة أو داخلها حاوية على الكريات البيض العَدِلة وأحياناً الحمضة . أما الآفات التسحجية فتبدي بشرة متأذية مغطاة بجلبات تترافق مع إعادة تجدد البشرة وتسمك شُواكي فيها ، وتوسع وعائي واضح ووذمة وتفاعل خلوي تكثر فيه اللمفاويات والأرومات الليفية .

**السير** : مزمن لعدة أشهر أو عدة سنوات . يتراجع الحكاك تحت الحاد الحملي فقط بعد الولادة ، ولكنه كثيراً ما يعاود في الحمل التالي ( الحطاطات الحاكّة في الحمل ) .

**التشخيص** : يعتمد على النواحي الأكثر إصابة ، وقصة الحكة النموذجية ، والصورة ثنائية الشكل المؤلفة من آفات تسحجية وجلبات وجميعها تسهِّل عملية التشخيص .

**التشخيص التفريقي** : لابد من تمييز أشكال الحكاك العرضية . تسبب هذه الأشكال في بعض الأحيان صعوبات وتتطلب كلُّ مرحلة استقصاءات جلدية ومجموعية شاملة .

– *النموذج الحكاكي للإكزيمة التأتبية ( الحكاك الخفيف ) :* صورة متعددة الأشكال . تظهر التبدلات مشاركة للتظاهرات النموذجية لالتهاب الجلد التأتبي .

– *النموذج الحكاكي لالتهاب الجلد حلئي الشكل :* صورة حلئية المظهر ، ومتعددة الأشكال ذات حطاطات حكاكية .

– *حُكاك الصيف :* ( الحكاك الصيفي ) حطاطات حكاكية تسحجية شديدة الحكة في النواحي الجلدية المعرضة للضياء ، ترتبط بالفصول السنوية .

– *الأشكال الحكاكية في الأدواء الداخلية :* انظر الإمراض .

**المعالجة** : إن منع السبب ذو أهمية أولية باعتبار أن الحكاك تحت الحاد عبارة عن متلازمة متعددة السببية وذات آلية إمراضية محرجية .. لايتم التوصل إلى تحسن دائم إلا في الحالات التي يتم فيها الكشف عن السبب وتطبيق المعالجة المناسبة . وينصح بالتحري والاستقصاء الدقيق عند كل مريض . ويجب أن نعلم دوماً أنه في كثير من الأحيان لا يمكن اكتشاف السبب . ويجب إجراء الاختبارات داخل الجلد كما هو الحال في الشرى المزمن .

*المعالجة الجهازية* : تعطى الستيروئيدات بجرعات متوسطة ( ما يعادل ٤٠ ــ ٦٠ ملغ بريدنيزولون ) لفترة زمنية قصيرة ، وهي ذات تأثيرات مهدئة للمرض فقط . ينصح بإعطاء مضادات الهستامين ذات التأثيرات المركّنة وكذلك المهدئات أو الأدوية ذات التأثيرات العصبية في المساء وذلك لأن الحكة قد تكون مزعجة وبصورة خاصة أثناء الليل . وينصح بالكلوروكين في بعض الحالات الإفرادية . ويمكن الأخذ بعين الاعتبار تجريب الاستروجين عند النساء عندما تبدأ الآفات خلال سن الإياس . ويشار بالتعاون مع اختصاصي أمراض النساء .

ويعتقد كثير من المؤلفين بقيمة المعالجة بالصّادات بالسبيل المعدي المعوي كما هو عليه الحال في الشرى المزمن حيث يعطى التراسيكلين ٢ غ يومياً لمدة ٥ أيام ثم الأمفوتريسين ــ ب لمدة ٥ أيام ( ٤ × ١٠٠ ملغ/اليوم ) .

*المعالجة الموضعية* : التدابير المخففة للحكة ، تطبيق المحاليل المجففة ، المبنجات الموضعية ، محلول الزنك مع الإكتامول ( ٥ ــ ١٠٪ ) ، والمحاليل الكربونية السائلة بتركيز ( ٢ ــ ١٠٪ ) أو محلول الكالامين . كما يمكن تجربة الدلك بحمض الخل الخلي ( الخل ) ، أو محلول المانتول الغولي (٢٪) ، أو الفينول المميع (١٪) أو هلامات مضادات الهستامين . وقد يفيد التعاون مع الطبيب الاختصاصي بالأمراض النفسية .

**العدّ الشروي Acne Urticata : [ Kaposi : ١٨٩٣ ]**

*المرادفات* : التسحجات العصابية .

**التعريف** : يعرَّف العدّ الشروي على أنه تظاهرة للحكاك تحت الحاد على الوجه فقط .

**الحدوث** : يصيب الفتيات بشكل رئيسي في سن المراهقة والنساء الشابات ذوات العطوبية النفسية الإنباتية أو العصاب الوسواسي المزمن أو الاضطرابات الطمثية . ونادراً ما يصيب الرجال .

**الموجودات السريرية** : يتوضع الداء بشكل متناظر على الأقسام الوحشية للوجه وعلى الذقن والجبهة . ويبدأ بحكة شديدة وحطاطات شروية محدّدة أو حطاطات مصلية سرعان ما تتسحج . وكثيراً ما يوجد فرط أو نقص تصبغ . وأخيراً تحدث ندبات ضمورية صغيرة ( راجع الشكل ٢٥ ــ ٣ ) .

**الأعراض** : الحكة الشديدة ، يخدش المريض الآفات بطريقة مشابهة لتلك الموجودة في الحكاك تحت الحاد .

**السير** : مزمن خلال سنوات ، وكثيراً ما تتفاقم الآفات أثناء الحيض .

**الإنذار** : يوضع الإنذار بحذر . والمعالجة صعبة جداً في العادة .

**التشخيص التفريقي** : تميز الحالة عن العدّ الشائع الذي تغيب الحكة فيه ، وكذلك عن العدّ التسحجي لدى الفتيات الشابات . ويجب أن يؤخذ العد النخري بعين الاعتبار الذي يتميز بآفاته البثرية الأولية على الفروة وخاصة لأنها تشكل ندبات من النمط الحماقي ويمكن أن يكون حاكّاً . تؤدي المعالجة بالصادات إلى حدوث تحسن خلال بضعة أيام .

**المعالجة** : تعطى الأدوية المهدئة ذات التأثير العصبي ، كما هو عليه الحال في الحكاك تحت الحاد .

**الحكاك المزمن Chronic Prurigo :**

*المرادفات* : الحكاك البسيط المزمن ، الشرى الثابت ، الحزاز الكليل القرني .

**التعريف** : عبارة عن داء حكاكي مع حطاطات شروية وعقيدات ثابتة حاكة جداً وشديدة التخديش .

**الحدوث** : نادر ويغلب حدوثه في النساء الأكبر سناً عادة .

**الإمراض** : هي حدثية متعددة الأسباب مثل الحكاك تحت الحاد لكنها تبدي استجابة ظهارية تكاثرية دائمة ، وقد يكون السبب عند الرجال المسنين كل من الداء السكري ، أو القصور الكلوي أو ما قبل الكلوي ، أو الأدواء الدموية . وقد تؤدي الحكة الشديدة والتخديش إلى عقيدات مسطحة . وقد يعتبر التفاعل المتواسط بالخلايا من النمط الرابع IV أساساً للارتشاح الخلوي الأدمي أو التفاعل البشروي .

**الموجودات السريرية** : يتوافق توزع التبدلات مع تلك التي تحدث في الحكاك تحت الحاد ولكن تصاب الأطراف بشكل رئيسي . تنتشر عقيدات خفيفة التقرن ، مسطحة ، احمرارية التهابية ، بشكل غير منتظم ، يتراوح قطرها من ٠,٤ ــ ١ سم . وكثيراً ما تكون بلون بني مصطبغ وذات تآكل مركزي ثانوي تالٍ للتخديش . لا تشاهد الآفات الأولية إلا في حالات نادرة وهي عبارة عن حطاطات شروية محددة أو حطاطات مصلية تنقصها الهالة الحمامية .

**الأعراض** : حكة شديدة لا تتوقف لدى تخديش الآفات . وتؤدي استمرارية الحكة إلى حدوث تسمك بشروي تفاعلي . الأعراض العامة غائبه .

**التشريح المرضي النسجي** : شُواك واضح غير منتظم ذو مظهر شبكي الشكل . هناك فرط وخطل تقرن وورام حليمي مفرط مع تفاعل من اللمفاويات والمنسجات حول الأوعية في الأدمة العليا والمتوسطة .

**السير** : مزمن خلال سنوات .

**الإنذار** : يوضع الإنذار بحذر عندما يتعذر معرفة السبب .

**التشخيص التفريقي** : لا يتميز الداء فقط بالبؤر التسحجية ذات الجلبات المدمّاة والآفات الثمالية كما هو الحال في الحكاك تحت الحاد فحسب ، بل تظهر بالإضافة لذلك عقيدات التهابية شديدة الحكة . فمن المهم تمييز الحالة عن الحكاك العقيدي لهايدي (Hyde) الذي يتميز بعقيدات أقل التهاباً وذات لون بني مائل للرمادي وذات توزع متفرق وأقل عدداً وتبدي درجة أقل من التسحج . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الجلادات الحكاكية الأخرى .

**المعالجة** : توجه المعالجة إلى المنشأ متعدد السببية . وبشكل خاص يجب الأخذ بعين الاعتبار كل من الأمراض الدموية والداء السكري والداء الكلوي المزمن .

*جهازياً* : أثبت التاليدوميد ( ١٠٠ – ٢٠٠ ملغ/يوم ) فعاليته ولكن إعطاءه يحتاج إلى مناظرة حذرة بسبب تأثيراته المشوهة للأجنة وسميته للأعصاب . كما يمكن تجريب الكلوفازيمين أو الدابسون أو البيموزيد Pimozide .

*موضعياً* : مثل معالجة الحكاك تحت الحاد ، ويمكن التأثير بشكل أفضل على العقيدات الالتهابية باستعمال القطران الفحمي أو الحقن داخل الآفة بمحلول التريامسينولون أسيتونيد المبلّر [ ١٠ ملغ/مل ممدداً بنسبة ١ إلى ٥ مع المخدر الموضعي (١٪) ] . أما إذا كانت الآفات أكثر كثافة فيطبق رهيم ستيروئيدي تحت ضماد كتيم . ويمكن تجريب المعالجة الكيميائية الضوئية الموضعة أو المعالجة القرّية أو الليزر .

**الحكاك العقيدي لهايدي Prurigo Nodularis Hyde :**

[ Hyde : ١٩٠٧ ]

*المرادفات* : الحكاك العقيدي .

**التعريف** : هو داء ذو حكة شديدة جداً يتميز بعقيدات مدورة متفرقة لا تميل للتراجع . وإن علاقة هذا الداء بمجموعة الحكاكات لا تزال موضع جدل لدى كثير من المؤلفين . وذلك لأن الآفات الأولية ليست حطاطات مصلية ، بينما يضمه المؤلفون الآخرون إلى الحكاك المزمن .

**الحدوث** : نادر ، ولا تعرف له عوامل وراثية . يصيب النساء بشكل رئيسي وخاصة ذوات الأعمار المتوسطة أو الأكبر قليلاً . كثيراً ما تتهم حالات الكرب الانفعالي ويقال بأن الشخصيات العصابية أكثر إصابة من الناس الآخرين .

**الإمراض** : السبب غير معروف ويشتبه بوجود علاقة مع الحزاز البسيط المزمن بسبب التشابه النسيجي . ولقد أدّى وجود الآفات المحددة مع التحزز إلى استخدام تسمية « التحزز المحدد العقيدي المزمن » من قبل الطبيب الفرنسي Pautrier . وقد يكون التأتب موجوداً مع ارتفاع في قيم الغلوبلين IgE ومستأرجات من النموذج العاجل ( غبار الطلع ، سوس الغبار المنزلي ... إلخ ) . تظهر في بعض الحالات تبدلات في الأعصاب الجلدية وزيادة في تكاثرها الخلوي خاصة في خلايا شوان Schwann مما يؤدي إلى تشكلات شبيه بالشفانوم «Schwannoma» . وليس من الواضح حتى الآن فيما إذا كانت هذه التبدلات العصبية ذات أهمية سببية أو إذا كانت ذات طبيعة تفاعلية .

**الموجودات السريرية** : تفضل الآفات السطوح الانبساطية للأطراف ( راجع الشكل ٢٥ – ٤ ) وغالباً ما يبقى الجذع حراً من الآفات وكذلك الوجه . وتتألف الآفات من عقيدات مدورة قاسية وبارزة ومنعزلة وذات توزع ثنائي الجانب . يتراوح قطرها بين ٠,٥ – ٣ سم وتكون ذات احمرار خفيف في الطور الباكر من الداء . سطحها كامد بالإضاءة الجانبية ، لونها رمادي ضارب للزرقة ، وكثيراً ما تكون بنيّة – رمادية . وباعتبار أن هذه الآفات تخدش بشدة نتيجة لحكتها المضنية فإنها تميل لأن تتسحج في قمتها وبالتالي إلى تشكل تقران ثؤلولي الشكل أو ذو لون رمادي متّسخ . ويكون الجلد المحيطي سوياً أو مفرط الصباغ .

**الأعراض** : الحكة الشديدة جداً واضحة ، ويمكن أن تزداد لدرجة عدم التحمل وقد ينتهي الداء بانتحار المصاب . ويؤدي التخديش الشديد للآفات إلى تشكل تآكلات ، وبشكل أندر من ذلك إلى تشكل جلبات مدمّاة ، كما يؤدي ذلك إلى كبر حجم الآفات .

**التشريح المرضي النسجي** : من الناحية النسيجية هناك تشابه مع الحزاز البسيط المزمن ، يلاحظ وجود تسمُّك في الطبقة المتقرنة ، وشُواك مفرط غير منتظم وورام حليمي مفرط ، ورشاحة التهابية مزمنة كثيفة مؤلفة بشكل رئيسي من اللمفاويات والمنسجات . وفي بعض الأحيان تشاهد تبدلات في

الأعصاب : في البداية ضخامة وبعد ذلك يحدث تنكس حزم عصبية كثيرة العدد وتكاثر في خلايا شوان **Schwann** مُبْدية تبدلات شبيهة بالشفانوم ، ويمكن رؤية الخلايا البدينة في البشرة .

**السير** : مزمن جداً ولا يوجد ميلٌ للتراجع العفوي .

**التشخيص التفريقي** : من السهل تشخيص الحكاك العقيدي هايدي **Hyde** . لا يشاهد فيه أي تبدلات إضافية حزازانية أو إكزيمية ، لذا يسهل تفريقه عن الشكل الحكاكي المزمن لالتهاب الجلد التأتبي . أما التميز الذي يغلب أن يكون معقداً فهو بين هذا الداء والحكاك المزمن ، ويتم بالكشف عن الآفات الأولية ( الحطاطة المصلية ) والتبدلات الالتهابية الأكثر شدة والتسحجات الحادثة في العقيدات الصغيرة . ويصيب الحزاز المسطح الضخامي أو الحزاز المسطح الثؤلولي الظنبوب بشكل مفضل .

**المعالجة :**

*الجهازية* : تعطى المهدئات والأدوية العصبية أحياناً . ويتم التعاون مع المعالج النفساني أو الاختصاصي بالأمراض النفسية ، ويبدو أن مضادات الهستامين لا تفيد إلا إذا كانت ذات تأثير مركِّنْ . ويجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية استخدام التاليدوميد ( ١٠٠ – ٢٠٠ ملغ/يوم ) في الحالات الصعبة جداً ، ولكن يجب استخدامها مع المناطرة الدقيقة لتأثيراته الجانبية ( السمّية العصبية ، تشوه الأجنّة ) ويمكن تجريب البيموزيد أو بنوكسي بروفن .

*الموضعية* : يمكن أن نجرب حقن التريامسينولون أسيتونيد داخل الآفات ( معلق ميلر ١٠ ملغ ممدداً بنسبة واحد إلى خمسة مع البنج الموضعي ) . ويمكن استئصال العقيدات ذات الإزعاج الشديد ، أو تطبيق التجميد بالآزوت السائل ، المعالجة بالليزر ، التخثير الكهربائي . ويمكن تجريب المعالجة بالأشعة السينية اللينة موضعياً ، ويمكن أن تؤدي المعالجة بالبوفا **PUVA** إلى بعض التحسن .

## الحزاز البسيط المزمن Lichen Simplex Chronicus :

*المرادفات* : التهاب الجلد العصبي المحدّد ، حزاز فيدال **(Lichen Vidal)** .

**التعريف** : هو عبارة عن آفة جلدية محددة ، مزمنة والتهابية ، شديدة الحكة مع تسمُّك متحزز مستمر في الجلد بسبب الحكّ والفرك والتخديش .

**الحدوث** : مرض ذو انتشار عالمي واسع لكنه يندر عند الزنوج مع ميل خفيف أكبر لإصابة النساء . ويُحتمل وجود ميل خَلقي لحدوث التحزز التالي للفرك أو التخديش .

**الإمراض** : مع وجود الميل المناسب للإصابة يظهر تفاعل التهابي من خلال التسحج الموضع في نواحٍ محددة من الجلد ويتميز هذا التفاعل بالتحزز أي تسمُّك التهابي في الجلد مع زيادة وضوح الخطوط أو الثنيات الجلدية . ومن الناحية النسيجية هناك تسمُّك بشروي مع التهاب خلوي مزمن . يحدث التحزز أيضاً في الإكزيمة المزمنة شديدة الحكة ( الإكزيمة المتحزّزة ) وهو تظاهرة نموذجية للإكزيمة التأتبية عند الأطفال الكبار وعند الكهول ، وهو يصيب الطيّات ( المرفقين ، الحفرة المأبضية ، السطوح الثنية للمعصمين ) والنقرة ، ولقد نوقش موضع وجود علاقة بين الإكزيمة التأتبية والحزاز البسيط المزمن بسبب التشابه بينهما عندما يكون الأول متحززاً . ويعتقد كثير من المؤلفين بأن الحزاز البسيط المزمن عبارة عن شكل أصغري للإكزيمة التأتبية . إلا أن هذه الفكرة مرفوضة لدى المؤلفين الآخرين الذين يميلون لوجود علاقة لهذا الحزاز مع الأمراض الداخلية مثل الاضطرابات المعدية المعوية ، آفات الكبد ، أمراض المرارة ، الإمساك المزمن ، والداء السكري . ولا يمكن أحياناً إنكار الفائدة العلاجية للتدابير الموجهة تجاه استئصال مثل هذه الاضطرابات . ويعتقد المؤلف بأن استقصاء العوامل النفسية الإنباتية يبدو مهماً أيضاً في حالات الحزاز البسيط المزمن . وإن عادة حكّ وفرك الجلد المزمنة في نواحٍ موضعة منه موجودة دوماً . كما أن علامات الكرب العصبي موجودة أبداً مثل قضم الأظافر وعض الشفاه والتدخين المتواصل وحالات النزاع والصّراع .

**الموجودات السريرية** : ( الشكل ٢٥ – ٥ ) يتحدد الداء عادة في ناحية جلدية واحدة ونادراً ما يلاحظ وجود آفتين أو ثلاثة . وإن ناحية النقرة مفضلّة للإصابة عند النساء . أما النواحي الأخرى المفضلة للإصابة فهي السطوح الانبساطية للذراعين والظنبوب والسطوح الأنسية للفخذين والصفن والفرج وترافق الآفة عادة بانعدام الزهم ( توقف افراز الزهم ) .

إن المظهر السريري هو ذلك المظهر الخاص بداء حزازاني وإن الآفة الأساسية هي حطاطة قاسية لا تتعرض لأيّ تحول أو تبدل . تكون الحطاطات في البداية صغيرة وذات حدود واضحة ، سطحها مدور ونادراً ما يكون مضلعاً ذو سطح مسطح ، لونها رمادي أو بني مائل للحمرة ، ويكون أحياناً بلون الجلد . تجتمع الآفات الحزازانية الأصلية والتي تكون عادة منعزلة في ناحية محدّدة ، تجتمع في لويحات تبدو مدوّرة أو خطية . تتطور الآفات إلى فرط تصبغ تفاعلي . وتتظاهر في

العادة بنية نموذجية ثلاثية المناطق :

– في الوسط : التحزز المسطح الأولي مع تسمّك الجلد وخشونة العلامات ( الوسمة ) الجلدية .

– في جوار هذه المنطقة توجد حطاطات حزازانية متقاربة بعضها من بعض مميزة بلون الجلد أو ذات لون رمادي أحمر .

– في المحيط توجد منطقة من فرط التصبغ بقياس بضعة سنتيمترات تمتزج مع الجلد المجاور .

يتحدد الداء في بعض الأحيان في منطقة منتشرة ويتميز بحطاطات حزازانية دون تحزز مركزي . وفي حالات أخرى يترقى التحزز إلى درجة يشمل فيها المنطقتين الثانية والثالثة ليخفيهما . وقد يكون ضياع الصباغ واضحاً في الحزاز البسيط المزمن ( الوضح Leukoderma ) وذلك على خلاف الحال في الحزاز المسطح حيث تميل الآفات لإحداث فرط تصبغ . لا تحدث آفات على الأغشية المخاطية .

**الأعراض** : الحكة الشديدة نموذجية وهي مزعجة في الليل بصورة خاصة . وليس من المعلوم حتى الآن فيما إذا كانت الحكة والتخديش يُسبِّبان الآفات المتحززة أو إذا كانت الحطاطات الحزازانية نفسها تؤدي للحكة الشديدة . ولقد كشفت الدراسات التجريبية باستخدام أداة محدشة بأن التحزز قد ينجم عن الشدة الآلية المزمنة .

**التشريح المرضي النسجي** : تُبدي البشرة تسمُّكاً شديداً مع فرط تقرن وتطاول وزيادة في عرض الاستطالات البشروية الشواكية والتي يمكن أن تجتمع مع بعضها البعض على هيئة جامدة . وتكون الشعيرات متوسعة في الأدمة السطحية الحليمومية . وتشاهد رشاحة بشكل رئيسي حول الأوعية مؤلفة من اللمفاويات والمنسجات وأحياناً تليف في الأدمة الحليمية والشبكية العلوية . ليس من الصعب التميز النسيجي بين هذا الداء والحزاز المسطح والإكزيمة المتحززة ( تبدلات سُفاجية أشد مع تسرب خلوي باتجاه البشرة ) .

**السير** : إن الإنذار البعيد الأمد حسن بسبب تطور المعالجة ، ينصح بتجنب الأسباب النفسية .

**التشخيص التفريقي** : تبدي آفات الحزاز البسيط المزمن النموذجية ، البنية ثلاثية المناطق الموضحة أعلاه . أما في الإكزيمة التأتبية فإن التظاهرات المتحززة تكون متناظرة في النواحي الأكثر إصابة ، وتبدي تعدداً واضحاً من الناحية الشكلية . وقد تكون الآفات الإفرادية كتظاهرة متأخرة في الإكزيمة التأتبية متشابهة جداً . وقد يكون تميز الآفة المسطحة في الحزاز المسطح صعباً ، غير أن الآفة تكون متعددة الأضلاع وكثيراً ما تكون منخفضة قليلاً ، وتبدي خطوط ويكهام Wikham . لا يصيب الحزاز البسيط الأغشية المخاطية . ويتوضع الحزاز النشواني والغرناوية الشبيهة بالحزاز البسيط المزمن ( الخزعة ) بشكل مفضل على السطح الانبساطي للظنبوب ، ويمكن تميز الحكاك العقيدي لهايدي Hyde مباشرة بعقيداته المتفرقة مفرطة التقرن .

**المعالجة** :

*الجهازية* : معالجة الداء المستبطن . تعطى مضادات الهستامين من أجل الحكة ويمكن إعطاء المهدئات على ضوء وجود رغبة في التخديش وفي معالجة التوتر العصبي الموجود عادة . وينصح بالاستشارة النفسية إذا كان ذلك ضرورياً .

*الموضعية* : تعطي الستيروئيدات ذات النفوذية العالية أفضل النتائج وذلك على شكل رهيات أو مراهم تحت ضماد كتيم . ويمكن استخدام شريط لاصق حاوٍ على الستيروئيدات ( شريط Gordan ) بعد تراجع التحزز . ويمكن معالجة الآفات الصغيرة بنجاح بالتريامسينولون أسيتونيد ( من معلق المبلّر بمقدار ١٠ ملغ/مل ممدداً بنسبة ٤ إلى ١ مع المخدر الموضعي بتركيز ١٪ ) بحقنه ضمن الآفة . ويجدر التفكير بالمعالجة الآجلة بالقطران ( المنظفات الكربونية السائلة ) أو القطران الفحمي النقي لعدة أيام ، ويمكن تبرير استخدام الأشعة السينية الليّنة أو أشعة غرينز في الآفات المعنّدة .

## التحزز العملاق Giant Lichenification :

[ Pautrier : ١٩٣٦ ]

تظهر هذه الآفة بشكل رئيسي في الناحية التناسلية الفخذية . ولا تشاهد هنا البنية ثلاثية المناطق النموذجية التي تشاهد في الحزاز البسيط المزمن ، لكن يُرى تحزز شديد التهابي محدد يصيب في العادة الصفن أو الأشفار الكبيرة مع تكاثرات حليمومية ونضح . يلعب التعطين والخمج الثانوي دوراً في حدوث الداء في النواحي الثنيّة . وتكون الحكة في هذا الشكل النادر شديدة جداً . وقد تحدث الحمرة الناكسة .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن داء هايلي – هايلي الضخامي وعن الفقاع التنبتي ( بالخزعة ) .

## التهاب الجلد العصبي الثؤلولي : Verrucous Neurodermatitis

*المرادفات* : الحزاز البسيط المزمن الثؤلولي .

ويظهر هذا الداء بصورة خاصة على الظنبوب عند المرضى المصابين بالقصور الوريدي المزمن . يميل مركز السطح المتحزز

إلى تشكيل فرط التقرن الثؤلولي الشكل . وتكون الحكة شديدة جداً . وتضم حالات التقران الثؤلولي الشكل (Wiedenfeld) إلى هذه المجموعة .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق عن الحزاز المسطح الثؤلولي والحزاز النشواني والحالات النادرة من الداء البروتيني الشحماني .

**المعالجة** : لابد من تطبيق الضمادات الضاغطة في مثل هذه الحالات .

**الجدول ٢٥ ـ ٣** : الميزات السريرية للحكاك

| علامة/عرض | الحكاك الحاد | الحكاك تحت الحاد | الحكاك المزمن | الحكاك العقيدي لهايدي Hyde |
|---|---|---|---|---|
| الآفة الأولية | حطاطة مصلية شروية مع هامش أحمر حمامي فاتح اللون | حطاطة شروية صغيرة شبيهة بعضة البعوض أو حطاطة مصلية | حطاطة أو حطاطة مصلية شروية شبيهة بعضة البعوض | عقيدات أولية حمراء ، رمادية متسخة مع هامش مفرط الاصطباغ |
| الآفة الثانوية | آفة حمامية حويصلية حماقية الشكل حطاطية تجلبية | آفة تسحجية نازفة تجلبية | عقيدات التهابية مدورة مع فرط تصبغ | لا يوجد |
| الآفة الثالثة | بقعة مفرطة أو ناقصة الصباغ | بقعة مركزية ناقصة الصباغ ، ضمورية مع حواف مفرطة الصباغ | لا تراجع عفوي للبقع الإفرادية | لا تراجع عفوي ، بؤر إفرادية |
| الحكة | التخديش شديد | شديدة . تسحيج الآفة الأولية حتى تنزف . لا توجد خدوش شديدة على الجلد السوي | تخديش شديد دائم للعقيدات | تسحيج وتنقير الآفات العقيدية . لا توجد خدوش على الجلد السوي |

## الآفات المفتعلة Factitial Diseases :

### التهاب الجلد المفتعل Factitial Dermatitis :

*المرادفات* : التهاب الجلد الصنعي .

**التعريف** : يستخدم تعبير التهاب الجلد المفتعل للإشارة إلى آفات جلدية مُحْدَثة ذاتياً ، وكثيراً ما يصعب اكتشاف المسببات ، وقد تكون هناك نيّة حقيقية للهروب من وضع حياتي غير مقنع ( التحرر من العمل ) . وقد تفتعل الآفة للحصول على فوائد مادية ( التقاعد ، التأمين ضد الحوادث ) ، وقد تكون هناك حالة صراع نفسي مستبطنة ( الأطفال ، البالغين ) . ويقوم بإحداث الآفات المفتعلة بشكل رئيسي المرضى المضطربين نفسياً . وكذلك تشاهد متلازمتي التمارض Malingering وMünchhausen عند الأشخاص المضطربين نفسياً . وتؤدي الحالة العقلية غير السويّة إلى إيذاء الذات ، وعلى سبيل المثال : من أجل لفت الأنظار ، أو للتأثير على الأشخاص المتعايشين مع المريض ، أو من أجل العودة إلى منتصف حلقة العائلة بعد خيبة أمل مفترض أو من أجل كسب أهمية خاصة لمرة من المرّات في الحياة أو من أجل الانتقام أو التحدّي .

وكذلك فهناك مجموعة من النسوة المنفعلات غير السعيدات تعتبر الآفات المفتعلة عندهن وسيلة للترويح عن الذات . والعاملون في الحقل الطبي شائعون في هذه المجموعة . وتشاهد الآفات المفتعلة على النواحي الجلدية التي يسهل وصول اليدين إليها . وعادة لا تشاهد مثل هذه الآفات على النواحي التي يصعب الوصول إليها مثل الظهر . وأكثر ما تتوضع الآفات المفتعلة على الأطراف والوجه والصدر .

**الموجودات السريرية** : تُحدَثُ الآفات المفتعلة بطرق كثيرة مختلفة ، ويؤدي الاحتكاك والفرك والكشط إلى احمرار التهابي في الجلد يتلوه تورم وتشكل سطوح اتكالية نازة . أما القَرْص فيؤدي إلى حدوث نزوف حَبْرية ، ويؤدي الضرب واللطم المستمرين إلى تشكل وذمة محددة ، مثال : على ظهر اليدين . وكذلك يمكن أن يؤدِّيا إلى نزوف ونفطات . ومن الشائع إحداث الآفات بلفائف التبغ الملتهبة والمسامير والإبر والقطع

النقدية والحروف القاطعة للسكاكين الساخنة ، ومن الشائع أيضاً أن تحتفظ الآفات بشكل الأداة المستخدمة لإحداثها . وكثيراً ما تشاهد الآفات الناجمة عن الاتكال باستخدام الحموض والمواد الكاوية . ويمكن إحداث الآفات ببراعة فائقة باستخدام نباتات ذات فاعلية سمّية دوائية . ويلعب ذكاء المريض دوراً في إحداث الآفات ( راجع الشكلين ٢٥ – ٦ و ٢٥ – ٧ ) .

ومن الصعب جداً اكتشاف المحاولات السرِّية المجراة للحفاظ على الآفات الجلدية الخادعة . مثال : التهاب الجلد الأرجي بالتماس من أجل تقليد اضطراب مهني أو من أجل تطويل فترة العلاج . وكذلك فإن الآفات المفتعلة تبدو على ارتباط مع الاختبارات البقعية لأهداف خاصة ( الرغبة في الحصول على التقاعد ) . والمرضى أنفسهم يعرفون أحياناً المواد التي تحرض لديهم التهاب جلد أرجي بالتماس أو إكزيمة أرجية أو يدركون ما يجعل آفاتهم تسوء وتتدهور . مثل هؤلاء المرضى ذوي الشخصيات العصابية النفسية يحرضون الآفات الجلدية الموافقة بوضع المستأرج عن قصد على آفاتهم ( التهاب الجلد ذاتي المنشأ ) ويقومون باستشارة الطبيب مراراً وتكراراً بآفات جلدية شديدة . ويدعى هذا العصاب بمتلازمة Münchhausen ( Asher : ١٩٥١ ) . وقد يكون من الصعب جداً الكشف عن هؤلاء المرضى .

**التشخيص** : عادة ما يكون التشخيص صعباً لأن الطبيب يميل للتفكير والبحث عن داء عفوي وليس عن آفة مفتعلة . فالطبيب الخبير يرى مرضاً جلدياً خطياً أو غير طبيعي عند شخص غير سويّ من الناحية العقلية أو النفسية . ويجب الأخذ بعين الاعتبار شخصية وسلوك المريض . وكثيراً ما تكون المنعكسات البلعومية والقرنية غائبة عند المرضى العصابيين . ومن الوسائل القيِّمة في الكشف عن الداء استخدام الضمادات الكتيمة ( الزنك اللاصق أو ضماد النشاء ) ، حيث تتراجع الآفات تحتها بشكل سريع جداً . ولا يعترف المريض عادة بالحوافز والبواعث التي تدفعه لإحداث التهاب الجلد المفتعل . إلّا عن إكراه وعلى مضض . وإذا ما استجوب عن قرب وبدقة فإنه ( أو أنها ) يكون عنيداً وكثيراً ما يقطع صلته مع الطبيب بشكل مباشر . وإن إعطاء التطمين الداعم يمكن أن ينهي افتعال الآفات . وبعد وضع التشخيص يجب معالجة بعض المرضى مثل المتمارضين والذين يعانون من متلازمة Münchhausen من قبل طبيب خبير اختصاصي بالأمراض النفسية أو المعالج النفسي .

كذلك يمكن اعتبار الموات الجلدي العصابي المتعدد مفتعلاً طالما أنّ الأساس أو المنشأ لا يمكن تفسيره بداء عصبي أو وعائي . وكذلك يمكن الكشف عن الزيوت أو منتجات الحليب أو الأدوية المحقونة في الجلد إلى حدٍّ ما بواسطة الفحص النسيجي ( البرافينوم ، حبيبوم السيليكون ، حبيبوم بولي فينيل بيروليدين Polyvinylpyrrolidine وذلك بالكشف عن الجسيمات في الساحات المضيئة والمظلمة وبالومضان أو تحت الضوء المستقطب ) . راجع التهاب السبلة الشحمية المفتعل ( الفصل : ٢١ ) .

**المعالجة** : تشفى الآفات المفتعلة سريعاً تحت الضمادات الكتيمة ولابُدَّ من العناية النفسية والعلاجية بعد توضيح فحوى الافتعال .

**الوذمة اللمفية المفتعلة Factitial Lymphedema :**

*المرادفات :* متلازمة سيكريتان أو داء سيكريتان ( Secretan : ١٩٠١ ) .

**التعريف** : عبارة عن وذمة محدثة ذاتياً نتيجة للرضح .

**الإمراض** : رضح متكرر كليل ، شدته غير كافية لإحداث النزف أو الورم الدموي أو الكسور ويمكن إحداث صورة مشابهة عند الحيوانات .

**الموجودات السريرية** : يصاب في العادة ظهر اليد وخاصة الجانب الوحشي لليد العاملة . أما الناحية التالية من حيث الشيوع فهي الأجزاء السفلية للساقين . وكثيراً ما توجد علامات جلدية مفتعلة أخرى مثل التسحجات والتقرحات والتندبات . لا تتناسب الوذمة مع أي نمط مرضي للوذمة اللمفية .

**التشخيص** : صعب ويستطب إجراء استشارة نفسية أو نفسية بدنية وخاصة في الحالات التي يرتجى منها الخداع أو التعويض الطبي . وكثيراً ما تكون مواجهة المريض المباشرة غير نافعة وقد تؤدي إلى سوء الحالة .

**المعالجة** : عرضية ونفسية .

## توهم داء الطفيليات

## Delusion of Parasitosis :

*المرادفات :* توهم الإصابة بالجلاد الطفيلي .

**التعريف** : إن التوهم الخاص بالحشرات أو بالدُوَيّبات عبارة عن متلازمة زورانية نادرة تؤدي إلى تخريب جلدي خادع .

**الحدوث** : يحدث توهم الإصابة بالطفيليات بشكل رئيسي عند النساء في سن الستين أو ما فوق الستين من العمر ونادراً ما

يصـــب الرجال . وكثيراً ما تترافق مع اضطرابات دماغيـة خـ نية عضوية كتصلب الشرايين .

**الموجودات السريرية** : عبارة عن إحساسات حاكّة أو واخزة و زاحفة يعزوها المريض بشكل مؤكد موضوعي إلى الحشرات و سوس أو إلى الديدان أو الدويدات . وفي كثير من الأحيان يقول المرضى إنها تتحرك تحت الجلد أو أنها تظهر على سطح جلد أحياناً . ويحاول المرضى حسب إدعائهم التخلص من هذه حيوانات المتوهمة عن طريق تخديش الجلد بالأظفار أو الأدوات مثل الدبابيس والملاقط الصغيرة والسكاكين . وأكثر المناطق عرضة لهذه الفاعليات العدوانية هي الفروة والوجه والذراعين والصـدر والفخـذين . وكثـيراً مـا يحضر المريض معه هذه مخلوقات الخيالية في علبة أو زجاجة من أجل الفحص المجهري . وفي بعض الأحيان يلتمس المرضى مساعدة الاختصاصي في علم حيوان من أجل تحديد المتعضيات المسببة ، وما هذه المادة التي يجلبهـا المرضى معهـم سـوى وسـوف ، ودم جاف وجلبـات وألياف قطنية وأوساخ أحياناً .

**التقييم النفسي** : يرفض معظم المرضى الاستشارة النفسية ويمكن مساعدة من يقبل منهم بالفحص الطبي والنفسي . وفي الحقيقة يصعب معالجة التفاعلات التوهُّمية المعبر عنها بشكل هلس لمسي مزمن . كما يمكن العثـور في بعض الأحيـان على اضـطرابات دماغيـة عضوية ( تصـلب المخ ، أعراض السكتة العضوية .. إلخ ) .

**المعـالجة** : من الضروري وضـع التشخيص النفســي لتـوهم الإصـــابة بالطفيـليـات الجلدية في كل الحالات . ويجب على الطبيب الاختصـاصي الجلدي أن لا يحاول أن يثني المريض أو يقنعه بالرجوع عن وضعه التوهمي ، كما يجب عليه أن لا يصرِّح له بخطئه . ويجب أن تكون المعالجة الموضعية موجهة لتخفيف التخريش ( هلامات مضادات الهستامين ، معجون الزنك اللين مع ٥٪ كليـوكينـول والفينـول المميَّع أو أحدهما ) . ولقد تم استخدام البيموزيد **Pimozide** والفـلوسبيريلن **Fluspirilen** بنجاح .

## التقرحات التغذوية العصبية أو التبنيجية

## Neurotrophic or Anesthetic Ulcerations :

*المرادفات* : الداء الثاقب ، التقرح الثاقب ، التقرح التبنجي ، تقرح مورفان **Morvan** .

**التعريف** : هي عبـارة عن تقرحات غير التهابية وغير مؤلمة ، مزمنـة ، تحدث مترافقة مع الاضطرابات العصبية في النواحي المعرضة للضغط أو الرضح المستمر على الجلد ، وبشكل رئيسي على الأخمصين .

**الأسبــاب** : تظهر التقرحات المزمنـة في النواحي الجلدية التي يضيع فيها حس الألم . ومن المحتمل جداً عندما لم تعد الوظائف المستقـلة سـويّة . وقد يكون العديد من الأمراض العصبيـة مسؤولة عن ضياع الوظيفة الحسّية مثل الغياب الخلقي لحس الألم ، وتكهف النخاع ، والتابس الظهري وآفات الأعصاب المحيطيـة ، واعتـلال الأعصـاب العديد كالذي يشـاهد عند السـكريـين والغوليـين والمجذومين ، وفي اضطرابات النخـاع الوعائية وأذيات الأعصاب المحيطية ( راجع الجدول٢٥ : ٤ ) .

**الموجودات الســريرية** : للتقـرحـات التغـذوية العصبيـة أو

**الجدول ٢٥ ـ ٤** : المتلازمات العصبية الجلدية الحسية الخلقية

| | اعتلال عصبي حسي خلقي | السدر الخلقي تجاه الألم | اعتلال عصبي حسي وراثي | تكهف النخاع | خلل الحملة المستقلة العائلي |
|---|---|---|---|---|---|
| سن البدء | الولادة | الولادة | الطفولة | الكهولة الباكرة | الولادة |
| ضياع الحس | معمم | معمم | الأطراف | رقبي | معمم |
| لألم ، الحرارة | غائب | غائب | غائب | غائب | غائب جزئياً |
| لمس | موجود | سوي | غائب | سوي | سوي |
| منعكس المحوار | غائب | غائب | غائب | موجود | غائب |
| لفاعلية الحركية | ناقصة | سويّة | ناقصة | ناقصة | سويّة |
| لذكاء | ناقص | سوي | سوي | سوي | ناقص |
| لوراثة | سائد أو صاغر | لا يوجد | سائد | لا يوجد | صاغر |

التبنيجية مناطق معينة تفضل إصابتها . وتكثر إصابة الأخمصين وخاصة الناحية الأخمصية للأباخس الكبيرة والصغيرة والعقب . وكثيراً ما يوجد ميل لتشكيل الشثن على أساس التبدلات التغذوية العصبية في المناطق المبنجة والتي تكون لا معرّقة في العادة . يؤدي الضغط أو الأذية إلى حدوث شق صغير في الناحية الشثنية ، يتوسع هذا الشق بسبب الخمج الثانوي ويتعرض للنخر المركزي والتقرح ، حيث نشاهد تقرحاً خادراً أو ساكناً ، ذا محيط تقرني وشثني واضح ومركز نخري . يبقى هذا التقرح غير مؤلم تجاه الجس . ويوجد تحت الخشارة Slough عادة قاعدة التقرح التي لا تميل باتجاه التحبب Granulation . وفي بعض الأحيان تحدث إصابة إضافية في العظم المستبطن على شكل التهاب عظم ونقي أو انحلال العظم . وكذلك يشيع حدوث تخلخل العظام .

**التشخيص** : يكون التشخيص سهلاً في العادة . ومن المهم جداً أن تكون التبدلات خدرية ، حيث يجب أن ننفي التقرحات الناجمة على أساس الاضطرابات الدورانية الشريانية أو الوريدية ، والاضطرابات الاستقلابية ( الداء السكري ) ، والأخماج ( الإفرنجي ) والأورام ( Epithelioma Cuniculatum والملانوم اللاملاني ) . وينصح بالتعاون مع الاختصاصي بالأمراض العصبية لدى تشخيص الاضطراب العصبي المستبطن . ولقد تم وصف أربع صور سريرية نموذجية أدناه .

## التقرح التغذوي العصبي في متلازمة ثلاثي التوائم التغذوية Neurotrophic Ulcer in the Trophic Trigeminal Syndrome :

**التعريف** : وهي عبارة عن تقرحات خدرية في جناح الأنف بصورة خاصة والتي قد تتلو رضوحاً صغرى على الجلد الخدري ضمن ناحية العصب ثلاثي التوائم .

**الحدوث** : الآفة نادرة وتشاهد في أوربا والولايات المتحدة بشكل رئيسي بعد التخريب العلاجي للعقدة ثلاثية التوائم .

**الإمراض** : تؤدي التبدلات التغذوية العصبية في ناحية ثلاثي التوائم ، الناجمة عن الأذية أو المرض أو تخرب العقدة ثلاثية التوائم ، إلى اضطراب في إحساس الألم والحرارة . وهي تحدث بشكل رئيسي في حالات تكهف البصلة أو انسداد الشريان المخيخي السفلي والالتهاب الجذمومي للعصب ثلاثي التوائم . وفي الدول الغربية يحدث الخدر الوجهي في ناحية توزع ثلاثي التوائم بشكل شائع ، وينجم عن تخريب العقدة ثلاثية التوائم بسبب حقن الغول التي تحقن لتسكين الألم العصبي ثلاثي التوائم . وتتطور المظاهر الجلدية النموذجية بعد الرضوح الصغرى التي تمر بشكل غير ملحوظ نتيجة للخَدَر .

**الموجودات السريرية** : قد تمضي أسابيع أو أشهر وحتى سنوات بين تخريب العقدة ثلاثية التوائم وبين التقرح التغذوي العصبي . وأكثر ما يصاب هنا جناحي الأنف ، حيث تحدث آفة التهابية تجلبية تتحول إلى تقرح يتفاقم ويكبر ليخرب الغضروف الأنفي ويمتد في جوار الناحية . وغالباً ما تعفُّ الآفة عن ذروة الأنف . وإن العيب مميز جداً ويسبب تشوهاً تزويقياً شديداً .

**الأعراض** : خفيفة بسبب الخَدَر الوجهي ، والسير مزمن .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن الآفات المفتعلة ، وكذلك عن سرطانة الخلايا القاعدية ( القرحة القاضمة ) . هذا وتبدي التقرحات التغذوية العصبية في بعض الأحيان تفاعلات نسيجية صغرى ، والخزعة حاسمة . ويشاهد تقرح مشابه في المنخر في الباركنسونية ما بعد التهاب الدماغ ولو أنه لا يوجد خَدَر .

**المعالجة** : داعمة فقط ومن الضروري تجنب أي رضح جديد أو خمج ثانوي جرثومي وقد ينصح بإعادة بناء البديل .

## ضمور الجلد العصبي المنشأ Neurogenic Skin Atrophy :

قد تؤدي اضطرابات الجملة العصبية المركزية إلى ضمور الجلد القِطَعي ، كما تؤدي إصابة الجملة العصبية المحيطية إلى اضطرابات تغذوية في ناحية التوزع العصبية . لا يتعرض الجلد وحده للضمور وإنما قد تضمر معه العضلات واللفافة والعظام المستبطنة . وقد يحدث بعد إصابة الجملة العصبية المحيطية أو حثل المنعكس المستقل ، شكلٌ من أشكال ضمور الجلد يُعرف بالجلد اللماع والأصابع اللمّاعة . وبالرغم من أنّ الجلد رقيق وجاف وأحمر وردي أو مزرق ، شبيه بالورق . يوجد ميلٌ باتجاه فرط التقرن وتشكل النفطات الآلي والتعراق مع تبدلات في نمو الأظفار ( الأظفار الأخدودية ) . ومن التظاهرات الأخرى لهذا الداء فرط الحس أو المذل .

## اعتلال عظم النهايات التقرحي الجادع العائلي Acro – Osteopathia Ulcero – Mutilans Familiaris :

[ Thevenard : ١٩٤٢ ]

*المرادفات* : متلازمة تيفينار ، اعتلال النهايات التقرحي الجادع ، داء Thevenard ، متلازمة Bureau – Barriere حثل النهايات باعتلال الأعصاب الأولي .

**التعريف** : هذه المتلازمة عائلية وتتميز بتقرحات غير مؤلمة في الجوانب التي تتعرض للضغط من القدمين ، تترافق مع انحلال عظم النهايات واعتلال الأعصاب الحسّية المشابه لما يشاهد في

تكهف النخاع الكاذب .

**الحدوث** : نادر وكثيراً ما يكون عائلياً ويصيب الجنسين . يبدأ الداء عادة في سن الطفولة أو سن الشباب الباكرة . تنتقل الوراثة بصبغي جسدي سائد وذات انتفاذ مختلف . وهناك تنكس أولي في الجذور الخلفية للأعصاب المحيطية دون تبدلات نهاية ويحتمل وجود تبدلات وعائية أيضاً .

**الموجودات السريرية** : تحدث اضطرابات تغذوية مستقلة خلال سن الطفولة أو اليفع على الأطراف السفلية ( وأحياناً على العلوية أيضاً ) على شكل زُراق النهايات وتورم في الأصابع والأباخس ( أصابع السجق ) . وتكون إحساسات الحرارة واللمس في الأطراف المتبدلة تغذوياً ناقصة أو غائبة تماماً . وتوجد أحياناً علامات هرمية أيضاً تتظاهر على شكل فرط المنعكسات أو بإيجابية علامة بابنسكي (Babinski) . كما قد يحدث تخلخل العظام أو انحلالها وتتشكل التقرحات التغذوية العصبية غير المؤلمة الموصوفة أعلاه في أجزاء من الأطراف المعرضة للاختلال التغذوي .

وتتضمن التظاهرات الإضافية حالة نقص الرتق ( الشوك المشقوق : Spinabifida ) والإبهام الأروح والقدم المسطحة .

**السير** : يترقى بطيئاً .

**التشخيص التفريقي** : الانتباه للحادثات العائلية هام جداً حيث يسمح بتمييزه عن اعتلال النهايات التقرحي الجادع اللاعائلي . وكذلك يجب التفكير بتكهُّف النخاع على الرغم من أنه تكثر مشاهدة التبدلات التغذوية على الأطراف العلوية . والحالات الأخرى التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار هي التقرحات التغذوية العصبية في التابس الظهري ، والجذام ، والاعتلال العصبي الغولي ، والتهاب الأعصاب في الداء السكري أو عوز الفيتامين ب المركب . ويجب نفي التهاب العظم والنقي المزمن في السلاميات وخاصة إذا لم تكن هناك أية عيوب عصبية .

### اعتلال النهايات التقرحي الجادع اللاعائلي

**: Acropathia Ulcero – Multilans Nonfamiliaris**

**[ Bureau و Barriere : ١٩٥٥ ]**

*المرادفات :* اعتلال النهايات التقرحي الجادع المكتسب ، اعتلال النهايات التقرحي الجادع بتكهف النخاع الكاذب اللاعائلي ، متلازمة Bureau و Barriere ، اعتلال النهايات التقرحي الجادع والمشوه بتكهف النخاع الكاذب .

**التعريف** : هو عبارة عن نموذج تغذوي عصبي من إنحلال عظام النهايات اللاعائلي ، مجهول السبب والمنشأ .

**الحدوث والإمراض** : الداء نادر ، ويكاد يصيب الرجال فقط ، ولا تعرف له إصابات عائلية لأنّ حالاته فردية دائماً . يبدأ الداء في متوسط العمر . وكثيراً ما تكون الكحولية المزمنة عاملاً محرِّضاً في إحداث التبدلات العديدة العصبية .

كثيراً ما يوضع اللوم في القصة السريرية على ارتداء الجزمة المطاطية أو تأثيرات البرد ، وكذلك فإن الداء يحدث في مجموعات مهنية معينة مثل زارعي الكرمة وعمال البناء والمتشردين . ويفترض وجود تأثيرات متعددة العوامل .

**الموجودات السريرية** : تحدث التظاهرات السريرية الرئيسية عادة بين الأعمار ٤٠ ـ ٥٠ سنة .

*التبدلات التغذوية العصبية :* وهذه تبدلات ثابتة وتتضمن بشكل خاص ضياع الحس الحراري في الأطراف المصابة وكثيراً ما تكون في متوسط القسم السفلي للساق مع ميل للتعراق ملفت للنظر . يتحرض التعراق بسبب كل من التبدلات الحرارية الموضعة والمحرضات الانفعالية . وفي أغلب الأحيان يكون المنعكس الكاحلي غائباً ، ويحدث الضمور العضلي فيما بعد وكذلك المعص في الربلة .

*التقرح التغذوي* ***Tropic Ulceration*** ( الشكل ٢٥ ـ ٨ ) : تظهر هذه التقرحات بشكل رئيسي على الأخمصين فوق قاعدة المفاصل المشطية السلامية أو السلاميات الدانية ، وكذلك وبصورة خاصة في الناحية الأخمصية القاصية الحاوية على الأشثان . تتوافق التقرحات مع الصورة النموذجية للتقرحات التغذوية العصبية المترافقة مع تشكل الأشثان المحيطية .

*ضخامة الأنسجة* ***Tissue Hypertrophy*** *:* ينجم عن الآفة ضخامة القدم المصابة فتشبه بذلك داء الفيل . وهي عبارة عن علامة تدل على الاضطراب الاعتلالي العصبي . وقد توجد تبدلات ثانوية وذمية ـ ثؤلولية وثخانة في الجلد والتي لا يندر حدوث الحُمْرة المتكررة على أساسها .

*التبدلات العظمية :* هذه التبدلات تتطور ثانوياً . وتبدي الصورة الشعاعية تبدلات تتماشى وتخلخل العظام وانحلالها . تبدو السلاميات القاصية والأمشاط القاصية وكأنها متآكلة . يكون تصوير الشرايين سويّاً دوماً في هذه الحالات . قد يحدث فقر دم ناقص الصباغ وخلل في بروتين الدم . وكثيراً ما تحدث تبدلات كبدية على أساس الكحولية المزمنة .

**الإنذار** : غير جيد فيما يتعلق بالشفاء .

**التشخيص التفريقي** : الحالة الأساسية التي يجب أن نميزها هي اعتلال عظام النهايات التقرحي الجادع العائلي .

**المعالجة** : يجب أن توجه المعالجة باتجاه الحالة المستبطنة وخاصة الكحولية المزمنة . ويجب الاهتمام بالمعالجة الموضعية والتي غايتها

مكـافحـة الخمج وتشجيع التئـام الجروح . تُزال الأشثـان الموجودة على هامش التقرحي بالاتجاه الأفقي . ويجب الانتباه إلى الآفات العظميـة المرافقة أو انحلال العظام . ويجب ارتداء أحذية خاصـة بتقويم العظـام للتخفيف من التخريش الآلي . ينصـح بحمض الشحمـاني ألفـا α – Lipoic Acid كمعـالجة عرضيـة في اعتـلال الأعصـاب العـديد . ويعطى مركب الكينـين – تيـوفيـللين Quinine – theophylline من أجل المعص في الربلة . ويفضل أن تتم المعالجة بالتعاون مع اختصاصي الأمراض العصبية واختصاصي الجراحة وتقويم العظام .

# الفصل السادس والعشرون

# اضطرابات تصبغ الملانين

# Disorders of Melanin Pigmentation

د . صالح داود

## المظاهر البنيوية والوظيفية لتكون الملانين :

الملانين هو أكثر أصبغة الجلد الأربعة أهمية ، وهي الأوكسي هيموغلوبين ، الهيموغلوبين المُرْجَع ، الملانين والكاروتين . يحمي الجلد ذاته بشكل فعال من التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية بتكوين الملانين . وإذا كانت القدرة على تشكيل الملانين مفقودة ، كما هو الحال عند المرضى المصابين بالمهق Albinism ، إذ يكون المصاب معوقاً ، وخصوصاً في المناخ المداري حيث أشعة الشمس الشديدة . فيصاب بحروق شمس حادة ، لكن الأكثر أهمية حدوث أذيات الجلد المزمنة الناجمة عن الشمس والتي تتظاهر بتوسعات وعائية ، ونقص تصبغ وفرطه بشكل بقعي ، ومران سفعي ، وتقرانات سفعية ، وأورام جلدية ظهارية خبيثة . تظهر هذه الحوادث باكراً في مرضى المصابين بنقص القدرة على تشكيل الملانين أو فقدانها ، ولا تحدث أبداً عند السود .

### الخلايا الملانية Melanocytes :

تقوم الخلايا الملانية في الجلد بصنع الملانين . وهذه الخلايا قادرة على تركيب التيروزيناز الذي يوجد في عُضَيّات هيولية خاصة تدعى جسيمات الملانين ، التي يتم فيها تركيب الملانين وخزنه . وعلى الرغم من وجود الخلايا الملانية في مواقع مختلفة من الجسم مثل العين ، والجملة العصبية المركزية ، والغشاء المخاطي ، والأذن الداخلية ، والجلد إلا أنها جميعاً تنشأ من العرف العصبي ، ولذلك فهي تنشأ من الأديم الظاهر . تنتشر هذه الخلايا في بداية الشهر الثالث من الحياة الجنينية عبر الجلد لتأخذ مواقعها ، وتعمل على تشكيل الملانين في الموصل البشروي الأدمي ومطرق الشعرة . ولذلك يمكن تمييز **نظامين من الخلايا الملانية : البشروية والشعرية** . وفي الحالات المرضية يبدي كلاهما أو أحياناً أحدهما فقط تبدلات مرضية . أما متوسط كثافة الخلايا الملانية فهو حوالي ١٥٦٠ خلية/سم٢ من الجلد ، ولكن وتوجد اختلافات في قيمة هذا المتوسط تؤخذ بعين الاعتبار . إذ يحتوي جلد القوقازيين ٨٠٠ ± ٤٠ خلية/سم٢ في منطقة البطن و ١٣١٠ ± ١٥٠ خلية/سم٢ في منطقة الخد ، و ٢٣٨٠ ± ٢٨٠ خلية/سم٢ في القلفة وهي أكثر المناطق كثافة بالخلايا الملانية . ولا بد من الإشارة إلى عدم وجود اختلافات ذات أهمية متعلقة بالجنس أو العرق . ولا يكون عدد الخلايا الملانية أكبر في العرق الأسود ، ولكن الاختلاف فقط هو في نشاط تركيب وتكوين الملانين في الخلايا الملانية .

### الخصائص الشكليائية لتكوين الملانين Morphology of Melanogenesis :

الخلايا الملانية في الفقاريات هي **خلايا غصنية Dendritic Cells** ذات نواتىء طويلة أو قصيرة ، ومتشجرة أحياناً . ويمكن ملاحظة الخلايا الملانية على السطح السفلي للبشرة عند الفصل الكيميائي للبشرة عن الأدمة . يزداد عدد التغصنات وطولها خلال التطور الجنيني . وتحقق الخلايا الملانية تماسها مع الخلايا القاعدية للبشرة بوساطة هذه التغصنات وتقوم بحقن الملانين المتكون في الجسيمات الملانية إلى الخلايا المقرنة المجاورة . هذه الوحدة البنيوية من الخلايا الملانية والخلايا المقرنة المجاورة تسمى **الوحدة الملانية البشروية الوظيفية Functional Epidermal Melanin Unit** . ويجب اعتبار الخلية الملانية غدة وحيدة الخلية . تظهر الخلية الملانية بالمجهر الالكتروني على شكل خلية كبيرة تتوضع بين الخلايا المقرنة المجاورة دون اتصالات بين خلوية ودون جهاز الخيط الموتر . وتكون هيولاها غزيرة وذات نواة كبيرة ومسامات نووية عديدة ، وشبكة هيولية باطنة غزيرة ، وجسيمات ريبية حرة ، وحويصلات صغيرة عديدة وجهاز غولجي **Golgi** حسن التطور ، وهو ، **أي جهاز** غولجي ، وصفي للخلايا المفرزة . ويتوافق وجود **جسيمات الملانين** مع وظيفة التصبغ الخاصة . **والأنظيم الأولي لتكوين الملانين هو التيروزيناز الذي يتركب في الجسيمات الريبية وينتقل** عبر الشبكة الهيولية الباطنة إلى جهاز غولجي . تحاط وحدات التيروزيناز بغشاء أملس وتتشكل حويصلات صغيرة في المرحلة الأولى من تطور الجسيمات الملانية . ويمكن كشف التيروزيناز في هذه المرحلة . وتحدث تراكيب داخلية غشائية ذات خطوط عرضية خاصة ضمن **طليعة جسيمات الملانين Premelanosomes** . دون أن يتشكل الملانين . ( راجع الشكلين ٢٦ — ١ و ٢٦ — ٢ ) . ويترسب الملانين الكثيف الكترونياً ذي اللون القاتم فيما بعد ضمن الجسيمات الملانية . وتنقل الخلايا الملانية الجسيمات الملانية المتملنة بوساطة فعالية السيتوكرين **Cytocrine** إلى الخلايا البشروية المجاورة . ونحن لا نعرف بدقة طبيعة الوصل الأساسي بين خلية وأخرى ، غير أنه

في حالات مرضية معينة ( مثل تكاثر سريع للخلايا القاعدية ، وذمة داخل الخلايا وخارجها ) يسبب اضطراباً في التصبغ .

### الكيمياء الحيوية لتكوين الملانين Biochemistry of Melanogenesis :

الملانين هو عديد الكينون Polyquinone غير منتظم فيزيائياً ، وغير منحل ، يتركب من التيروزين Tyrosine تحت تأثير الإنظيم الحاوي على النحاس « التيروزيناز Tyrosinase » . وهو يمتص الأشعة الخارجية بأطوال موجات ٢٠٠ – ٢٤٠٠ نانومتر . يتأكسد الحمض الأميني التيروزين ( هيدروكسي فينيل ألا نين Hydroxyphenylalanine ) بواسطة التيروزيناز إلى داي هيدروكسي فينيل ألانين ( دوبا DOPA ) ، وتعتمد هذه العملية على الأوكسجين . يحتاج التيروزيناز لشوارد النحاس ودرجة باهاء PH وحرارة مناسبتين . يتثبط التفاعل بواسطة زمر SH . وبعد تشعيع الجلد بأشعة UV تتأكسد زمر SH في البشرة وبالتالي يتفعل جهاز التيروزيناز . ويتوسط التيروزيناز أيضاً المرحلة الثانية من تركيب الملانين المؤدية لأكسدة دوبا إلى دوباكينون . وهذه العملية تتم بسرعة – ثم إلى ليكودوباكروم Leukodopachrome بإغلاق الحلقة . ينزع الهيدروجين من ليكودوباكروم وتتحول إلى دوباكروم ، وبعد ذلك ينزع الكربوكسيل فتتحول إلى ٦,٥ – داي هيدروكسي أندول . يواجه هذا المركب مزيداً من التأكسد ليشكل الكينون الذي يتكوثر Polymerized ويتحول إلى ملانين . ويمكن للملانين أيضاً أن يتشكل من دوباكينون ، ليكودوباكروم ، ودوباكروم دون فعل إنظيمي . وأخيراً فإن المركب الأسود الناتج عن ذلك يتحد مع بروتين ليشكل البروتين الملاني النهائي . وبما أن عملية تحويل الدوبا إلى دوباكينون تحدث بسرعة ، فإنه لا يمكن تقدير فعالية التيروزيناز من الناحية النسجية الكيميائية بواسطة محتوى الجلد من الدوبا ، إلا أن هذا التفاعل الذي يعطي مركباً بنياً ضارباً للسواد هو أيضاً مفيد في تحديد هوية الخلايا الملانية من الناحية النسجية الكيميائية .

وقد عُرف وجود أنواع مختلفة من الملانين في الطبيعة . ويوجد في الجلد نوعان من الملانين :

*إيوملانين Eumelanin* : ويختلف لونه من البني إلى الأسود ، ولا ينحل في معظم المحاليل ، وله بنية كيميائية معقدة ويحوي زمر عديدة من الكينون ، فهو إذن عديد الكينون .

*فيوملانين Pheomelanin* : وهو صباغ أحمر وأصفر في الثدييات ويتميز عن الإيوملانين بقابليته للانحلال في المحاليل القلوية .

يتشكل الإيوملانين والفيوملانين من نفس الطليعة أي الحمض الأميني التيروزين ، غير أن ثمة حالات يتم فيها التركيب الحيوي للفيوملانين من دوباكينون حيث يتحول بالنهاية إلى مركب سيستينيل دوبا Cysteinyl – DOPA ووسائط أخرى وإلى فيوملانين .

### الجسيمات الملانية في الخلايا المقرنة Melanosomes in Keratinocytes :

يكون ترتيب الجسيمات الملانية في الخلايا المقرنة من طبقة الخلايا القاعدية متبدلاً . وتحاط مجموعات صغيرة مؤلفة من اثنين أو أكثر من الجسيمات الملانية في الخلية المقرنة بغشاء عند الأشخاص البيض والعروق المنغولية . ويشاهد في السود أو العروق الأسترالية جسيمات ملانية كل واحد منها محاط بغشاء ضمن الخلية المقرنة . ويحدد حجم الجسيمات الملانية طبيعة خزنها في الخلايا المقرنة . ولا يغير التسفع Tanning بعد التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية من نموذج توزع الجسيمات الملانية ضمن الخلايا المقرنة . قد يكون الغشاء داخل الخلوي المحيط بالجسيمات الملانية شكلاً من تطور الجسيمات الحالّة . وتختفي الجسيمات الملانية أثناء هجرة الخلايا المقرنة إلى سطح الجلد نتيجة انحلالها وتقويضها . ويمكن مشاهدة الجسيمات الملانية أو منتجات الملانين المتهدمة في الخلايا المقرنة عند السود أو في حالات التسفع الناجم عن التعرض للأشعة فوق البنفسجية ب . والتي تحدث عقب زيادة تركيب الملانين .

### التسفع ( الدَّبْغ ) Tanning :

تحدث زيادة التصبغ الملاني بعد التعرض للشمس أو للأشعة UV الصنعية عبر عمليتين :

١ – *التصبغ العاجل Immediate Pigmentation* : يبدأمباشرة بعد تشعيع الجلد . أما آلية تقتم الصباغ العاجل I. P. D. فلا تزال قيد البحث حيث تتم إعادة توزيع الجسيمات الملانية وخيوط A° – 100 ( خيوط متوسطية ) في الخلية الملانية من التوضع حول النواة إلى القسم القاصي من الغصينات ؛ أو ازدياد نقل الجسيمات الملانية إلى الخلايا المقرنة ؛ أو إعادة توزيع الجسيمات الملانية ضمن الخلايا المقرنة ؛ أو أكسدة ضوئية لطليعة الملانين في نهاية المطاف . ولقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الدور الفعال المقترح للخلايا الملانية قد يكون خاطئاً حيث يبدو أن التصبغ العاجل مستقل عن السلامة الوظيفية والبنيوية للخلية الملانية ، وليس له علاقة بحركة الجسيمات الملانية . وتنحصر عكوسية التصبغ العاجل في الجلد الحي ، الذي يشير إلى حدثية خلوية فعالة . ويتراوح الطيف

يعد لإحداث التصبغ العاجل ما بين ٣٢٠ – ٤٠٠ ن م والأشعة المرئية فوق ٤٠٠ ن م . وفي الشروط المخبرية ، تعتمد الجرعة الصغرى لإحداث التصبغ العاجل على نمط الجلد . فالنمط I من الجلد لا يحدث تصبغاً عاجلاً ، أما النمط II فيحتاج تقريباً إلى ١٥ جول/سم٢ من اليوفا UVA ، ويحتاج النمط III إلى ما يقارب ١٠ جول/سم٢ ، والنمط IV حوالي ٧ جول/سم٢ . ويتراجع التصبغ المباشر بسرعة بعد ٨ ساعات .

• – التسفع ( الدبغ ) المتأخر *Delayed Tanning* : هذه الحالة أكثر أهمية في إحداث التسفع عقب التشعيع الشمسي أو الأشعة UV الصنعية . ويحدث التسفع المتأخر (DT) بشكل أساسي بوساطة جزء من طيف الأشعة فوق البنفسجية UVB ، على أن الموجات الأطول من اليوفا UVA وحتى الأشعة المرئية يمكن أن تحرض على حدوث التلون . ويُحدث التفاعل الحمامي للأشعة فوق البنفسجية في الجلد زيادة في عدد الخلايا الملانية الوظيفية من خلال التكاثر و/أو التفعيل . وأكثر المراحل أهمية هي زيادة تركيب التيروزيناز والجسيمات الملانية في الخلايا الملانية ، والزيادة النوعية في الخلايا الملانية المتملنة وأخيراً ، نقل هذه الجسيمات إلى الخلايا المقرنة المجاورة . ومن المحتمل أن يكون تحريض فعالية التيروزيناز بالتشعيع الشمسي مؤشراً على أكسدة مركبات SH الموجودة بشكل طبيعي في البشرة .

**تأثير الغدد الصم Endocrine Control :**

يتأثر تكون الملانين بالهرمونات النخامية وبشكل أقل بالهرمونات الستيروئيدية . ومن الشائع حدوث فرط تصبغ معمم عند المرضى المعالجين بـ ACTH كتأثير جانبي . ويعود السبب إلى الهرمون المحرض للخلايا الملانية MSH – α الذي يمتلك ١٣ حمضاً أمينياً ذات ترتيب مماثل للهرمون ACTH باستثناء أن السيرين Serine النهائي يكون مؤستلاً . أما – α MSH فله نفس البنية عند الإنسان والفقاريات الأخرى . ومن جهة أخرى ، يختلف MSH – $\beta$ من نوع لآخر . وبعد حقن MSH يظهر تصبغ بني منتشر يشبه داء أديسون . أما آلية تأثير هرمون MSH على الخلايا الملانية فغير معروفة . ويمكن أن تحدث كل من ACTH ، و MSH ومواد مشابهة تصبغاً بقعياً أزرق أو بنياً عند البيض على غرار ما يشاهد في الغشاء المخاطي الفموي عند السود . وقد أثبتت الدراسة على الحيوانات أن الأستروجينات يمكن أن تحرض تصبغ الجلد بينما لا تؤدي الاندروجينات إلى ذلك . ومهما يكن ، فقد لوحظ زيادة تصبغ الجلد بوضوح عند الرجال المخصيين ولدى النساء بعد تناول التستوسترون . ومن غير المعروف الدور الذي يلعبه الملاتونين ( N – أسيتيل – ٥ – ميتوكسي تريبتامين ) في التصبغ .

## اضطرابات تكون الملانين Disorders of Melanogenesis :

يمكن أن تحدث اضطرابات تصبغ الملانين بإحدى الآليات التالية :

– تغيرات في عدد الخلايا الملانية .
– اضطرابات وظيفية في تشكيل الجسيمات الملانية ، ونضجها ، وإفرازها .
– اضطرابات في نقل الجسيمات الملانية .

ويمكن أن تكون اضطرابات تصبغ الملانين ولادية أو مكتسبة ، وقد تؤدي إلى فرط تصبغ موضع أو منتشر أو زوال الصباغ ( نقص الملانين ) .

## فرط التصبغ المحدد Circumscribed Hyperpigmentation :

### النمش Ephelides :

*المرادفات :* Freckles .

**الحدوث** : يحدث خاصة في الأشخاص ذوي الشعر الأحمر أو الأشقر ويورث بالصبغي الجسدي السائد .

**الآلية الإمراضية** : يصبح النمش أكثر وضوحاً في الربيع والصيف تحت تأثير الأشعة فوق البنفسجية التي تحث على تشكيل الملانين ، ويخف شتاءً . ولا يزداد عدد الخلايا الملانية في هذه النمشات . ولقد اقترح أن الخلايا الملانية في النمشات تقوم بتشكيل الملانين بسرعة وبكميات أكبر من الأشخاص ذوي الجلد الطبيعي . استناداً على معلومات وراثية خاصة .

**الموجودات السريرية** : النمشات بقع ذات حدود واضحة وأشكال غريبة ، وتأخذ شكل بقع مصطبغة بنية ضاربة للصفرة أو صفراء ، ذات كثافة متغيرة ، توزعها متناظر وتفضل القسم المتوسط من الوجه ( راجع الشكل ٢٦ – ٣ ) ، والساعد والعضد ، والكتف . تشاهد في الأعمار الباكرة في الأشخاص الشقر أو ذوي الشعر الأحمر . وتنتشر بشكل واسع ، وتتراجع مع تقدم العمر . لا ترى في المناطق غير المعرضة للضياء مثل الغشاء المخاطي للفم والمنطقة التناسلية .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد زيادة في حبيبات الملانين في الخلايا القاعدية من البشرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن مختلف أشكال

الشـامات بنظـام توزعهـا وغيـاب تأثير أشعـة الشمس في الشامات ، وهذا يساعد في التشخيص . كما يجب تفريقها عن الثآليل المسطحة الفتوية المصطبغة ، والنمشات التي لا تتراجع في الشتاء ( النمشات المستمرة ) ، وجفاف الجلد المصطبغ خفيف الشدة .

**المعالجة** : تستعمل واقيات الضياء ذات عامل عالي الوقاية من الضياء (SPF) يبلغ ١٥ وحدة أو أكثر . وهي تقي من الأشعة فوق البنفسجية A, B ، وتفيد نوعاً ما عندما تستعمل بانتظام منذ الطفولة البـاكرة . ويزال التصبغ بواسطـة رهيمات النمش الحـاويـة على أمـلاح الزئبق ( يحذر من الأرج نحو الزئبق أو التسـمـم به ) ، أو بتثبيط تركيب الملانين بواسطـة رهيم من إيترمونوبنزيل هيدروكينون ، ولهذا الرهيم تأثير واضح لكنه محدود . تؤدي المعـالجة الموضعية بالإيترفينول ٢٠٪ إلى تآكل التصبغ وتقشره ، وتتطلب هذه المعالجة خبرة بسبب الأعراض السمية العامة . ولا يوصى عادة بالمعالجة القرية للآفات ، ولا باستعمـال الخردل الآزوتي الذي قد يكون ناجحاً جداً لكنه يحتاج إلى مهارة وخبرة .

**متلازمة بوتز – جيكرز Peutz – Jeghers Syndrome [ Jeghers 1944, Peutz 1921 ] :**

*المرادفات* : داء السليلات المصطبغ البقعي ، داء الشامات حول الفوهات .

**الحدوث** : مرض عـائلي ، يورث بصبغي جسـدي سـائد . وتظهر أعراض هذه المتلازمة عادة قبل سن الثلاثين .

**الموجودات السريرية** : بقع مصطبغة تشبه النمش لكنها غالباً ما يتراوح لونها بين اللون البني الداكن إلى البني المسود ، وتحدث خاصـة في المناطق حول الفم والحجاج وعلى ظهر اليدين في الطفولة الباكرة ، عند الأشخاص ذوي الشعر الغامق . وتوجد البقع المصطبغة على الشفـاه أيضـاً . وقد توجد على المخاطية الفموية بقع سـوداء مزرقة أو بنية غامقة متعددة . ويمكن أن تصاب الملتحمة أيضاً . وتظهر في ذات الوقت بسليلات معوية صغـيرة تدل عـليهـا القيـاءات والألم البطني . وقد يحدث علوص ، ونزف معدي معوي ، وفقر دم ثانوي نتيجة لذلك . ( راجع الشكل ٢٦ – ٤ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي البقع المصطبغة مظاهر النمش مع فرط تصبغ عميق بؤري وفرط تصنع ظهاري خفيف .

**السـير** : قد تبدي البقع المصطبغة على الجلد تراجعاً شديداً خـلال الحيـاة المتـأخرة ، ولكن يبقى التصبغ الفموي ثابتـاً ، كعـلامة وحيدة للمرض . وقد تنتكس السـليلات في الأمعاء الدقيقة ، وفي المعدة أيضاً ، غير أن الخباثة والانتقالات قلما ورد ذكرها .

**المعالجة** : الإجراءات الجراحيـة ضرورية في الأعراض البطنية والعـلوص . ولكنهـا غير ضرورية في المرجلات المعوية غير العرضية .

**البقع الشبيهة بالنمش في الإبط في الورام الليفي العصبي المعمم :**

*المرادفات* : النمش الإبطي ، علامة كروف Crowe .

**الموجودات السريرية** : بقع تشبه النمش ، أو بقع أكبر بلون القهوة بالحليب ، نموذجية للورام الليفي العصبي المعمم ، لكن تشخيص الورام الليفي العصبي المعمم يجب أن يوضع بوجود بقع القهوة بالحليب أو أورام الجلد النموذجية على بقية الجلد . وتلاحظ هذه البقع أيضاً في متلازمة ليوبارد Leopard .

**متلازمة البرايت ١٩٣٧ Albright's Syndrome :**

*المـرادفـات* : متـلازمـة Albright – Mc Cune – Sternberg ، متلازمة Mc Cune – Albright .

**التعريف** : تتميز هذه المتلازمة بتغيرات عظمية ، واضطرابات وظيفية صماوية ، وبلوغ مبكر وبقع مصطبغة محددة .

**الموجودات السـريرية** : هذه المتـلازمـة نـادرة الحدوث . وتتصف بخلل تنسج عظمي ليفي مع ألم ، وكسـور ، وذات عظم ونقي ، وبقع مصطبغة تذكرنا ببقع القهوة بالحليب في الورام الليفي العصبي المعمم . تكون أعداد هذه البقع المصطبغة قليلة وذات حدود غير منتظمة ومسننة غالباً . تصيب الجبهة ، والنقرة ، والظهر والمناطق الحرقفية العجزية والألوية .

**التشريح المرضي النسجي** : لا يزداد عدد الخلايا الملانية في هذه الآفات . وقد توجد بشكـل نادر حبيبـات صبـاغيـة عملاقة نموذجيـة في الخـلايا المقرنة أو الخلايا المـلانيـة في بقع القهوة بالحليب في الورام الليفي العصبي .

**السير** : يحدث تصبغ الجلد عادة خلال السنتين الأوليتين من الحياة ، وغالباً ما يحدث خلال الشهر الأول . وهو ذات توزع غير متناظر ، وتصيب مناطق الجلد التي تستر الإصابة العظمية الشديدة .

**الكلف Chloasma (Melasam) :**

**الموجودات السـريرية** : فرط تصبغ ذو توضع متنـاظر على الجبهة ، والصدغين ، والخدين عند النساء والفتيات . ويتصف ببقع غير محددة لها شكـل غريب غير منتظم ، صفراء أو بنية اللون ، وقد تتـلاقى لتشكل لويحات كبيرة ، وقد تشكل على

الوجه قناعاً من الصباغ الذي يشتد لونه خلال التعرض للشمس . ( راجع الشكل ٢٦ - ٥ ) .

**الإمراض** : ويتصف بزيادة تشكل الملانين في الخلايا الملانية في الطبقة القاعدية .

*الكلف الحملي* ***Chloasma Gravidarum*** : يُفسر الكلف الحملي بأنه تغيير فيزيولوجي أثناء الحمل ( قناع الحمل ) . يحدث مترافقاً مع فرط تصبغ الخط الأبيض ولعوة الثدي والأعضاء التناسلية . ويتراجع بعد الولادة عفوياً . وقد يستمر لفترة طويلة في بعض الحالات : **الكلف الحملي الدائم C. G. Perstans** .

*الكلف الهرموني* ***Chloasma Hormonale*** : وكما أن الكلف الحملي ينجم عن عوامل هرمونية ( استروجينات ) ، كذلك فإن الاضطرابات الهرمونية والأورام المبيضية تُحْدِثُ هذا التصبغ أيضاً على الرغم من غياب الحمل . ويلاحظ الكلف في ١٠٪ - ٢٠٪ من النساء اللواتي يتناولن حبوب منع الحمل الفموية بانتظام .

*كلف المزوقات* ***Chloasma cosmeticum*** ( *التهاب الجلد القلادي* ***Berloque Dermatitis*** ) : إن هذا النوع من التصبغ الشبيه بالكلف شائع جداً ، وينجم عن المزوقات وخاصة رهيات الجلد التي تحتوي على الوذلين أو نتيجة حساسية ضيائية مزمنة تحدثها مواد محسسة للضياء مثل عطر البرغاموت في الرهيات المزوقة . ويرد تشخيص كلف المزوقات بشكل خاص في الحالات التي يوجد فيها أيضاً فرط تصبغ حول الفم ( ملان حول الفم لبروك ) . ويمكن أيضاً مشاهدة هذا التفاعل الجلدي النموذجي للمزوقات الوجهية عند الرجال .

*الكلف الدوائي* : يحدث فرط تصبغ شبيه بالكلف على الوجه عند الذين يتناولون الأدوية الحاوية على الكلوربرومازين أو الهيدانتوئين لمدة طويلة .

*الكلف الدنفي* ***Chloasma Cacheticorum*** : فرط تصبغ يشبه الكلف على الوجه في المرضى المصابين بالأمراض المدنفة مثل السل أو الأورام الخبيثة في الأعضاء الداخلية .

**المعالجة** : تجنب أشعة الشمس المباشرة ، واستعمال واقيات الضياء التي لها عامل عالي الوقاية من الضياء في مجال طيف أشعة اليوفا UVA . ويفيد تطبيق مزيلات الصباغ المؤلفة من مركب الهيدروكينون - تريتينوئين ( حمض فيتامين A ) مع ستيروئيدات قشرية ( حسب رأي Kligman ) حيث يستعمل التريتينوئين ( ٠,٠٥٪ ) ، والهيدروكينون ( ٢٪ - ٥٪ ) مع رهيم التريامسنولون بتراكيز منخفضة .

**فرط التصبغ حول العين Periocular Hyperpigmentation :**

وهو فرط تصبغ منتشر بني إلى بني ضارب للسواد يوجد في المناطق حول العينين ، وخاصة لدى النساء السمراوات . وصف بروك هذه التغيرات بالقناع الصفراوي Masque Biliaire لاعتقاده أنها قد تكون دليلاً على حصيات صفراوية . ومهما يكن من الأمر فهي ليست كذلك دائماً .

ويلاحظ فرط التصبغ حول العين أيضاً في الاضطراب التناسلي دون أن يرافقه أي مرض آخر وقد قيل بأن فرط التصبغ حول العين ، وخاصة في المنطقة الأنسية للأجفان والحاجبين ، هو دليل على فرط الدرقية ( علامة Jellinek ) .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن التصبغ الرمادي المسود المتسخ ، والتفضفض ، والانسمام بالزئبق .

**المعالجة** : لا يوجد علاج لهذه الآفة .

**ملان ريل Riehl's Melanosis [ Riehl 1917 ] :**

**التعريف** : لوحظ هذا الملان الالتهابي في فيينا في نهاية الحرب العالمية الأولى ، وعُزي إلى سوء التغذية . ويصنف اليوم مع التهاب الجلد الملاني الانسمامي Melanodermitis Toxica وينظر إليه على أنه تصبغ ناجم عن التهاب جلد ضيائي بالتماس .

**الحدوث** : لوحظ هذا المرض أيضاً في الحرب العالمية الثانية في بلدان أخرى ، وهو أكثر شيوعاً عند النساء غير أنه شوهد أيضاً عند الأطفال .

**الإمراض** : لم تثبت بعد علاقته بسوء التغذية بعوز الفيتامينات أو باضطراب صماوي ، ويشك بعلاقته بالمواد المتفاعلة ضيائياً والموجودة في المزوقات كأساس في ملان الجلد الانسمامي .

**الموجودات السريرية** : يبدأ ملان ريل بسرعة نسبياً ، ويتوزع بشكل متناظر . ويتصف ببقع حمراء غير واضحة الحدود تتحول خلال أشهر إلى تصبغ شبكي أو واسع شامل ، يتراوح لونه بين الرمادي الفاتح إلى البني الغامق ، والتوضعات الرئيسية لهذا الملان هي الجبهة ، والصدغان ، والخدان ، والأوجه الجانبية للعنق ، أي المناطق غير المغطاة وذات التعرض المديد للضياء ، وقد تظهر في هذا الملان تقرانات جريبية أو حول جريبية ، وحطاطات حزازانية أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي التشريح المرضي النسجي في المراحل الباكرة رشاحة التهابية خلوية في الأدمة العليا وتنكس تميعي في الطبقة القاعدية من البشرة . وعلاوة على ذلك ، نجد في الأدمة العليا أيضاً ملانيناً غزيراً داخل الخلايا البالعة للملانين أو حرة في النسج ( سلس الصباغ ) .

**السير** : لما كانت هذه الحالة غير ناجمة عن زيادة تشكل الصباغ وإنما عن توضع غير مناسب للملانين في الأدمة العليا نتيجة تحطم الخلايا القاعدية عبر التغيرات الالتهابية ، فإن التراجع التام لا يحدث ويكون الإنذار سيئاً .

**المعالجة** : التغطية بالمزوقات أو بالمموهات . وما عدا ذلك ينصح بتطبيق واقيات الضياء كما في الكلف .

### التهاب الجلد الملاني الانسمامي Melanodermatitis Toxica [ Hoffmann and Habermann 1918 ] :

**التعريف** : فرط تصبغ ناجم عن الالتهاب الذي يحدثه الضياء والمركبات ذات السمية الضوئية بالتماس الخارجي ( التهاب الجلد الضيائي المزمن الخارجي المنشأ ) .

**الحدوث** : يلاحظ هذا المرض خاصة عند الأشخاص الذين خضعوا لتماس مهني مع زيوت مزلقة أو مشتقات الزيوت المزلقة خلال فترة طويلة . ويحدث هذا الاضطراب أيضاً عند النساء أو الرجال الذين يستعملون رهيات حاوية على الوذلين ، ومن المحتمل أن يكون ذلك من جراء المضافات ذات الآلية الضيائية ، للعناية بالجلد خلال فترة طويلة .

**الموجودات السريرية** : يأخذ الجلد لوناً بنياً بنفسجياً غير منتظم على المناطق المعرضة للشمس وخصوصاً الوجه ، والرقبة ، وأعلى الصدر بعد تفاعل التهابي عابر وبدئي . وقد تحدث في بعض الحالات حطاطات حزازانية ونفاطات .

**الأعراض** : غير موجودة باستثناء فرط التصبغ .

**التشريح المرضي النسجي** : ويتصف بشواك ورشاحة التهابية خلوية حول الأوعية عابرين ، بالإضافة إلى صباغ خشن في الأدمة العلوية ( سلس صباغ ) وفي بالعات الصباغ .

**السير** : يزول فرط التصبغ ببطء شديد بعد تجنب التماس مع العامل المسبب .

**المعالجة** : إزالة السبب ، تغيير المزوقات ، واستعمال واقيات الضياء والمموهات كما في الكلف .

### تبكل الجلد لسيفان Poikiloderma of Civatte :

*المرادفات* : تبكل الجلد الشبكي المصطبغ في الوجه والعنق ( سيفان ١٩٢٣ ) .

يحدث هذا المرض عند النساء والرجال في منتصف العمر . ويظهر بشكل متناظر على الأجزاء الجانبية من الخدين والعنق ويعف عن المنطقة تحت الذقن . تشكل الآفات بؤراً مصطبغة بنية محمرة مع توسع شعريات وضمور خفيف . يشير التوزع إلى أن المتلازمة تنجم عن الضياء والمواد المحسسة للضياء الموجودة في المزوقات أو في المواد العلاجية الخارجية . وقد وصفت في حالات عديدة اضطرابات صماوية . وقد يكون هذا المرض نوعاً مختلفاً من التهاب الجلد الملاني الانسمامي ( ملان ريل ) في مناطق الوجه والعنق . كما قد توجد علاقة وثيقة مع الملان الحمامي بين الجريبات على العنق .

### ملان حول الفم Melanosis Perioralis et Peribuccalis [ Brocq 1923 ، ك ] :

*المرادفات : فرط تصبغ حول الفم ( بروك ) ، التصبغ الأحمر الوجهي ، التصبغ الأحمر حول الفم لبروك .*

**التعريف** : فرط تصبغ خارجي المنشأ في المنطقة حول الفم ناجم عن المواد المحسسة للضياء والوذلين في المزوقات .

**الموجودات السريرية** : شائع عند النساء في منتصف العمر ، إلا أنه شوهد عند الرجال . يظهر بشكل نموذجي حول الفم . ( راجع الشكل ٢٦ ــ ٦ ) . يحدث في البدء تصبغ بني محمر غير محدد ، ثم يتحول فيما بعد إلى تصبغ رمادي مسود ، وقد يصاب الخدان والصدغان في بعض الحالات . وقد يحدث توسف نخالي الشكل ( *خطل التقرن المصطبغ حول الفم* ) .

**السير** : يستمر فرط التصبغ لفترة طويلة حتى عندما يتوقف استعمال المزوقات المسببة .

**المعالجة** : إزالة السبب ، المموهات ، واقيات الضياء والمزوقات التي لا تحوي وذلين أو مواد محسسة للضياء ، وتجريب مزيلات الصباغ كما في الكلف .

### داء الشامات Lentiginosis :

يتميز داء الشامات بشامات عديدة . وهذه الشامات ذات مظهر يشبه النمش ، لكنها أكثر استدارة ، ولونها أغمق ، وعملياً لا تتفاعل مع أشعة UV وأشعة الشمس ، وقد ورد أنها تتراجع في أشهر الصيف . قد تشاهد الشامات في أي مكان من الجلد والأغشية المخاطية . وتظهر بشكل رئيسي في الطفولة وقد تظهر متأخرة .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد زيادة عدد الخلايا الملانية ( خلايا نيّرة ) في منطقة الموصل البشروي الأدمي ، ولكن دون تشكيل أعشاش وحمانية . ويوجد زيادة محتوى الملانين في الخلايا الملانية . وتبدي البشرة شواكاً خفيفاً وتطاولاً بالحليمات الأدمية .

**الإنذار** : غير مؤذٍ .

**المعالجة** : غير ضرورية . يمكن تطبيق المموهات أحياناً .

وينصح بفحص الآفات القاتمة ( السوداء ) ، وتستقصى نسجياً إذ كبرت أو كان قطرها أكبر من ٥ مم .

### شامات منتصف الوجه Lentiginosis Centrofacialis [ Touraine 1941 ] :

متلازمة وراثية تنتقل بصبغي جسدي سائد نادرة جداً . تتميز بظهور بقع تشبه النمش ، بنية أو سوداء ، صغيرة تظهر باكراً في السنة الأولى من الحياة ويزداد عددها في سن الطفولة . التوضع النموذجي هو منتصف الوجه . لا تصاب الأقسام الوحشية من الوجنة والوجه ، ولا تصاب الأغشية المخاطية أيضاً . كما تشاهد العلامات المرافقة التالية : الشوك المشقوق ، فرط أشعار عجزية ، حداب وجنف ، صدر قمعي ، غياب الأسنان القاطعة المتوسطة العلوية ، اضطرابات الحواجب ، وتخلف عقلي . كما وصف أيضاً الصرع والتقران البدئي .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن داء الشامات الطفحي ، النمشات ، داء الشامات الموضع ، متلازمة بوتز جيكرز ، متلازمة موينهان Moynahan ومتلازمة ليوبارد LEOPARD .

**المعالجة** : لا توجد معالجة لهذا الداء .

### داء الشامات الطفحي Eruptive Lentiginosis :

تظهر شامات عديدة عند اليافعين في سن البلوغ أو المراهقة خلال مدة قصيرة نسبياً وغالباً ما تكون هذه الفترة عدة أسابيع أو أشهر .

تشبه الآفات في البدء الشعيريات الدقيقة المتوسعة ومن ثم تتحول إلى وحمة خلوية ملانية . وغالباً ما يكون المرضى حذرين نتيجة التطور السريع لهذا المرض ، لكن الإنذار حميد ولا توجد ضرورة للمعالجة ، والمراقبة فقط هي الضرورية .

### متلازمة ليوبارد LEOPARD [ Zeister and Becker 1936, Moynalan 1962 ] :

*المرادفات* : متلازمة الشامات .

**التعريف** : تتحدد هذه المتلازمة بصبغي جسدي ذو نفوذية مختلفة . تتميز سريرياً بشامات مع عيوب تطورية . ( راجع الشكل ٢٦ – ٧ ) .

**الموجودات السريرية** : LEOPARD كلمة مشتقة من الأحرف الأولى لأسماء الاضطرابات الرئيسية الموجودة في هذه المتلازمة وهي :

- الشامات Lentiginosis .
- اضطرابات في تخطيط القلب الكهربي ECG ( اضطرابات النقل مع حصار الحزم الغصينية ، ولا يوجد اضطراب نوعي في نقل التنبيه البطيني ) .
- اضطرابات عينية Ocular وتباعد العينين .
- تضيق رئوي Pulmonary Stenosis .
- شذوذات تشكل الأعضاء التناسلية Abnormalities in Formation of the Genitalia .
- تأخر نمو Retardation of Growth .
- صمم ( تيهي ) Deafness .

وقد تحدث هذه المتلازمة بشكل غير تام أيضاً . وهي نادرة جداً غير أن لها أهمية خاصة لأن الشامات هنا تشير إلى أمراض داخلية أساسية .

### الشامات الناجمة عن البوفا PUVA وفرط التصبغ الشبيه بالوحمة البقعية [ Hofmann et al 1977 ] :

تحدث هذه الشامات لدى حوالي ٢٪ من المرضى الخاضعين لمعالجة كيمياضوئية وخصوصاً إذا حدث انسمام ضوئي شديد . وقد يحدث التراجع العفوي .

### داء الشامات الغزيرة حول الأعضاء التناسلية وفي الإبطين [ Korting 1967 ] :

تتوضع الشامات في هذه المتلازمة في المواضع التي يشير إليها اسم المرض . وتفريقها عن البقع الشبيهة بالنمش الإبطي عند مرضى الورام العصبي الليفي المعمم مهم جداً .

### الشامات الشيخية Lentigo Senilis :

*المرادفات* : بقع شيخية ، بقع المسنين ، الشامة الشيخية .

**التعريف** : شامات بنية اللون تظهر على المناطق ذات التعرض المديد للضياء . وتتشكل بعد الثلاثين من العمر .

**الحدوث** : شائعة جداً . لا يوجد لها أساس وراثي ما عدا علاقتها مع نمط الجلد I و II .

**الموجودات السريرية** : آفات بنية ، تتراوح أقطارها بين بضع ميليمترات وحتى بضع سنتيمترات . تتواجد خصوصاً على ظهر اليدين . ( راجع الشكل ٢٦ – ٨ ) ، والسطوح الباسطة للساعدين ، والوجه أيضاً . لا تبدي شدة تصبغ هذه البقع أية علاقة بأشعة الشمس . ولا تتراجع في الفصول التي تقل فيها هذه الأشعة .

**الأعراض** : لا عرضية . لكن الكثير من المرضى يشعرون بالإحباط من الناحية الجمالية .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدو البشرة طبيعية ولكن غالباً ما

تظهر نتوءات صغيرة من الشواك ، بينما يظهر فرط تصبغ بؤري كثيف في الطبقة القاعدية . تكون الخلايا الملانية طبيعية نسجياً غير أن أعدادها متزايدة .

**السير** : يزداد عدد البقع وحجمها مع تقدم العمر . ولا تتطور إلى الشامة الخبيثة . ولذلك كان الإنذار حميداً .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن التقرانات المثية المسطحة ( التقرانات المثية الشبيهة بالثآليل المسطحة ) ، وتبدي فرط تصبغ مماثل لها ولكن يمكن تمييز التقرانات المثية المسطحة عن الشامة الشيخية بسطحها غير اللامع وبكونه باهتاً ومرتفعاً قليلاً . ومن المحتمل أن العديد من الشامات الشيخية تكون في البداية تقرانات مثية شبيهة بالثآليل المسطحة .

**المعالجة** : صعبة . يمكن تجربة التجفيف الكهربائي الحذر أو تطبيق مُوضّع متكرر لصبغة البودوفيللين ( ٢٠ – ٢٥٪ في محلول كحولي ) أو محلول الفينول الممدد . ويمكن أن تكون المعالجة بالآزوت السائل ناجحة ، كما يمكن تجريب التريتينوئين Tretinoin .

## سلس الصباغ Incontinentia Pigmenti [ Bloch 1925, Sulzberger 1927 ] :

*المرادفات :* متلازمة بلوك – سالز برجر .

**التعريف** : هو جلاد وراثي يبدأ في فترة الطفولة الباكرة . تسيطر فيه أعراض جلدية مختلفة وشذوذات في العين وفي الجهاز العصبي المركزي ، كما تظهر فيه أعراض قحفية .

**الحدوث** : المرض نادر جداً . وغالباً ما يحدث عند الإناث ( ٩٧٪ ) وبشكل نادر في الذكور ( ٣٪ ) . فهو إما موجود عند الولادة أو يظهر في الأسابيع الأولى من الحياة .

**الإمراض** : الوراثة سائدة ومرتبطة بالصبغي X . وعادة ما يموت الأجنة الذكور المصابون . يبدأ المرض بمرحلة التهابية ثم يترقى بعدها إلى سلس صباغ حيث يتناثر الملانين من الخلايا القاعدية المتخربة إلى الأدمة العليا ، ويبقى ترسب الصباغ على شكل رذاذ لمدة سنين عديدة .

**الموجودات السريرية** : يمكن تمييز مرحلتين مختلفتين تقود إحداهما إلى الأخرى .

*المرحلة الالتهابية :* يمكن لهذه المرحلة أن تظهر خلال الحمل ولهذا لا تلاحظ عند حديثي الولادة غير أننا نجد زيادة التصبغ النموذجي لديهم . أو قد تظهر هذه المرحلة عند الولادة أو في الأسابيع الأولى بعدها على شكل اندفاعات فقاعية حويصلية متوترة صافية تأخذ أشكالاً خطية أو تأخذ شكل مجموعات .

*المرحلة الحويصلية الفقاعية* ***Vesiculobullous Stage*** : وتتوضع على الأليتين وجوانب الجذع خاصة . ( راجع الشكل ٢٦ – ٩ ) . وتحدث أيضاً على الأطراف . وسرعان ما تحدث حطاطات تأخذ ترتيباً خطياً ، وعقيدات حمراء يمكن أن تتقرح أيضاً ( المرحلة الثؤلولية **Verrucous Stage** ) . ومن الجدير بالملاحظة أن الحطاطات الحليمومية ثؤلولية الشكل وذات التوضعات الخطية تحدث على ظهر اليدين والقدمين وخاصة على جوانب الأصابع والأباخس . وخلال الفترة الالتهابية تكون الحالة العامة للطفل طبيعية ، ولكن يوجد ارتفاع الحمضات في الدم وفي النسج . وإن نسبة ٥٠٪ من الحمضات في اللطاخة الدموية ليست غير عادية . تتواصل التغيرات الالتهابية على شكل هجمات وغالباً ما تتوقف بين الشهر الرابع والشهر السادس من عمر المصاب .

*مرحلة التصبغ* ***Pigmentation Stage*** : تنجم هذه المرحلة عن التغيرات الالتهابية الفقاعية التي تتجلى نسجياً بحويصلات داخل بشروية يرافقها حمضات مع شواك سفاجي ، وتفاعل التهابي يتألف من حمضات عديدة في الأدمة العليا أيضاً . ويشاهد تصبغ بقعي غير منتظم يتراوح لونه بين البني إلى البني الرمادي أو الرمادي الفاتح ، يأخذ شكل دُوَّارات إكليلية أو شريطية أو غير منتظمة تماماً . وتظهر خاصة على المناطق الانثنائية . وإذا وجدت هذه التصبغات منذ الولادة ، يكون الوليد قد مرَّ بالمرحلة الالتهابية داخل الرحم . وتوجد أيضاً حالات يلاحظ فيها تصبغ بقعي في أماكن أخرى غير التي أصيبت سابقاً . وما تغيرات الصباغ إلا تغيرات ثانوية كما في فرط التصبغ الثانوي ولا تنتج عن زيادة فعالية الخلايا الملانية ولكنها تنجم عن انتشار الملانين من الخلايا القاعدية في البشرة إلى الأدمة ويعتبر هذا الحدث دِلالة على سلس الصباغ .

وتظهر في بعض الحالات حاصة ضمورية شبيهة بالثعلبة الكاذبة في منتصف قمة الرأس إلا أنه لا تشاهد اضطرابات أخرى في الأشعار .

*الأعراض المرافقة* ***Accompanying Symptoms*** : تلاحظ في حوالي ٥٠٪ من الحالات اضطرابات أخرى ، وهي اضطرابات في الأسنان ( تأخر التسنن – غياب أسنان منعزل وخاصة الجانبية العليا ) – وشذوذات في الجهاز العصبي المركزي تشمل ( تأخر في التطور العقلي – صغر رأس – صرع – رنح – شلل رباعي تشنجي ) – شذوذات عينية ( ضمور عيني – زرق كاذب – التهاب عنبة – ساد – حَوَل ) وتشوهات أخرى ( في الجهاز الهيكلي – داء قلبي ولادي ) .

**التشخيص التفريقي** : يتشابه المرض في المرحلة الالتهابية مع

التهاب الجلد الحلئي الشكل، والفقاعاني الفقاعي. ويفرق عن خلال البشرة الفقاعي الوراثي الذي يُميِّز عن سلس الصباغ بتوضعات الانتقائية للحويصلات. وحالما يظهر فرط التصبغ الخطي المنحني أو الشبكي، يصبح التشخيص سهلاً.

ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار أيضاً سلس الصباغ الناصل (اللا صباغي).

**المعالجة**: تهدف المعالجة في المرحلة الحويصلية إلى تجنب الخمج الثانوي. وفي الحالات الشديدة تتطلب المعالجة إعطاء الستيروئيدات الجهازية.

## سلس الصباغ (الناصل اللا صباغي) Incontinentia Pigmenti Achromians:

*مرادفات*: نقص الملان لإيتو (Ito 1951).

**التعريف**: اضطراب عصبي جلدي يتظاهر بأشكال غير منتظمة من الوضح Leukoderma، تصيب الجذع والأطراف. ويحدث نقص التصبغ بنمط يشابه النمط الذي يحدث في فرط الملان أو سلس الصباغ، ولهذا أطلق عليه اسم سلس الصباغ الناصل. ويوحي الترافق ما بين التغيرات التصبغية الحادثة على طول خطوط بلاشكو Blaschko Lines وشذوذات الوريقة المتوسطة على أنه شكل من الأدواء المزيقة Mosaicism.

**الحدوث**: نادر نسبياً. وقد سجلت مئة حالة من هذا المرض عام ١٩٨٣. ويمكن أن تصيب أي عمر، وإصابة الإناث أكثر بـ ٢,٥ – ٥ مرات من إصابة الذكور. ويحتمل أن تنتقل الوراثة بصبغي جسدي سائد.

**الموجودات السريرية**: يتظاهر على شكل دوامات، وأثلام (Marble – Cake – Like). وتشاهد نماذج ذات توزع غير متناظر على طول خطوط بلاشكو، وغالباً ما تتوضع على الجذع والأطراف. وتظهر بشكل جلي بوساطة أشعة وود. وتكون الآفات معاكسة لسلس الصباغ أو أنها لا تدل عليه. ونقص الملان هذا قد يكون عكوساً، وقد يترقى. لا توجد حويصلات أو آفات ثؤلولية الشكل ولا شذوذات صبغية في هذا المرض.

**التشريح المرضي النسجي**: ينقص تفاعل الدوبا DOPA في الجلد المصاب مقارنة مع الجلد غير المصاب، وينخفض عدد الخلايا إيجابية الدوبا DOPA. ويتواجد قليل من الجسيمات الملانية في المرحلة I، وخلايا مقرنة متفججة.

**الموجودات المرافقة**: سجلت المظاهر السريرية التالية في أكثر من $\frac{٢}{٣}$ الأطفال المصابين: تخلف عقلي، اضطرابات في مخطط الدماغ الكهربي EEG، نوب اختلاجات، حَوَل، تشوهات في الآذان والأطراف وغيرها.

**التشخيص التفريقي**: يدخل في التشخيص التفريقي سلس الصباغ (المرتبط بالصبغي X)، والوحمة اللا صباغية (فقد التصبغ الثابت).

**المعالجة**: لا علاج لهذا الحالة.

## فرط التصبغ الثانوي Secondary Hyperpigmetation:

يطلق هذا المصطلح على فرط التصبغ الذي يحدث في أعقاب آفات سابقة. ويحدث فرط التصبغ هذا نتيجة مادتين حيويتين:

١ – يزداد عدد الخلايا الملانية في المنطقة المصابة و/أو معدل تشكل الملانين، وهذا يؤدي إلى ازدياد الملانين.

٢ – تحطم الخلايا المقرنة الحاوية على الملانين خلال التغيرات الالتهابية في الجلد حيث تنتشر حبيبات الملانين (الجسيمات الملانية) ضمن الأدمة وتمكث فيها كما في الوشم. وفي هذه الحالة تكون بقع التصبغ رمادية أو ذات لون رمادي ضارب للزرقة.

**فرط التصبغ الآلي**: يحدث فرط التصبغ بشكل شائع بعد تنبيه آلي مزمن. ويوجد بوضوح تغيرات منفردة في تفاعل الخلايا الملانية. تقود هذه التفاعلات إلى زيادة في تولد الملانين في مناطق الجلد المعرضة للتخريش الآلي. يحدث فرط التصبغ النموذجي في المناطق المعرضة للضغط بالحزام (الزنار) وصدرية الثديين والحمَّالات، والمناطق المعرضة للاحتكاك المستمر (إبط – عنق – مغبن)، والجلادات الحاكة كالتهاب الجلد التأتبي، والتهاب الجلد الحلئي الشكل. ويمكن أن يقود التخديش المستمر للجلد إلى فرط التصبغ.

**فرط التصبغ الحراري (حمامى أو ملان الحرور) Erythema or Melanosis ab Igne**: يمكن للأشعة تحت الحمراء، بعد التعرض لها بوقت طويل نسبياً، أن تقود إلى تصبغ ثانوي أي ملان الجلد الشبكي الحراري (الملان الحراري لبوشكيه)، وذلك في المكان المعرض للحرارة لمدة طويلة [كما في الأسرة الحرارية لألم الظهر، (راجع الشكل ٢٦ – ١٠) – حرارة المواقد أو الجهاز الحراري الكهربائي على الساقين – زجاجات الماء الحار]. وبعد أسابيع يظهر تصبغ بني شبكي مرمري. تنجم هذه التصبغات عن زيادة إنتاج الملانين في نظام الخلية الملانية وعن المران الجلدي الحروري. وبعد وقف التشعيع

الحراري يحدث تراجع بطيء في التصبغ ، ولا يكون هذا التراجع تاماً .

**فرط التصبغ السفعي Actinic Hyperpigmentation** : تؤدي أيضاً ، العمليات الحيوية الضوئية التي تسبب حمامى بعد الأشعة فوق البنفسجية إلى تحريض توليد الملانين في المناطق المشععة حيث تحدث زيادة في عدد الخلايا الملانية الفعالة بعد الحمامى ، وتؤدي إلى ارتفاع فعالية إنتاج الجسيمات الملانية ، ومن ثم إلى زيادة التصبغ . وما التسفع ( الدبغ ) إلا عملية تفعيل مع تشكل جديد للملانين . ( راجع بحث التسفع في نفس الفصل ) . ويظهر فرط التصبغ أيضاً بعد التشعيع بأشعة $\alpha$ ، $\beta$ ، أو لا نتيجة تشكل الملانين .

**فرط التصبغ الكيميائي Chemical Hyperpigmentation** : تحدث العوامل الكيميائية الضارة التهاب جلد تماسي سمي . ويمكن أن ينشأ فرط تصبغ محدد في سياق هذا الالتهاب . ويحدث فرط تصبغ شديد بشكل خاص بعد التماس بغاز الخردل . ويمكن للمواد ذات الدينمية الضوئية ، والتي تسبب التهاب جلد ضيائي تماسي سمي ، أن تؤدي أيضاً إلى فرط تصبغ بني غامق ، ومثالها : التهاب الجلد القلادي الذي يحدث بعد استعمال ماء الكولونيا أو العطور التي تحوي محسسات للأشعة فوق البنفسجية مثل زيت البرغاموت ، والتفاعلات التي تعقب التماس مع المواد الضوئية السمية الأخرى ( التهاب الجلد الضيائي النباتي ، أو المعالجة الكيميائية الضوئية بمادة ٨ – ميتوكسي بسورالين ، ٥ – ميتوكسي بسورالين ) . يستخلص زيت البرغاموت من قشور البرتقال الذي ينمو في حوض البحر الأبيض المتوسط ، أو من المواد التي تحوي ٥ – ميتوكسي بسورالين (Bergapten) . وفي كل هذه الحالات يحدث ملان شديد يتحول إلى فرط تصبغ بني اللون .

**فرط التصبغ الالتهابي Inflammatory Hyperpigmentation** : هو فرط تصبغ بقعي يتعلق بالجلادات الالتهابية وهو ليس بغير شائع . وإليك الأمثلة التالية : الحزاز المسطح الصباغي ، الشرى مع تصبغ ، الشرى الصباغي ، التهاب الجلد التأتبي ، الحزاز البسيط المزمن ، الطفحات الإفرنجية المصطبغة ، تصبغات عقب داء المنطقة ، الشرى الحطاطي المزمن ( الحكاك تحت الحاد ) ، الإكزيمة المتحززة ، الصداف الشائع ، الفقاع الشائع ، الطفوح الدوائية أو الذأب الحمامي القريصي .

وينجم فرط التصبغ في كل الحالات عن زيادة فعالية الخلايا الملانية الذي يترافق مع زيادة الجسيمات الملانية في الخلايا المقرنة القاعدية . وأحياناً يؤدي الاندفاع الدوائي الثابت إلى فرط تصبغ ثانوي ثم يكثر ظهوره بلون بني ضارب للرمادي أو أزرق ضارب للرمادي . ويتظاهر فرط التصبغ نسجياً في هذه الحالات بسلس الصباغ .

**الحمامى الدائمة بخلل التلون Erythema Dyschromicum Perstans** [ راميرز Ramirez 1957 ] :

*المرادفات :* الجلاد الرمادي Ashy Dermatosis .

هذا المرض نادر جداً . شوهد أولاً في سان سلفادور ، ثم شوهد في أميركا وأوروبا . يحدث لدى كلا الجنسين في أي عمر . و لم يتم تحديد دور الوراثة في هذا الداء بعد . ( راجع بحث الحمامات ) .

**التصبغ البقعي الطفحي الغامض Pigmentatio Maculosa Eruptiva Idiopathica** [ Degos, Civatte, and Belaich ] :

*المرادفات :* الملان العدسي المعمم (Gottron 1942) ، التصبغ البقعي المكتسب (Sako 1942) ، الجلاد ذو البقع المصطبغة الصغيرة (Vakilazdeh & Rupec 1971) .

**الحدوث** : يصيب الأطفال أو البالغين من كلا الجنسين . ولا يوجد دليل على أنه موروث .

**الإمراض** : من الممكن أن تكون هذه الحالة هي فرط تصبغ ثانوي نتيجة تفاعل التهابي في الجلد ناجم عن عدم تحمل المواد العلاجية أو المغذية ، ولهذا فإنه جلاد يتعلق بالحمامى الدائمة بخلل التلون .

**الموجودات السريرية** : تتصف التظاهرات السريرية ببقع يتراوح قطرها بين ٥ – ٢٥ ملم ، بيضوية أو دائرية ، بنية أو بنية ضاربة للحمرة نوعاً ما ، متجانسة حدودها واضحة . ويكون الانتشار متغيراً ويصيب خصوصاً الأوجه الجانبية للعنق أو الأطراف . ويتظاهر المرض في البدء ببقع مصطبغة أو ، في بعض الحالات ، قد يتبع طفحاً حمامياً أو حمامياً حطاطياً ، ولا يصاب الغشاء المخاطي . وتكون الحالة العامة جيدة .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن فرط تصبغ قاعدي وسلس صباغ ، ورشاحة خلوية حول

لأوعية مؤلفة من لمفاويات ومنسجات في الحليمات .

**الإنذار** : تبقى بقع التصبغ ثابتة غير أنها قد تميل للتراجع ببطء عى مدى سنوات عديدة .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن كل من الحمامى الدائمة بخلل تنون ، وسلس الصباغ .

**المعالجة** : تطبيق المموهات .

**الملان الزرنيخي Arsenic Melanosis** :

يشـاهد هذا الاضطراب التصبغي عند الأشخاص الذين تناولوا كميات كبيرة من الزرنيخ . وكان الملان الزرنيخي يشاهد قبل سنوات عند تجار الخمور نتيجة استعمالهم للبراميل الحاوية على الزرنيخ في حفظ الخمور ( وهي الآن ممنوعة ) ، والذين يتعاطون المشروبات الحاوية على الزرنيخ . ويحدث هذا الملان أيضاً بعد المداواة الزرنيخية طويلة الأمد ( الحبوب الأسيوية Pilulae Asiaticae ومحلول فاولر Fowler ، الأدوية المضادة للصداف التي تحتوي على الزرنيخ ، وبشكل أقل المستحضرات الزرنيخية العضوية ) . وغالباً ما يتزامن حدوث هذا الملان مع التأثيرات الجانبية الأخرى للزرنيخ في الجلد مثل التقرانات الزرنيخية ، والسرطانة القاعدية الخلايا ، وداء بوفن . وقد يحدث تصبغ بقعي أو بشكل أشيع تملن جلد رمادي متسخ ، واسع ، مبعثر بغير انتظام ، غالباً ما يتوضع على الجذع ، ويبدي مظهر قطرات المطر على الطريق الترابية . ويعتمد التلون جزئياً على التصبغ الحقيقي ، وجزئياً على توضع الزرنيخ في الجلد ( راجع الشكل ٢٦ – ١١ ) .

يجب متابعة المرضى ولمدة طويلة من أجل كشف الأورام في الأعضاء الداخلية وخاصة الرئتين ، والبنكرياس ، والكليتين . وهذه المتابعة ضرورية وهامة .

**التشخيص التفريقي** : يتضمن التشخيص التفريقي ، التصبغ الجلدي الناجم عن أدوية أخرى مثل الزئبق ، الفضة ، البزموت ، الذهب ، القصدير ... إلخ .

**فرط التصبغ المنتشر Diffuse Hyperpigmentation** :

هو شكل مختلف عن الآفات المحددة الموجودة في فرط التصبغ المحدد . حيث ينشأ في فرط التصبغ المنتشر تملن جلد واسع ، تكون أسبابه متنوعة وعديدة .

**فرط التصبغ الصماوي Endocrine Hyperpigmentation** :
يشاهد في داء أديسون النمط البدئي لهذا التصبغ . حيث يتشكل فرط تصبغ منتشر يصيب خصوصاً مناطق الجلد الأكثر ميلاً للاصطباغ في الحالة الطبيعية ( براجم الأصابع ، المرفقين ، الركبتين ) ويصيب أيضاً مناطق الجلد المعرضة للضياء . ويحدث نتيجة زيادة إنتاج الهرمون المنبه للخلايا الملانية (MSH) من الفص الأمامي للنخامى عندما يتوقف تأثير المثبط الطبيعي للهرمون MSH بسبب قصور قشر الكظر ( كما في التدرن ، وأمراض المناعة الذاتية ) . وقد تسبب أيضاً كل من أورام النخامى المفرزة للهرمون MSH أو/و ACTH وأورام أعضاء أخرى ، فرط تصبغ منتشر واضح . ويبدي الغشاء المخاطي فرط تصبغ أيضاً .

*متلازمة كوشينغ وداء أديسون* : يحدث فرط تصبغ منتشر من نمط داء أديسون في ضخامة النهايات ومتلازمة كوشينغ . وتتحرض الخلايا الملانية في مثل هذه الحالات بالهرمون MSH .

*فرط الدرقية Hyperthyroidism* : يشاهد فرط تصبغ منتشر لدى ١٠٪ من المرضى تقريباً ، يذكرنا بداء أديسون ولكنه لا يصيب الغشاء المخاطي الفموي بشكل رئيسي . ويشاهد أيضاً فرط تصبغ لعوة الحلمة والناحية التناسلية ، ويكون أقل شدة ووضوحاً .

*الحمل* : فرط التصبغ المنتشر خلال الحمل ، مع فرط تصبغ الناحية التناسلية الشرجية معروف بشكل عام – وقد يكون ناجماً عن تأثير الهرمون MSH على الخلايا الملانية ، كما وجد ارتفاع مستوى MSH في الدم خلال الحمل .

**فرط التصبغ خلال سير الأمراض الباطنية Hyperpigmentation During Internal Diseases** :
وصف فرط تصبغ منتشر في سلسلة من الأمراض ، إلا أنه لم يعرف سوى القليل عن الآلية الإمراضية لهذه الاضطرابات التصبغية . افترض زيادة في إفراز MSH . ومن الممكن أيضاً وجود استعداد وراثي في الشخص المريض . وقد لوحظ فرط تصبغ منتشر في الأمراض الخمجية المزمنة مثل الملاريا ، والسل ، والكالاآزار ، وأمراض الجهاز العصبي ( التهاب الدماغ ، التنكس العدسي الكبدي ، ورم البطانة العصبية ) وداء هودجكن ، وتشمع الكبد وخصوصاً التشمع الصفراوي . ووصف فرط التصبغ المنتشر أيضاً في متلازمات سوء الامتصاص ، وعوز الفيتامين ب ١٢ ، والبرفيرية ويصبح الجلد في معظم حالات الصباغ الدموي Hemochromatosis ( السكري الشبهي Bronze Diabetes ) برونزي اللون ، أو بنياً – رمادياً فاتحاً أو أزرقاً – رمادياً . وتوجد زيادة في الملانين

في الطبقة القاعدية . ولا تلعب تعيين قيمة حديد الجلد دوراً في التشخيص المبكر .

**فرط التصبغ في أمراض الجلد** : يشاهد فرط تصبغ في التصلب المجموعي المترقي ، والتهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي المجموعي . وقد ينجم عن الأدوية مثل ( ACTH ، الكلوروكين ) أيضاً . ويمكن للأحمريات أن تؤدي إلى فرط تصبغ منتشر وعندها نقول أحمرية ملانية – **Melano Erythroderma** . وينجم فرط التصبغ هذا بوجه عام عن التفاعل الالتهابي المزمن في الجلد . يصيب تلون الجلد الرمادي المزرق المنتشر كامل الجسم ، ولكنه يكون واضحاً وخاصة في مناطق الجلد المعرضه للضياء مما يذكرنا بالانسمام بالزئبق وقد نجده أحياناً عند المرضى المصابين بنقائل الملانوم الخبيث . ونجد بيلة طليعة الملانين أيضاً الناجمة عن مشتقات الإندول غير الملونة التي تتأكسد إلى ملانين . وتشاهد نسجياً حبيبات ملانين غزيرة حرة أو تتواجد داخل بالعات الملانين في الأدمة .

**فرط التصبغ الناجم عن الأدوية** : من الأدوية التي تحدث فرط تصبغ منتشر من خلال تحريضها على تكون الملانين هي : الزرنيخ ، والكلوروبرومازين ، ومشتقات الهيدانتوئين والكلوروكين . ويؤدي هيدروكسي كلوروكين إلى تلون رمادي – مزرق يتوضع في الوجه وخلف العنق ، والحنك ، وأيضاً على الساعد والطرف السفلي أحياناً ، وغالباً ما يتزامن حدوث تغيرات في القرنية مع تبدل لون الشعر إلى اللون الرمادي . ومن المعروف أن الزرنيخ يحرض على تفعيل التيروزيناز في البشرة عبر ربط الزمر SH في البشرة .

### الملان المنتشر الولادي Melanosis Diffusa Congenita : [ Van Bogaert 1948 ]

*المرادفات :* خلل التلون المعمم الوراثي ، الملان الجلدي العصبي المنتشر .

**التعريف** : فرط تصبغ ولادي يصيب جميع لحافات الجلد على أساس وراثي ولكن دون إصابة أعضاء أخرى .

**الحدوث** : نادر جداً . دون تفضيل أي جنس أو عرق . ويكون نمط الوراثة غير واضح تماماً . وقد لوحظ الاضطراب عند أخوة وأخوات .

**الإمراض** : غير معروف .

**الموجودات السريرية** : ويتظاهر منذ الولادة بفرط تصبغ بني – رمادي متسخ ملفت للنظر يغطي كامل الجسم مع تبرقش على الراحتين والأخمصين ، بالإضافة إلى مناطق بؤرية غير مصابة تتواجد في ثنيات الجلد الواسعة وفي الإبطين والمناطق الإربية . ( راجع الشكل ٢٦ – ١٢ ) . يحدث فرط تقرن جرابي على السطوح الباسطة للأطراف ، ووبش الأظفار وتقعرها ، كما وصفت رقة الأشعار .

**التشريح المرضي النسجي** : يعطي تفاعل دوبا DOPA في الخلايا الملانية إيجابية شديدة. ويمكن تحري حبيبات الملانين في الخلايا المقرنة البشروية . ويوجد الصباغ في بلاعم الملانين حول الأوعية . ولقد بينت دراسات البنية المستدقة زيادة في الجسيمات الملانية الناضجة . وتدعم هذه الموجودات فكرة تحطم الملانين اليحلولي الآجل في البشرة .

**السير** : يزداد وضوحاً مع زيادة العمر .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الملان المنتشر الولادي عن فرط التصبغ الملاني المنتشر الناجم عن الأمراض الاستقلابية مثل داء أديسون ، داء غوشر ، داء نيمان بك وأورام التيموس المفرزة للهرمون MSH أو ACTH التي يمكن استبعادها من القصة المرضية . ويفرق عن فرط التصبغ المنتشر الذي يحدث بشكل نادر في الحمامى الدائمة بخلل التلون ، بحدوث هذا الداء في باكورة الحياة .

**المعالجة** : لا يوجد علاج .

## انعدام الملان ونقصه
## Amelanosis and Hypomelanosis :

يشير مصطلح انعدام الملان ونقصه إلى غياب كلي للملانين في الجلد ، أو وجود القليل منه نتيجة اضطراب وراثي . ويحدث انعدام الملان ونقصه إما بشكل بؤري أو بشكل معمم . وينجم انعدام الملان ونقصه عن اضطرابات وراثية في تكوين الملانين وتحدث مترافقة مع تشوهات تطورية .

وقد تحدث اضطرابات تشكل الملانين في مراحل مختلفة :

- اضطرابات في التركيب الحيوي للملانين من التيروزين .
- اضطرابات في التركيب الحيوي للتيروزيناز .
- غياب الخلايا الملانية أو اضطرابات في بُنى الخلايا الملانية نفسها .

### بيلة الفينيل كيتون Phenylketonuria [ Fölling 1934 ] :

*المرادفات :* داء فولينغ ، التخلف العقلي بحمض الفينيل بيروفيك .

**التعريف** : مرض نادر نسبياً ( حوالي ١/٦٠٠٠٠ في بلجيكا ، ألمانيا واسكوتلندا ، وفي الولايات المتحدة ١/١١٠٠٠ ، وفي اليابان ١/٦٠٠٠٠ ) . والمرض عبارة عن اضطراب وراثي ينجم

عن عيب في الإنظيم الكبدي الفينيل ألانين هيدروكسيلاز أو نقصه مؤدياً إلى حصر استقلابي في أكسدة الفينيل ألانين لتشكيل التيروزين . ويلاحظ تراكم الفينيل ألانين ومشتقاته مثل حمض فينيل بيروفيك ، حمض فينيل لاكتيك ، وحمض فينيل أسيتيك في الدم . ويطرح حمض فينيل بيروفيك وحمض فينيل أسيتيك في البول .

**الإمراض** : كان يعتقد في الأصل أن نقص مستوى التيروزين أو غيابه مسؤول لوحده عن غياب تشكيل الملانين . وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الفينيل ألانين يثبط تركيب الملانين من التيروزين . ولوحظ زيادة قتامة لون الجلد بعد قوت فقير بالفينيل ألانين . أما الخلايا الملانية فموجودة بأعداد طبيعية أو متزايدة غير أن الجسيمات الملانية الناضجة قليلة .

**الموجودات السريرية** : سوف تتم دراسة الصورة السريرية لهذا المرض ( في الفصل ٣٩ ) . يبدي الأطفال المصابون بهذا الاضطراب الوراثي سحنة فاتحة ، ويتصفون بجلد فاتح ، وشعر أشقر فاتح ، وعيون زرقاء . قد يختلف لون الشعر من الأشقر الفاتح إلى البني الغامق وذلك حسب نمط الجلد .

**المهق Albinism :**

**التعريف** : اضطراب موروث في تركيب الملانين ، يصيب كل من الجلد ، والشعر ، والعينين . وغالباً ما يكون الملانين في المهق غائباً بشكل تام في الجلد . تكون الخلايا الملانية في جميع المرضى ، ما عدا نمطين من المهق ، ذات توزع طبيعي في الجلد والعينين غير أنها لا تركب الملانين . ويمكن رؤية الجسيمات الملانية في الخلايا الملانية ولكن دون تملن . ومن المحتمل أن يقوم هذا الاضطراب على عيب وراثي يُحدث تغيراً في بنية التيروزيناز أو كميته .

**الحدوث** : تبلغ نسبة حدوث المهق حوالي $\frac{١}{٢٠٠٠٠}$ . تكثر هذه الإصابة في الولايات المتحدة ، وخاصة في قبائل Amish و Mennonites .

**التصنيف** : نقص ملان شامل ولادي يصيب العين والجلد يدعى المهق الجلدي العيني Oculocutaneous (OCA) Albinism . وعندها تحدد الإصابة بالعين فقط يدعى المهق العيني Ocular Albinism . وهناك أنماط عديدة من الشكل الجلدي العيني OCA . ( راجع الجدول ٢٦ – ١ ) :

- مهق جلدي عيني سلبي التيروزيناز ( تيروزيناز سلبي ) ؛ مرادفاته المهق غير التام أو المهق I .
- مهق جلدي عيني إيجابي التيروزيناز ( تيروزيناز إيجابي ) ؛ مرادفاته المهق التام أو المهق II .
- مهق جلدي عيني أصفر طافر ؛ مرادفاته مهق Amish ومهق Xanthous .
- متلازمة هرمانسكي – بودلاك Hermansky – Pudlak .
- متلازمة شدياق هيكاشي Chediak – Higashi .
- المهق الجلدي العيني البني .
- المهق الجلدي العيني الضارب للحمرة Rufous .
- المهق الجلدي العيني البلاتيني OCA (PT) .
- متلازمة الصمم – المهق – الخصلة السوداء .
- متلازمة Cross – Mckusick – Breen ( متلازمة نقص التصبغ العيني الدماغي ) .

تنتقل الوراثة في الأنواع العشرة بصبغي جسدي صاغر ، وتتصف أيضاً بنقص الملانين أو غيابه في الجلد والشعر والعين . وتتألف العلامات العينية من : الرأرأة ، ورهاب الضوء ، وتناقص حدة الرؤيا .

**السير** : الأشخاص المصابون بالمهق حساسون جداً بالضياء بسبب غياب الملانين الواقي من امتصاص الأشعة فوق البنفسجية ، ويكفي تعرضاً قصير الأمد لأشعة الشمس لإحداث تفاعلات جلدية حمامية أو حويصلية ( التهاب الجلد الشمسي ) . وكنتيجة للتعرض المديد لأشعة الشمس ، يحدث لدى مرضى المهق باكراً ، وفي المناطق المعرضة من الجلد ( جلد كهلي ، مران سفعي ، توسع شعريات ، تقرانات سفعية ذات ميل للتنكس الخبيث ) .

شوهد حدوث سرطانة وسفية الخلايا حتى في سن البلوغ وخصوصاً في المناطق ذات المناخ المشمس .

**المعالجة** : واقيات الضياء من أشعة UVA و UVB ، واستعمال ألبسة مناسبة تقي من أشعة الشمس . ويجب فحص التغيرات محتملة التسرطن .

**متلازمة شدياق هيكاشي Chediak – Higashi Syndrome [ Bequez 1943 Steinbrinck 1948, Chediak 1952, Higashi 1954 ] :**

تورث هذه المتلازمة بصبغي جسدي صاغر . وتتألف من مركب المهق العيني الجلدي ( جلد فاتح ، شعر أشقر فاتح أو رمادي فضي ، قزحية شفافة ) مع قلة الصباغ ، وأخماج معاودة في سن الطفولة ، وشذوذات دموية وعصبية ، وتكون الوفاة عادة قبل سن العشرين من العمر .

**الإمراض** : ينجم الخلل في هذه المتلازمة عن شذوذ في وظيفة الجسيمات الحالة . تلتحم الجسيمات مع بعضها لتشكل كتلاً

كبيرة ، بحيث يمكن تمييزها كحبيبات واضحة في الكريات البيض في الدم المحيطي . تتشكل في الخلايا الملانية جسيمات ملانية عملاقة نتيجة الالتحام وهي مسؤولة عن الاضطراب في تكون الملانين . وتكون الخلايا الملانية الأخرى طبيعية في الحجم والعدد وتحتوي جسيمات ملانية تامة التملن .

**المعالجة** : لا توجد معالجة ، غير أن تجنب الأخماج ضروري .

### المهق العيني الجلدي Oculocutaneous Albinoidism :

**التعريف** : نقص تصبغ جسدي سائد ، يصيب العين ، والجلد والشعر . تكون القزحية زرقاء ويوجد نقص تصبغ منتشر في العين ، وغياب المنعكس البؤري .

**الموجودات الجلدية** : يكون الجلد أبيض . وقد يكون متسفعاً ( دبغاً ) قليلاً ، والشعر أصفر أو أحمر اللون . وما عدا ذلك فالمرضى سليمون .

### المهق العيني Ocular Ablinism :

تحدث خمسة أنواع معروفة من المهق ، يظهر فيها بشكل ثابت شذوذ في صباغ العين فقط . قد تكون الوراثة مرتبطة بالجنس ، أو بصبغي جسدي صاغر أو سائد .

### المهق الجزئي Piebaldism [ مورغان Morgan 1786 ] :

*المرادفات* : البقع البيضاء الولادية .

**تعريفه** : مرض غير شائع ، يورث بصبغي جسدي سائد ، ويتظاهر بوضح ولادي ثابت مع ابيضاض شعر مقدمة الرأس ، وبقع زائدة التصبغ ضمن بقع زائلة التصبغ شبيهة بالبهاق . نسبة الحدوث حوالي $\frac{١}{٢٠٠٠٠}$ ، وهي متساوية في الذكور والإناث . وتصاب به كل العروق .

**الإمراض** : تكون الخلايا الملانية ناقصة العدد بشكل كبير أو غائبة تماماً في البؤر الخالية من الصباغ في الجلد . إضافة إلى أن هذه الخلايا شاذة من الناحية الشكليائية ، وتحتوي على طلائع جسيمات ملانية ذات بنى شاذة ( كروية ) .

**الموجودات السريرية** : غالباً ما يظهر المهق الجزئي منذ الولادة ، وأحياناً بعد التسفع الأول للجسم . تظهر بقع فاتحة زائلة الصباغ محدودة يتراوح قطرها من ١ - ٦ سم ، وتبقى ثابتة مدى الحياة . تتوضع البقع زائلة الصباغ عادة على البطن الأمامي والظهر غير أنها تعف عن الخط المتوسط ، كما تتوضع على الذراع من منتصفه حتى المعصم ، وعلى الفخذ من منتصفه حتى منتصف الربلة ، ونادراً ما تتوضع على الوجه . يكون توزع الآفات ثنائي الجانب وقد تكون مرتبة . تشاهد عادة بؤرة واحدة من هذا النوع على الحاجب مترافقة غالباً بخصلة بيضاء من الشعر ( الشيب الباكر المحدد ) أو بالشعر الأبيض في مقدمة الرأس الذي ينشأ من بقعة بيضاء مثلثية متطاولة على الجبهة . وقد نجد أحد هذين التوضعين أو كليهما .

**التشخيص التفريقي** : قد يسبب تفريق المهق الجزئي عن البهاق صعوبات . لكن البهاق يظهر في وقت متأخر من الحياة ، ويصيب بشكل أساسي اليدين ، والقدمين ، والوجه ، والمنطقة التناسلية ، ومواضع الرضح المتكرر . وتتصف الوحمة الناصلة Achromicus ببؤرة خالية من الصباغ محددة موجودة منذ الولادة ، ومن المحتمل أنها بقعة وحيدة من المهق الجزئي دون ترافقها بابيضاض شعر مقدمة الرأس . أما التفريق عن الوحمة الفقرمية ، فيتم بفرك البقع البيضاء ، فإذا كانت وحمة فلا يتبعها تفاعل حمامي .

**الإنذار** : حسن عادة . ولا توجد أعراض مرافقة .

### متلازمة وولف - دولوفيتز - الدوس Woolf - Dolowitz - Aldous Syndrome [ 1965 ] :

*المرادفات* : متلازمة المهق ، الصمم .

مرض يتشارك فيه المهق الجزئي مع الصمم .

### متلازمة كلين - واردنبرغ Klein - Waardenburg [ كلين ١٩٤٧ - واردنبرغ ١٩٥١ ] :

مرض يورث بصبغي جسدي سائد بنفوذية مختلفة . يتميز بعلامات المهق الجزئي ، مع توضع وحشي للموق الأنسي والنقطة الدمعية ، وضخامة جذر الأنف ، وخلل تنسج الجمجمة ، وحاجبين متلاقيين ، وقزحية متغايرة اللون ، وصمم ولادي ، وابيضاض شعر مقدمة الرأس ، وبقع ناقصة الملان . وهو اضطراب ولادي . ويعاني حوالي ٢٪ من المرضى المصابين بصمم ولادي من هذه المتلازمة .

**التشخيص** : إن تشارك اضطراب التصبغ ، والأعراض العينية والصمم والبكم أمور هامة في وضع التشخيص .

### متلازمة تيتز Tietz's Syndrome [ 1960 ] :

اضطراب ولادي يتصف بتشارك نقص ملان جلدي معمم ، ونقص تنسج الحاجبين البيضاوين ، وشعر أشقر فاتح ، وصمم ، وبكم ، وعيون زرقاء . ومن المحتمل أن ينتقل بصبغي جسدي سائد .

## زوال الصباغ Depigmentation :

يشير زوال الصباغ إلى فقد مكتسب لصباغ الملانين الطبيعي في الجلد ، وهو عكوس عادة . وتبدو المناطق المصابة

فاتحة أو مبيضة مقارنة مع بقية الجلد . وقد يحدث زوال الصباغ دون سبب ظاهر ، أو كنتيجة لسبب واضح ، أو ثانوياً لأدواء جلدية . وفي الحالة الأخيرة يُسمى وَضَحاً Leukoderma كما في الوَضَح الإفرنجي ، والوضح الصدافي .

**الجدول ٢٦ ـ ١ : مقارنة الصفات المختلفة لأنواع المهق العيني الجلدي ( عن Mosher ورفاقه ١٩٨٧ )**

| الصفات | سلبي التيروزين | إيجابي التيروزين | أصفر طافر | متلازمة هرمانسكي بودلاك | متلازمة شدياق هيكاشي |
|---|---|---|---|---|---|
| لون الشعر | أبيض مدى الحياة | أبيض ، أصفر ، أحمر ، يتقاتم مع تقدم العمر | أبيض عند الولادة ، أحمر ضارب للصفرة بعمر ٦ أشهر | أبيض ضارب للحمرة ، أحمر غامق ، بني | أشقر إلى بني داكن ، فولاذي رمادي |
| لون الجلد | وردي إلى أحمر | أبيض وردي إلى كريمي | أبيض عند الولادة ، كريمي ، تسفع خفيف على الجلد المعرض | رمادي ـ كريمي إلى فاتح طبيعي | وردي إلى وردي ضارب للبياض |
| الوحمات المصطبغة والنمشات | غائبة | قد تكون موجودة وعديدة | موجودة | موجودة | موجودة |
| القابلية للتنشؤات الجلدية | ++++ | +++ | غير معروفة | +++ | ++ |
| لون العينين | رمادي إلى أزرق | أزرق ، أصفر ، بني؛ يعتمد على العمر والعرق | أزرق في الطفولة يتقاتم مع تقدم العمر | رمادي ضارب للزرقة إلى بني ، يعتمد على العمر والعرق | أزرق إلى بني غامق |
| شفوفية القزحية | لا تصبغ مرئي | صباغ معدني في البؤبؤ والحافة | يحدث صباغ معدني عند البلوغ | لا يوجد الصباغ المعدني | من صباغ معدني إلى طبيعي |
| المنعكس الأحمر | موجود | قد يكون غائباً في البالغين من العرق الأسود | موجود | موجود عند البيض ولا يوجد عند السود | موجود ، بشكل أقل من ٥ سنوات |
| تصبغ قعر العين | ٠ | ٠ إلى + عند الكهول | ٠ إلى ++ عند الكهول | ٠ إلى + عند الكهول | + إلى +++ |
| الرأرأة | ++++ | ++ إلى +++ | + إلى +++ | + إلى +++ | ٠ إلى ++ |
| رهاب الضوء | ++++ | ++ إلى +++ | + إلى ++ | +إلى ++++ | ٠ إلى ++ |
| حدة الرؤيا | تقريباً عمى ، تسوء بتقدم العمر ٢٠/٢٠٠ إلى ٢٠/٤٠٠ | الأطفال ، إصابة شديدة ؛ الكهول ، كذلك أو أحسن ٢٠/٩٠ إلى ٢٠/٤٠٠ | قد تتحسن مع العمر ٢٠/٩٠ إلى ٢٠/٤٠٠ | ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٤٠٠ | طبيعي إلى نقص متوسط |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| مستويات تيروزين المصل | طبيعية | الحد الأدنى للطبيعي إلى طبيعية | طبيعية | طبيعية | طبيعية |
| مستويات الهرمون المنبه للخلايا الملانية بيتا | طبيعية | طبيعية | غير معروفة | غير معروفة | غير معروفة |
| الجسيمات الملانية في بصلات الشعر | مرحلة ١ و ٢ فقط | إلى مرحلة III باكرة ، جسيمات عديدة بالغة | إلى المرحلة III ، جيسمات بالغة | إلى المرحلة III ، جسيمات بالغة ، جسيمات فيوميلانين | مرحلة IV عملاقة إلى طبيعية |
| حضن بصلات الشعر بالتيروزين | لا تصبغ | تصبغ | لا تصبغ إلى زيادة تصبغ مشكوك بها | تصبغ | تصبغ |
| علامات أخرى | متغايرو الزيجوت لديهم أقل من $\frac{١}{٢}$ نشاط التيروزيناز الطبيعي | اختبار $^{3}$HOH يفترض وراثة متغايرة في المهق إيجابي النيروزيناز | اختبار بصلة الشعرة ، يزداد اللون الأحمر أو الأصفر بحضنها بالتيروزيناز – سيستئين | عيب الصفيحات ، خزن السيروئيد ، أجسام هيولية في الخلايا الوحيدة | زيادة القابلية للأخماج ، حبيبات عملاقة كالجسيمات الحالة : خباثة شبيهية بداء شبكي لمفي |
| بني | ضارب إلى الحمرة | بلاتيني | متلازمة الخصلة السوداء – الصمم – المهق | متلازمة – Cross – Mckusick Breen | المهق العيني الجلدي ( السائد ) |
| بيج إلى بني فاتح في الأفارقة | أحمر فاتح إلى أحمر غامق | بلاتيني ، كريمي | أبيض ثلجي وخصل مصطبغة | أبيض إلى أشقر فاتح | أبيض إلى أشقر فاتح |
| كريمي إلى تسفع خفيف في الجلد المعرض | بني محمر | قرنفلي إلى أحمر | أبيض مع بقع مصطبغة | وردي إلى وردي ضارب للبياض | وردي إلى وردي ضارب للبياض |
| قد يوجد | قد يوجد | غائب | قد يوجد في مناطق بقعية | موجود | غير معروف |
| مشابه للبيض في أفريقيا | منخفض | ++++ | واضح وقد يكون ++++ | غير معروف | غير معروف |
| بني فاتح | بني محمر إلى بني | رمادي إلى أزرق | رمادي ضارب للزرقة | رمادي ضارب للزرقة | أزرق |
| أثر دولاب العربة | خفيف | كمية قليلة من الصباغ على الحافة وحافة البؤبؤ | لا يوجد صباغ مرئي | غير معروف ، ساد | تصبغ نقطي |

| يوجد عند الأطفال قد يكون غائباً في الكهول | غير معروف | موجود | موجود في الأطفال والكهول | غير معروف ، ساد | موجود |
|---|---|---|---|---|---|
| - إلى ++ في الكهول | + إلى ++ | • | • | غير معروف ، ساد | صباغ نقطي |
| + إلى ++ | • إلى ++ | ++++ | ++++ | +++ إلى ++++ | • |
| + إلى ++ | • إلى ++ | ++++ | ++++ | غير معروف | • |
| ٢٠/٣٠ إلى ٢٠/١٠٠ | طبيعي إلى ٢٠/١٠٠ | تقريباً أعمى ، ٢٠/٢٠٠ إلى ٢٠/٤٠٠ | ٢٠/٣٠٠ إلى ٢٠/٤٠٠ ٢٠/٣٠٠ إلى ٢٠/٤٠٠+ | أعمى | طبيعي إلى ٢٠/٣٠ إلى ٢٠/٤٠ |
| غير معروف | غير معروف | طبيعي | غير معروف | طبيعي | غير معروف |
| غير معروف | غير معروف | غير معروف | غير معروف | غير معروف | غير معروف |
| مراحل I – III ، بعض الجسيمات البالغة المتعددة في المرحلة IV ذات تصبغ خفيف | غير معروفة | مراحل I, II ، بعض III | لا توجد خلايا ملانية في الشعر الأبيض والجلد ، خلايا ملانية طبيعية في الشعر والجلد المصطبغ | خفيف : مرحلة III وبعض المرحلة IV | مراحل I و III |
| تصبغ | تصبغ | لا يوجد إلى قليل | صباغ ( تصبغ شعر فقط ) | تصبغ | تصبغ |
| ميزت حتى الآن في أفريقيا وغينيا الجديدة | يشاهد في غينيا الجديدة والأفارقة | غير معروف | قد يوجد صمم حسي عصبي ، قد يكون ناجماً عن فشل في هجرة العناصر العصبية الجنينية من العرف العصبي إلى الأذن | تخلف عقلي ، صغر العين ، الورام الليفي اللثوي | غير معروف |

**البهاق Vitiligo :**

*المرادفات :* مرض البقع البيض .

**التعريف :** هو اضطراب شائع ، مكتسب ، عائلي في بعض الأحيان ، يتصف بقلة الخلايا الملانية ، ويتجلى بزوال صباغ الجلد بشكل بؤري . ويحدث نتيجة اضطراب وظيفي في الخلايا الملانية أو تخربها ، ويميل هذا الداء إلى الترقي . التراجع العفوي نادر . ويترافق مع شذوذات عينية ، وأضداد ذاتية ونسبة حدوث عالية في الاضطرابات المرافقة .

**الحدوث :** المرض شائع نسبياً ، في ١٪ – ٢٪ ، وتوجد قصة عائلية في حوالي ٣٠٪ من المرضى . وتدعم بعض الملاحظات انتقاله الوراثي بصبغي جسدي سائد ، وبنفوذية غير تامة ، والمرض بحد ذاته غير وراثي ، غير أن الاستعداد للإصابة به يكون وراثياً . ولا تبدي مستضدات HLA ترافقات ثابتة فيه . يزداد $HLA-DR_4$ في السود و $B_{13}$ في يهود مراكش و $B_{35}$ في يهود اليمن . كما وصف ترافقه مع $HLA-B_{13}$ في حال وجود أضداد مضادة للدرق .

**الإمراض** : غير معروف . وقد وضعت ثلاث نظريات مدرسية عن الآلية الإمراضية :

*النظرية المناعية* : زيغ المراقبة المناعية ينجم عنه خلل في وظيفة الخلايا الملانية أو دمارها .

*النظرية العصبية* : وسيط كيميائي عصبي يخرب الخلايا الملانية أو يثبط تركيب الملانين .

*نظرية التخرب الذاتي* : وسيط أو نتاج استقلابي عن تركيب الملانين يسبب تخرب الخلايا الملانية .

وباعتبار أن أي واحدة من هذه الفرضيات ليست قادرة على تفسير حدوث المرض بشكل مقنع لوحدها ، فقد اقترحت فرضية مركبة من قبل آخرين .

وثمة عوامل تعجل في حدوث هذا المرض منها : حرق الشمس الشديد ، الرضح المتكرر ومواقف الشدة العاطفية . وقد كثر البهاق خلال الحروب . ومن الصعب إثبات دور هذه العوامل . ويوجد انسمام درقي في حوالي ١٠٪ من الحالات .

ولقد وجد أن البهاق أكثر شيوعاً مع فقر الدم الوبيل ، والتهاب الدرقية لها شيموتو ، والداء السكري ، وداء أديسون ، والحاصة البقعية ( الثعلبة ) ، والذأب الحمامي ، والوهن العضلي الوبيل ، وداء كرون ، وتصلب الجلد ، والتشمع الصفراوي .

ونجد في البهاق أضداداً ذاتية ضد خلايا الدرق ، والغلوبولين الدرقي ، والخلايا الجدارية في المعدة ، وقشر الكظر .

وأخيراً ، إن الملاحظات التي دلت على أن البهاق قد يحدث في سياق الميلانوم الخبيث تبقى ذات أهمية مميزة في هذا الصدد ، سيما وأن هذا المرض يعتمد على فشل الخلايا الملانية في تركيب الملانين وإن نقص تشكل الجسيمات الملانية في الخلايا الملانية واسم . ولعل المرحلة الأولى من هذه التغيرات الخلوية قد تكون عكوسة . وفيما بعد تموت الخلايا الملانية جزئياً من خلال البلعمة الخلوية الذاتية . أما تَكَوُّن الملانين في الخلايا الملانية للجريب الشعري ( الخلايا الملانية الجريبية ) فقد يبقى طبيعياً أو يضطرب بنفس الطريقة .

**الموجودات السريرية** : قد يحدث البهاق في أي عمر ، ولكنه يفضل سن الشباب ولا سيما لدى الإناث . وتتراوح ذروة الحدوث ما بين عمر ١٠ ـ ٣٠ سنة . ويبدأ في ٣٠٪ من الحالات في سن العشرين تقريباً . ويتظاهر ببقع بيضاء محددة ، يزداد وضوحها عندما يتسفع الجلد بسبب الاختلاف اللوني والاضطراب الجمالي . يوجد في البدء عادة بؤر محددة قليلة وصغيرة ، حوافها مفرطة التصبغ غالباً . ثم يزداد عدد الآفات ، وقد تتلاقى فتأخذ أشكالاً غريبة . وقد تصاب الخلايا الملانية في الجريبات الشعرية وفي هذه الحالة تبيض الأشعار . ( راجع الشكل ٢٦ ـ ١٣ ) .

*البهاق ثلاثي اللون* ***Trichrome Vitiligo*** : تكون الآفات البيضاء الحوارِّية محاطة بحلقة من التسفع الفاتح . والحلقات الثلاث هي الجلد البني الطبيعي اللون ، التسفع المتوسط ، والأبيض الحواري .

*البهاق رباعي اللون* ***Quarichrome Vitiligo*** : هو فرط تصبغ حول الجريبات وبقع هامشية حول الجريبات ، تضيف لوناً رابعاً .

***تصنيف البهاق :***

***البهاق الموضع :***

*البؤري* : بقع بهقية واحدة أو متعددة غير قطعية .

*القطعي* ***Segmental*** : بقع بهقية واحدة أو متعددة قطعية أو شبه قطعية .

***البهاق المعمم :***

*وجهي طرفي* : آفات متعددة على الأجزاء القاصية من الأطراف والوجه .

*الشائع* : يتوزع في تناظر مدرسي يكون بشكل غير متناظر .

***المعمم*** : يصاب كل الجسم أو معظمه .

*المختلط* : قطعي بالإضافة للشائع أو الوجهي الطرفي .

**الأعراض** : يترق البهاق دون أعراض . وقد سُجِّلت حكة بشكل نادر ( البهاق الالتهابي ) . وقد تكون البهاق الالتهابي شديداً عندما يعرض المرضى أنفسهم للشمس إذ سرعان ما يحدث حرق شمسي ( حمامى شمسية أو التهاب جلد شمسي ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الخلايا القاعدية خالية من الملانين داخل الآفات . وتكون الخلايا الملانية غائبة أو سلبية التيروزين . أما تفاعل دوبا **DOPA** فهو سلبي في الجلد زائل الصباغ ، ويضعف في المنطقة المتوسطة ، ويزداد في الحافة مزدادة الصباغ . ولا يلاحظ بالمجهر الألكتروني خلايا ملانية في الآفات المستقرة بل نجد نوعين فقط من الخلايا الغصينية : خلايا لانغرهانس والخلايا غير المحددة لا توجد تغيرات أدمية ، ولكن قد نجد الملانين في بلاعم الملانين الأدمية .

**السير** : يختلف سير المرض من حالة لأخرى . ففي حالات عديدة تظهر بعض البقع فقط ، والتراجع العفوي التام نادر .

ما التراجع الجزئي فهو وارد خلال أشهر الصيف . وذلك حيث يعود التصبغ حول الجريب الشعري . كما يشاهد بفعل الإجراءات العلاجية .

**التشخيص** : يوضع التشخيص بناء على الفحص السريري . وتفيد أشعة وود حيث تميز بقع البهاق بسهولة . ويجب التفتيش عن مرض مرافق خصوصاً في الدرق أو الكبد أو المعدة .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي المهق الجزئي ، والوحمة الفقرمية ، الحزاز التصلبي والضموري أو تصلب الجلد الموضع ، وكذلك يجب تمييزه عن النخالية المبرقشة القاصرة خصوصاً عندما تتوضع على الجذع . ولكن تشخيصها سهل عادة . ويحدث الوضح أيضاً في مكان الأدواء الجلدية الأخرى كما في الوضح الإفرنجي . ويجب تمييزه عن البقع زائلة الصباغ في الجذام ، والتي تكون خدرة . ويدخل في التشخيص الأذيات المهنية أيضاً حيث يتعرض البعض إلى التماس مع ( P – tert – Butylphenol ، مشتقات الهيدروكينون المستعملة في صناعة المطاط ) .

**المعالجة** : غير ناجعة . يكون كل المرضى أو الكثير منهم قلقين جداً من هذه الآفة . ويحتاجون إلى التطمين من قبل اختصاصي الجلدية . وبعضهم لا يحتاج إلا إلى التطمين ومعلومات عن المرض فقط . ويعطى المرضى وصفاً مفصلاً للاختبارات العلاجية متضمنة المنافع والمضار ( الفعالية ، النكس ، الوقت ، الكلفة ، التأثيرات الجانبية العامة ... إلخ ) . يجب أن تجرب المعالجة ، وخصوصاً في البهاق على المناطق المكشوفة من الجسم ، بسبب المنظر المنفر للجلد الذي يزعج المريض نفسياً .

*المعالجة الجهازية :*

*المعالجة بالبوفا PUVA :* تعتبر المعالجة بالبوفا PUVA ( ٨ – ميتوكسي بسورالين ، ٥ – ميتوكسي بسورالين أو تري ميتيل بسورالين + UVA ) في الوقت الحاضر المعالجة الأكثر فعالية ، وخصوصاً في البهاق المنتشر في المرضى ذوي الجلد من نمط IV – VI . وعلى أية حال ، تستطب ٣ – ٤ جلسات كل أسبوع لعدة أشهر قبل عودة التصبغ الذي يبدأ حول الجريبات ، ثم تندمج البقع الشافية لإحداث عودة الصباغ للبقع المصابة . ونحصل على أفضل النتائج في الوجه والأقسام الدانية من الأطراف . ولكن البهاق على ظهري اليدين والقدمين معند على المعالجة عادة . أما التأثيرات الجانبية ومحاذير المعالجة بالبوفا PUVA فهي كما هو الحال في الصداف ، إضافة إلى التفاعل السمي الضيائي في الجلد البهاقي . تشمل المعالجة عدة مئات من الجلسات ، وهي ضرورية للحصول على نتائج مقبولة . ويشكل هذا عبئاً على المريض والطبيب . ويفضل استعمال التري ميتيل سورالين و ٥ ميتوكسي بسورالين على ٨ – ميتوكسي بسورالين في هذه المعالجة .

*الخلين Khellin :* ( عبد الفتاح ورفاقه ١٩٨٢ ) هو Furanochrome ، ويُستعمل بالمشاركة مع اليوفا UVA . وهو محسس ضيائي ولا يؤدي إلى حدوث حمامى سمية ضيائية في الجلد على عكس ما هو معروف عن البسورالينات ، لذلك يمكن أخذه بعين الاعتبار في المعالجة المنزلية . ويتوقع عودة التصبغ في ٧٠٪ من الحالات بعد ١٠٠ – ٢٠٠ جلسة . ويعطى ١٠٠ مغ من الخلين قبل ٢ – ٥ ساعات من التشعيع باليوفا UVA .

*كاروتين – بيتا Beta – Carotene :* تتوفر كبسولات كاروتين بيتا تجارياً . ويؤدي ترسب الكاروتين في الطبقة القرنية إلى تلون الجلد بلون أصفر – برتقالي ووقايته من الضياء . غير أن النتائج الجمالية غير مجذبة في الطبقات المتقرنة على الراحتين . وليس للكاروتين بيتا تأثيرات جانبية على العينين ولا يسبب فرط فيتامين A .

*نتائج المعالجة :* تعطي طرق المعالجة الجهازية نتائج متباينة . فالمعالجة الكيميائية الضوئية الجهازية تؤدي إلى عودة صباغ مرضية من الناحية الجمالية في حوالي ٧٠٪ من الحالات الباكرة أو الموضعة ، بينما يحدث التصبغ العفوي فقط في أقل من ١٠٪ من حالات البهاق . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية الحادة والمزمنة .

*المعالجة الموضعية :* ينصح بهذه المعالجة في علاج بقع البهاق الصغيرة .

*واقيات الضياء Sunscreens :* وتعطى لكل المرضى للتقليل من خطر حروق الشمس أو للتقليل من تكرار أذى الشمس بعد زوال صباغ الجلد . ويتم اختيار الواقيات التي تحتوي على عامل وقاية عالية من الضياء يعادل ١٥ أو يزيد .

*المموهات Camouflage أو تمويه الآفات :* هناك العديد من المنتجات المموهة متوفرة في الأسواق منها Covermark ، Dermablend ، Vita Dye ، Dyo Derm . أما الإثنين الأخيرين فقد يكونا بلون واحد فقط .

*إعادة الصباغ Repigmentation :* يستجيب المرضى المصابون ببقع بهاقية صغيرة بشكل جيد ، وقد لا يستجيب الآخرون المصابون ببهاق منتشر أو معمم . أما النتائج الكلية في أنماط الجلد II – IV فهي غير مشجعة . وتكون عودة الصباغ في بهاق النهايات ، وخصوصاً على اليدين والقدمين ، وحول الفم ، وحول الأذن ، أقل مما هي عليه في بقية أجزاء الجسم .

وتوجد طرق مختلفة لإعادة تصبغ الجلد ، وتعتمد النتائج على مدى انتشار البهاق ، وعمر المريض ورغبته ، وخبرة الطبيب .

*المعالجة بالستيروئيدات :* يطبق الهيدروكورتيزون أو التريامسينولون مرة أو مرتين في اليوم . ويجب أن لا نغفل عن التأثيرات الجانبية للستيروئيدات . ويمكن مشاركتها مع DMSO في بعض الأحيان للحصول على نتيجة أفضل .

*المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية A ( اليوفا UVA ) :* وهي مفيدة في بعض المرضى على الرغم من أن النتائج الكلية غير مرضية بوجه عام .

يمكن استعمال ٨ – ميتوكسي بسورالين وبتركيز ٠,١٥٪ ( محلول ، سائل ) وهو متوفر في بعض البلدان . ويطبق قبل ٣٠ – ٦٠ دقيقة من التعرض لأشعة UVA ( عادة ٠,١ – ٠,٣ جول/سم٢ UVA ، أو أكثر من ذلك ويعتمد ذلك على المنبع الضوئي ) .

*الخلين Khellin :* ٢٪ في غليسرول – فورمول يطبق قبل ساعة من التشعيع .

*زوال الصباغ غير العكوس :* إذا كان البهاق منتشراً جداً ، أو إذا لم تعط محاولات إعادة الصباغ نتائج مرضية يمكن تجربة إزالة الصباغ المتبقي وخصوصاً في المرضى ذوي الجلد الأسمر أو الأسود . يطبق عندئذ رهيم من مونوبنزيل إيتر هيدروكينون بتركيز ٢٠٪ مرتين يومياً لمدة ٣ – ١٢ شهراً . وقد تحدث حروق أو حكة في هذه المعالجة ، كما شوهد التهاب جلد أرجي بالتماس لدى واحد من مجموع سبعة من المرضى أثناء المعالجة . ويجب أن يعرف المريض أن زوال الصباغ دائم .

## متلازمة فوكت – كوياناجي Vogt – Koyanagi Syndrome [ Vogt 1906, Harada 1926, Koyanagi 1929 ] :

*المرادفات :* المتلازمة الجلدية العينية ، متلازمة فوكت – كوياناجي – هارادا .

وهي متلازمة نادرة تحدث في الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ – ٥٠ سنة ، وتترافق مع التهاب العنبية ، وخفة سمع ، وبهاق ، وثعلبة وشيب باكر . وسببها غير معروف ، وتتهم الأخماج الحموية . حيث تبدأ البوادر في هذه المتلازمة بحمى تترافق مع أعراض التهاب دماغ أو التهاب سحايا ، ثم يحدث التهاب عنبية نتحي حاد ثنائي الجانب مع خطر حدوث الزرق . وبعد فترة قصيرة يحدث ثقل سمع ، أو صعوبة في السمع ، أو حتى الصمم في ٥٠٪ من الحالات . وفي غضون ثلاثة أشهر أخرى ، يحدث بهاق على الجسم مترافق مع شيب باكر محدد على الحاجبين ، والأهداب أو على الفروة ، وثعلبة بقعية ( في ٥٠٪ من الحالات ) . ويكون الإنذار حسناً باستثناء الإصابات العصبية والأذنية .

**المعالجة :** عرضية .

## الوحمة الهالية Halo Nevus [ Sutton 1916 ] :

*المرادفات :* وحمة ساتون ، الوضح النابذ المكتسب ، بهاق حول الوحمة ، وحمة الخلايا الملانية الهالية .

**الإمراض :** تحدث الوحمة الهالية بسبب التفاعل الالتهابي في وحمة الخلايا الوحمية المصطبغة مع حدوث زوال صباغ شبيه بالبهاق في المنطقة المحيطة بالوحمة ، وينجم عن تفاعل مناعي يؤدي إلى اضطراب تكوين الملانين ، وأخيراً إلى تخريب الخلايا الملانية . وكثيراً ما تشاهد الهالة هذه في مرضى البهاق . كما لوحظت أيضاً في المصابين بنقائل الملانوم . ولقد وجدت أضداد هيولية ضد الملانوم في مصل هؤلاء المرضى .

**الموجودات السريرية :** تظهر هالة زائلة الصباغ حول واحدة أو أكثر من الوحمات المصطبغة . ( راجع الشكل ٢٦ – ١٤ ) . وتحدث بشكل رئيسي عند الفتيان ( بأعمار ١٥ – ٢٠ سنة ) مترافقة مع عديد من وحمات الخلايا الوحمية المصطبغة ، دون سبب واضح . وقد يزول صباغ الوحمة المركزية وقد تختفي ، كما أن عودة صباغ الوضح أمر ممكن .

**التشريح المرضي النسجي :** نجد تفاعلاً التهابياً خلوياً حزازاني الشكل في وحمة الخلايا الوحمية المصطبغة المركزية . ويتألف من لمفاويات T ، ومنسجات ، ومصوريات أحياناً . وفي الطور المتأخر يتواجد الملانين في بلاعم الملانين فقط . يغيب الملانين من الطبقة القاعدية في البشرة المحيطة ، بينما توجد خلايا ملانية غير مصطبغة .

**المعالجة :** غير ضرورية .

## نقص الملان النقطي الغامض Idiopathic Guttate Hypomelanosis [ Cummings and Cottel 1966 ] :

*المرادفات :* الوضح العدسي المنتشر (Arguelles – Casals and Gonzalez 1969) .

**التعريف :** مرض شائع جداً . يتصف ببقع زائلة الصباغ صغيرة ، منتثرة مع ضمور خفيف جداً ، وغالباً ما يتواجد هذا الداء في مناطق الجلد ذات التعرض المديد للضياء لدى الرجال متوسطي الأعمار فما فوق ، وهو أقل شيوعاً عند النساء .

**الموجودات السريرية :** يتظاهر هذا المرض على المناطق المكشوفة والساعد بشكل خاص ، وأحياناً على الجذع ولا سيما

على الظهر ، حيث نجد بقعاً بيضاء بورسلانية بقطر ٢ ـ ٥ م . وقد يتصف الجلد في ذلك المكان بضمور سطحي أحياناً . ومن السهل تمييز هذه الآفات بوساطة أشعة وود . وهذه التغيرات غير قابلة للتراجع ولا تسبب اضطرابات شخصانية أخرى غير المشكلات الجمالية .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقها عن تصلب الجلد المحدد صغير البقع ، والحزاز التصلبي الضموري .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد نقص حبيبات الملانين في الطبقة القاعدية . ويُظهر المجهر الالكتروني وجود الخلايا الملانية في الجلد المصاب ، ونقص عدد الجسيمات الملانية . وقد يوجد ضمور بشروي .

**المعالجة** : غير ممكنة .

## زوال الصباغ الكيماوي Chimical Depigmentation :

يؤدي التطبيق الخارجي للمواد الكيميائية إلى تثبط الخلايا الملانية أو موتها ، وقد تسبب وضحاً عكوساً أو غير عكوس . وتعتبر مشتقات الهيدروكينون من المواد الكيماوية المزيلة للصباغ والمعروفة جيداً والتي تستعمل كمضادة للتأكسد في صناعة المطاط . وأول ما ظهرت نتائجها على أيدي العمال السود كاضطراب دائم بهاقي الشكل ، أو زوال صباغ بقعي شبيه بالنثار Confetti . يعتبر المونوبنزيل إيتر هيدروكينون مثبطاً لتكوين الملانين وسامّ للخلايا الملانية ، ولهذا يجب ألا يستعمل لأسباب تزويقية لمدة طويلة ما لم يكن زوال الصباغ الدائم هو المطلوب .

قد يحدث زوال الصباغ الخارجي المنشأ بعد تطبيق **الشريط اللاصق** ، وهذا أيضاً ناجم عن تأثير مشتقات الهيدروكينون السام للملانين في مكان لصق الشريط . وقد يوجد تأهب شخصي لزوال الصباغ .

لوحظ حديثاً حدوث زوال صباغ بهاقي الشكل بعد التماس مع ب ـ ثلاثي ـ بوتيل الفينول P – Tert – Butylphenol أو ب ـ ثلاثي ـ بنتيل الفينول P – tert – Pentylphenol الذي يستعمل كمطهر . وهذه المواد فعالة سواء بالاستنشاق أثناء التحضير أو تؤثر بطريق التماس عبر الهواء ، لأنها تؤدي إلى تظاهرات تشبه البهاق ليس فقط في مناطق التماس لكن أيضاً بعيداً عن مكان تماسها ، كالمناطق التناسلية . وقد تسبب ضخامة كبدية طحالية ودُرَاقاً . يشير هذا المرض المهني إلى ضرورة الشك المستمر بوجود علاقة ما بين البهاق وتغيرات الغدة الدرقية .

وقد ينجم زيادة فقد الصباغ نتيجة تعرض الجلد والشعر للضياء وعن تأثير العديد من الأدوية وتعتبر الأدوية المضادة للملاريا وخاصة مادة الكلوروكين من الأدوية المعروفة بإحداث هذا التغير ، والتي قد تسبب فرط تصبغ أيضاً .

## زوال الصباغ في الأمراض الجلدية Depigmentation from Skin Diseases :

### زوال الصباغ الدائم Permanent Depigmentation :

يحدث زوال الصباغ غير العكوس دائماً عندما تتخرب الخلايا الملانية . وقد لوحظ ذلك بعد التشعيع بالأشعة المؤينة ( التهاب الجلد بأشعة X ) ، والأذيات المندبة ، والجلادات الالتهابية المزمنة ( الضمور الأبيض ، والحزاز التصلبي الضموري ) .

### زوال الصباغ المؤقت Temporary Depigmentation :

يحدث زوال صباغ بقعي مؤقت في عديد من الجلادات الالتهابية ، ويدعى بالوضح Leukoderma . وينجم هذا الوضح عن التثبيط الكيماوي المؤقت لتكوين الملانين ، واضطراب في آلية نقل الجسيمات الملانية إلى الخلايا المقرنة ، وامتصاص الوسوف في الأجزاء المريضة من الجلد للأشعة فوق البنفسجية واعتماداً على الأسباب التي ينجم عنها الوضح ، فقد تم تمييز الأشكال التالية منه :

- الوضح الصدافي .
- الوضح في نظائر الصداف .
- الوضح في الحزاز المسطح .
- الوضح في الإكزيمة التأتبية .

ينشأ هذا الوضح بشكل أساسي نتيجة ازدياد معدل التبدل البشروي . فالخلايا القاعدية لا تبقى في الطبقة القاعدية مدة كافية تمكنها من التقاط الجسيمات الملانية من الخلايا الملانية . ومن جهة أخرى ينجم الوضح الإفرنجي Leukoderma Syphiliticum المميز في الإفرنجي الثانوي عن تأثير سمي للعامل الممرض على تكون الملانين . ويبدأ الوضح الجذامي بشكل أساسي حول الجريبات ، ويظهر حولها ويتطلب تفريقه عن بقية أشكال الوضح إجراء اختبار الخدر وغياب التعرق في الآفة الجذامية .

**الإنذار** : يتراجع الوضح عندما يشفى الداء الجلدي المسبب .

**الوضح الكاذب Pseudoleukodermas** : لا ينجم الوضح الكاذب عن اضطراب في تركيب الخلايا الملانية أو وظيفتها ، بل يعتمد على ظاهرة مغايرة أو أسباب أخرى .

*الوضح الكاذب في النخالية المبرقشة* : يحدث الوضح الكاذب هذا لأن الجلد الطبيعي يصبح بنياً ، بعكس الجلد المؤوف ،

ذلك لأن طبقات الوسوف الدقيقة هي التي تمتص التشعيع بالأشعة فوق البنفسجة . وبعد نزع الوسوف تلاحظ بقع فاتحة اللون في الجلد البني وهي الوضح الكاذب . وقد ثبت حديثاً أن الذيفان الفطري يثبط تكوين الملانين أيضاً . ولذلك قد تكون هذه الحالة نوعاً من التشارك بين وضح الجلد وبين وضح الجلد الكاذب .

*الوضح الكاذب في الصداف* : ويتشكل هذا الوضح في سياق معالجة الصداف بالقطران ، الأنترالين ( ديترانول ) ، أو المعالجة الضوئية . ويصبح الجلد الطبيعي المحيط بالآفات الصدافية بنفسجياً بنياً بسبب أكسدة نتاج الأنترالين ، والتصبغ في الجلد الطبيعي يُحرض بالقطران . وتظهر الآفات الصدافية السابقة في طور الشفاء بلون فاتح وغير مصطبغة . ولذلك كان الوضح الكاذب هو علامة الشفاء في الآفة الصدافية .

*الوضح الكاذب في التأتب* ***P. L. Atopicum*** : يحدث بشكل رئيسي على الأطراف أو الوجه عند الأطفال المصابين بالإكزيمة التأتبية . ونتيجة للوسوف الدقيقة يكون امتصاص الأشعة UV سطحياً أو بشكل مبعثر ، ولا يؤدي إلى تسفع . وهذا الاضطراب أكثر وضوحاً في الصيف ، وقد وصف أيضاً في النخالية البيضاء .

*الوضح في التشنج الوعائي* ***P. L. Angiospasticum*** : يحدث على اليدين والأليتين والذراعين . وينجم عن فقر الدم المقتصر على الجلد نتيجة تشنج أوعية شريانية سطحية ( الشرينات ، القسم الشريني من العروة الشعروية ) . ويحدث خاصة لدى الأشخاص ذوي الاضطراب النفسي الإنباتي ، وهو شائع أيضاً في اختناق النهايات . وإذا شوهد على الأليتين أطلق عليه الاسم الطبي العام وهو البقع البيضاء ، أو بقع بير **Bier's Spots** .

**البلق ( الرقطة ) Leukomelanoderma** : يتواجد البلق عندما يحدث زوال صباغ بؤري مع فرط تصبغ محيطي . ويحدث البلق هذا في الانسمام الزرنيخي المزمن ، والأحمريات الجلدية الناجمة عن المعادن الثقيلة واللمفومات الخبيثة ، والإفرنجي ، وفي تصلب الجلد المجموعي المترقي .

# الفصل السابع والعشرون

# خلل التصبغ

# Dyschromias

د . صالح داود ، د . شذى زيزفون

يطلق تعبير خلل التصبغ على ترسبات مواد صباغية أخرى في الجلد إلى جانب الميلانين ، ناجمة عن مستقبلات في الجسم أو عن مواد أجنبية دخلت إلى الجسم . ويتغير لون الجلد الطبيعي نتيجة لذلك إما بشكل منتشر أو محدد . ويمكن أن ينتج خلل التصبغ عن أسباب داخلية أو خارجية المنشأ .

## خلل التصبغ الداخلي المنشأ Endogenous Dyschromias :

### الداء الهيموسيدريني Hemosiderosis :

يحدث ترسب صباغ الهيموسيدريني الحاوي على الحديد عادة نتيجة تفكك الكريات الحمراء في الجلد ، أو حقن مستحضرات الحديد بشكل قريب جداً من سطح الجلد . وباعتبار أن الهيموسيدريني يحرض تكوُّن الميلانين فهناك أيضاً فرط تصبغ ميلاني . يعتمد الصباغ الدموي Hemochromatosis في تلون المصاب باللون الرمادي – البني أو باللون البرونزي المنتشر ( الداء السكري الشبهي ) جزئياً على ترسب الهيموسيدرني . ويعزى هذا اللون بشكل أكبر إلى التصبغات الناتجة عن ازدياد الملانين .

### الفرفرية الصفراء المغرية Purpura Jaune d'Ocre :

يمكن أن تنجم هذه الفرفرية أيضاً عن الداء الهيموسيدريني Hemosiderosis ، وفي هذه الحالة يكون من منشأ إرقاني الأصل . ويحدث في القصور الوريدي المزمن على الساقين ، وغالباً ما يكون علامة باكرة نسبياً . ويترافق عادة مع فرط ملان موضع .

### تسرب الدم Blood Extravasation :

من المعروف جيداً أنه يحدث تسرب الدم في أمراض عديدة مثل الفرفرية ، الكدمات ، الورم الدموي ( الدميوم ) . ويكون التصبغ في البدء أحمر برتقالي اللون ثم أحمر مزرقاً ثم أحمر مصفراً وأخيراً أصفر مغرياً . ونجد في الزنوج ترسبات سوداء من صباغ الهيموسيدرين في الطبقة المتقرنة من العقب ( العقب الأسود ) .

### الأصبغة الصفراوية Bile Pigments :

يحدث خلل التصبغ في اليرقان نتيجة احتواء الجلد ( والصلبة ) على مادة البيليروبين والتلون بها وخاصة الألياف المرنة . وعندما يتوضع البيليفيردين Biliverdin في الجلد ، يزداد اللون الأخضر المصفر بشكل أكثر وضوحاً . ويعتبر هذا اللون نموذجياً للتشمع الصفراوي أو سرطانة الأقنية الصفراوية .

**التشخيص التفريقي** : من المهم أن نذكر أن اللون الأصفر المشاهد في اليرقان يمكن أن يحدث أيضاً نتيجة الاستعمال الجهازي للأتابرين Atabrine ، وحمض المر ، وثاني نترو الفينول ، والسانتونين Santonin وكذلك في الكاروتينيمية Carotinemia . غير أن الصلبة لا تتلون في هذه الحالات .

### متلازمة الطفل البرونزي Bronze Baby Syndrome :

*المرادفات* : فرط بيليفردين الدم Hyperbiliverdinemia .

**التعريف** : هي اضطراب عابر في التلون يأخذ اللون البرونزي ، يصيب الجلد والبول والمصل في الولدان المصابين باليرقان بعد بضعة أيام من البدء بالمعالجة الضوئية .

**الإمراض** : يعتقد أن اضطراب التلون هذا ناجم عن منتجات البيليروبين المؤكسدة ضوئياً أو عن المنتجات الضوئية لاستقلاب الكوبروبرفيرين . تعتبر المعالجة الضوئية بالإشعاع الطبيعي أو الصنعي ( ٤٠٠ – ٥٠٠ نانومتر ) فعالة في تخفيض مستويات بيليروبين الدم . ويوجد نقص نسبي في إنظيم بيليفردين ريدكتاز Biliverdin Reductase .

**الموجودات السريرية** : إن المولودين حديثاً والمصابين عادة باضطراب وظيفة الكبد مع نقص في الإفراز الصفراوي مع زيادة في فعالية الإنظيات الكبدية ومستويات البيليروبين المباشر والخاضعين للمعالجة الضوئية ، يصبح لونهم بنياً رمادياً ( أو برونزياً ) بعد ١ – ٧ أيام من بدء المعالجة الضوئية . ويفترض أن هذا الصباغ غير سمي . حيث يستعيد الولدان لونهم الطبيعي خلال أسابيع من إيقاف المعالجة الضوئية .

**المعالجة** : غير ضرورية .

### الكاروتينيمية Carotinosis :

يملك الكاروتين الملوّن للشحم ، والكاروتين – ب B – Carotene بشكل رئيسي ، لوناً أصفر فاتحاً . ويساهم هذا الصباغ في لون الجلد الطبيعي ، ويُرى بشكل واضح حيث تكون الطبقة المتقرنة متسمكة ، وذلك لأن ترسب الصباغ لا يكون في النسيج الشحمي والغدد الزهمية فقط وإنما في البشرة أيضاً .

تؤدي زيادة محتوى الكاروتين في الدم إلى الكاروتينيمية ( Aurantiasis cutis, Von Baelz 1896 ) وفي هذه الحالات يحدث تلون أصفر في الراحتين والأخمصين وكذلك في الأجزاء الجانبية للأنف وذروته . وتشاهد هذه الحالة بشكل خاص عند الرضع الذين يتناولون وبإفراط طعاماً حاوياً على الكاروتين ( جزر ، برتقال ، يقطين ، زيت النخيل ) . ( راجع الشكل ٢٧ – ١ ) .

وتحدث الكاروتينيمية عند البالغين أيضاً للأسباب السابقة ، وبعد تناول الكاروتين لأغراض علاجية . ومن المحتمل حدوث تلوّن في الجلد نتيجة الصباغ الأصفر الموجود في البرتقال أو عصير البرتقال مثل : التارتازي الأصفر Tartazine yellow . وفي مثل هذه الحالة فإن تبديل الحمية يؤدي إلى شفاء سريع . ويمكن أن تحدث الكاروتينيمية في الأمراض التي يحصل فيها تغير في تحوُّل الكاروتين إلى الفيتامين A نتيجة اضطرابات استقلابية أو أمراض كبدية . ومن الأمثلة على ذلك : قصور الدرق ، الوذمة المخاطية ، التهاب الكلية المزمن ، الكلاء Nephrosis ، وفرط البروتينات الشحمية في الدم . تبقى الصلبة بيضاء في الكاروتينيمية ، وتغيب الحكة ، وتكون مستويات البيليروبين طبيعية . لذلك فمن السهل جداً تمييز الداء الكاروتيني عن اليرقان .

**المغرانية Ochronosis :**

يشاهد الداء في بيلة الألكابتون Alkaptonuria ، وهي مرض استقلابي نادر حيث يكون إنظيم أوكسيداز حمض الهوموجنتزيك غائباً ، ويحدث ترسب حمض الهوموجنتيزيك في النسج وبشكل خاص في غضاريف الأذن والأنف وفي الملتحمة وأحياناً في الوجه والإبطين . ويتكوثر حمض الهوموجنتيزيك إلى صباغ أسود بني يشبه الميلانين ( Ochronosis ) . وقد تصاب الأظفار أيضاً . يمكن وضع التشخيص بعد تحليل البول . ( راجع الفصل ٣٩ ) .

## خلل التصبغ خارجي المنشأ Exogenous Dyschromias :

يمكن أن يؤدي امتصاص أو ترسب مجموعة من المواد الكيمياوية خارجية المنشأ إلى إحداث خلل في تصبغ الجلد . ويعتبر خلل التصبغ الناجم عن الأملاح المعدنية مهماً ، لأن الأملاح تترسب في النسج الضامة ومن الصعب معالجة هذه الأمراض .

**التفضض Argyria** : وهو عبارة عن تلوّن الجلد والأغشية المخاطية بلون رمادي مسود بسبب ترسبات الفضة . ويمكن تحري جزيئات الفضة في أغلبية نسيج الجسم باستثناء الأعصاب والعضلات . وتُرى الترسبات بشكل واضح في المناطق المعرضة للضياء من الجسم في الألياف المرنة والأغشية القاعدية . ويمكن إظهار هذه الترسبات بسهولة تشريحياً مرضياً باستخدام الساحة المظلمة . ويمكن مشاهدة حبيبات الكترونية كثيفة بواسطة المجهر الإلكتروني وبشكل خاص في الأرومات الليفية والبالعات .

*التفضض الموضع* : يحدث في الملتحمة أو الأغشية المخاطية الفموية بعد معالجة موضعية طويلة الأمد بمحاليل أملاح الفضة .

*التفضض الشامل* : ويمكن أن يحدث بعد معالجة جهازية طويلة الأمد بالأدوية الحاوية على أملاح الفضة ، وقد كانت تحدث مثل هذه الحالة عند المرضى الذين كانوا يتناولون معلق بروتين الفضة لمعالجة التهاب المعدة المزمن أو القرحة المعدية أو استعماله كقطرات أنفية . ويمكن أيضاً أن يحدث التفضض الشامل كداء مهني عند العاملين الذين يصنعون اللآلىء الصنعية أو الذين يقومون بقطع وتلميع الفضة ( امتصاص أغبرة الفضة ) . يحدث تلون بني – رمادي في اللثة كعلامة باكرة ، ثم يتلون الجلد بلون بني مسود منتشر . يمكن أن تبدي الأظفار لوناً أزرقاً أو رمادي . ولا يوجد أية معالجة .

**التذهب Chrysiasis** : يَظْهر ترسب الذهب كتلون جلدي مزرق في المناطق الجلدية المعرضة للضياء وفي الصلبة . ويحدث التذهب بعد عدة أشهر أو بعد فترة كمون طويلة . تترسب جزيئات الذهب على ألياف النسيج الضام ، وتُختزن في البالعات . لهذا ، فإن هذا التلون غير عكوس . وتختلف جزيئات الذهب بالحجم ، ويمكن التعرف على جزيئات الذهب بواسطة مطيافية المجهر الإلكتروني الامتصاصي .

**البزموت Bismuth** : عندما يؤخذ البزموت لفترة مطولة ، كما كانت الحالة في المعالجة القديمة للإفرنجي وغيرها من الأمراض المزمنة مثل الحزاز للسطح ، يحدث تلون رمادي شامل للجلد . تكون العلامة الباكرة ظهور خط أسود رمادي على الحافة اللثوية . ينجم عن توضع كبريت البزموت . يتوافق نمط التظاهرات مع تلك المشاهدة في التفضض . ويمكن أن يحدث قرحات أو التهاب معدة ثانويين بالبزموت . ومن المهم مناظرة الوظيفة الكلوية .

**المغرانية خارجية المنشأ Exogenous Ochronosis :**

يحدث ترسب صباغي في الجلد ، على المناطق الوجنية عادة ، بعد تطبيق الكريمات القاصرة والحاويه على الهيدروكينون ، الفينول ، ريزوركينول Resorchinol ... إلخ . ومن الشائع مشاهدة هذه الحالة عند الزنوج ، خاصة في

جنوب أفريقية ، ولكن هناك تقارير متزايدة من جميع أنحاء العالم . ونرى بالتشريح المرضي بُنى بنية واضحة محددة ومجموعات من ألياف الكولاجين المتجانسة المتورمة وتصبُّغ بني حبيبي .

**الكيناكرين Quinacrine :**

تملك الأدوية المضادة للملاريا ( الميباكرين ، الآتابرين ) تأثيراً جانبياً وهو تلوّن جلدي أصفر باستثناء الصلبة ، لدرجة أنها نادراً ما تستعمل حالياً . ويتصف الكيناكرين بأنه يتألق ويمكن تحريه بسهولة في الأظفار والأغشية المخاطية والبول .

**الزئبقية Hydragyria** : يؤدي الاستعمال المديد للمراهم العينية الحاوية على أملاح الزئبق أو مراهمها المستعملة بهدف إزالة النمش إلى تصبغات سوداء رمادية مميزة في المناطق المعالجة . ونجد بالمجهر الإلكتروني جزيئات زئبق إلكترونية كثيفة مترسبة بشكل انتقائي على الألياف المرنة والأغشية القاعدية للغدد العرقية . يمكن تحري أملاح الزئبق في البول أيضاً . ويمكن تحريض إطراح أملاح الزئبق بالمعالجة بالبنسيلامين . ( راجع الشكل ٢٧ — ٢ ) .

**الأميودارون Amiodarone** : من الإختلاطات النادرة ( ١/١٠٠٠ ) ولكن النموذجية لهذا الدواء المضاد لاضطراب النظم والمضاد للذبحة هي ظهور تصبغ بنفسجي ضارب للسواد إلى اردوازي في المناطق المعرضة للضياء . وينتج هذا التصبغ عن ترسب صباغ ( Lipofuscin ) في الأدمة العلوية .

**خلل التصبغ الموضع Localized Dyschromias** : يمكن أن ينتج خلل التصبغ الموضع عن تشرب الأدوية الموضعية وامتصاصها . حيث يؤدي الطلاء بمحاليل نترات الفضة ، أو استعمال المغاطس التي يضاف إليها برمنغنات البوتاسيوم ، أو تطبيق الأصبغة إلى خلل تصبغ في الجلد . ويقتصر التلون في مثل هذه الحالات على الطبقة القرنية . لذلك يخف لون هذه المناطق بعد بضعة أيام نتيجة توسف البشرة . ويمكن أن يؤدي تطبيق بنفسجية الجانسيان على الجروح إلى وشم دائم أيضاً .

**كتوبية الجلد السوداء Black Dermographisms** : وتدعى باسمها الإنكليزي أيضاً Black Skin Writing ويمكن مشاهدتها عندما تحتك أدوات معدنية ( قلادة العنق ، الياقات ، الأقراط ، غيرها ) مع سطح جلد معالج بالمساحيق ( أكسيد الزنك ، التلك ، أكسيد التيتانيوم ) . وذلك لأن جزئيات المسحوق الصلب تحتك مع الجزيئات المعدنية الذهبية أو الفضية على الجلد فيتلون الجلد باللون الأسود .

**الوشم Tattooing :**

يفهم المرء من تعبير الوشم إدخال جزيئات ملونة إلى النسيج الضام في الجلد . وتستمر الآفة مدى الحياة إذا لم تعالج . ويستطيع المرء أن يفرق بين الوشم للزينة والوشم غير المقصود .

**الوشم التزييني Decorative Tattooing :**

لقد استعمل الوشم التزييني لمئات السنين وخاصة في البلاد الآسيوية ، وأطلق عليه الوشم الزخرفي ، ولكن قد يرغب البعض أحياناً بإزالة هذا الوشم . يتم إجراء الوشم عن طريق إدخال جزيئات ملونة في الأدمة عن طريق الوخز بواسطة الإبر . ويستعمل محترفوا الوشم أدوات كهربائية لهذا الغرض . أما الهواة فإنهم يُدْخِلون الحبر إلى الأدمة بواسطة وخزة إبرة عبر الجلد . ويُستعمل عادة الحبر الهندي أو الكربون الأسود . تعطي الجزيئات السوداء التي يتم إدخالها إلى الجلد لوناً أزرق عندما ينظر إليها من خلال طبقات الجلد المعتمة . ويمكن أن يحدث لوناً أحمراً عند استعمال سينابار Cinnabar ( سلفيد الزئبق ) ولون أخضر عند استعمال أكسيد الكروم . ويمكن استعمال سلفيد الكادميوم Cadmium Sulfide من أجل الألوان الضاربة للصفرة ، وألومينات الكوبالت من أجل اللون الأزرق الفاتح ، وأكسيد الحديد من أجل اللون البني . وتستعمل الأصبغة التركيبية هذه الأيام عادة ، ( راجع الشكل ٢٧ — ٣ ) .

إضافة إلى الأخماج التي تسببها عملية الوشم ( التهاب الكبد الخمجي ، الخمج بالحمة HIV ، الثآليل ، السل ، الإفرنجي ) ، فإن الوشم يؤدي أيضاً إلى تفاعل جلدي أرجي بالتماس أو حزازاني نتيجة الصباغ المستعمل . ويمكن عادة ملاحظة مثل هذه التفاعلات عند الوشم بأملاح الكروم والسينابار Cinnabar . وعند الوشم بالسينابار لا يحدث التهاب جلد فقط بل قد يحدث تكاثر إلتهابي مزمن غير مستحب أيضاً . ومن الجدير بالاهتمام أن أمكنة الوشم بالسينابار ليست مواقع لتبدلات إفرنجية باكرة ، وذلك لأن أملاح الزئبق تقتل الملتويات . ويمكن أن يلعب الوشم دوراً محرشاً ، فيحدث حزازاً مسطحاً أو صدافاً أو ذئباً حمامياً في مكان الوشم . ويمكن حدوث حبيبوم غرناوي عند المرضى الموشومين المصابين بالغرناوية ، وكذلك يمكن حدوث لمفوم كاذب .

**المعالجة** : من الصعب إزالة الوشم التزييني . يمكن استئصال الوشم الصغير المحدود ، غير أن إزالة الوشم الكبير تتطلب عدة عمليات جراحية عادة . ولكن يجب تحاشي الندبات التي قد تكون معيبة أكثر من الوشم .

ويبدو أنه من الأفضل إجراء سنفرة الجلد Dermabrasion لهذه الحالات وتحت التبنيج الموضعي . حيث يجري كشط الوشم بواسطة أوتاد فائقة السرعة ، وفيما بعد يتم تغيير الضماد

بشكل مستمر من أجل زيادة المفرزات المتدفقة إلى الجلد والتي تساعد بدورها في حلّ مادة الوشم .

أما طريقة الكشط الملحي التي تم بواسطتها فرك الجلد بلطف بالملح الرطب ( كلور الصوديوم ، ملح الطعام ) ، ثم يكثف حتى يحدث تآكلاً في الجلد ، ثم يتبع بضمادات متكررة فإنها ليست طريقة سليمة تماماً لأنها قد تؤدي إلى حدوث جدرات بالإضافة إلى أنها تتطلب مهارة . وقد استعملت أشعة الليزر ( الأرغون ، أكسيد الفحم ) . وتختلف نتائج المعالجة من حالة لأخرى لأنه لا يمكن تجنب تشكل الجدرات .

**الوشم غير المقصود Unintentional Tattooing :**

**الوشم بغبار الفحم** : يحدث مثل هذا الوشم في المناجم عن طريق دخول ذرات الفحم إلى داخل الجروح . وتأخذ الإصابة في الحالات النموذجية شكل أشرطة خطية زرقاء رمادية على الأقسام الجانبية من أعلى الظهر أو على ظهر أيدي العاملين في المناجم ( علامة مهنية **Occupational Stigma** ) .

**الوشم العرضي ( الطارىء )** : يحدث مثل هذا الوشم كثيراً في سحجات الجلد ، حيث تدخل ذرات غبار الطريق من خلال التسحجات . ويحدث مثل هذا الوشم عند راكبي السيارات أو الدراجات وعند الرياضيين . وقد تكون إزالة الوشم صعبة للغاية ويجب أن تتم باكراً ما أمكن .

**الوشم بالملغم Amalgam Tattoo** : ويحدث هذا الوشم في الأغشية المخاطية الفموية وفي اللثة . نلاحظ اضطراباً في الصباغ أزرق مسوداً محدداً وغير منتظم على الأغشية المخاطية اللثوية أو السنخية أو الفموية . وينتج هذا الوشم عن دخول ذرات الملغم أثناء المعالجة السنية . ويجب أن يدخل في التشخيص التفريقي الملانوم الخبيث الباكر أو الوحمة المصطبغة أو الشامة .

**الحُداد Siderosis** : يحدث نتيجة نفوذ شظايا معدنية إلى داخل الجلد ، تظهر في البدء بلون أسود ثم تأخذ لوناً بنياً . وكذلك يمكن أن يحدث الداء بعد حقن مستحضرات الحديد تحت الجلد بشكل قريب من سطح الجلد .

ويمكن مشاهدة هذا الوشم أيضاً بعد استخدام الإبر النبوذة وخاصة في الوخز الإبري . وثمة وشم مشابه يحدث بعد استعمال الحاقن النفاث Dermojet . ( جزيئات متآكلة من الختم المطاطي ) .

**الوشم بالبارود Gunpowder Tottoing** : يحدث هذا الوشم بعد الإصابة بطلق ناري أو بأذيات المناجم ، وأكثر ما يحدث نتيجة أذيات الألعاب النارية . ينتج عن ذلك عادة وشم منتثر على الوجه . وإذا لم تُنْزَع الذرات الواشمة مباشرة بعد الأذية ( ١ — ٣ أيام ، وأحياناً حتى بعد ١٠ أيام ) ، فإن المعالجة تكون أقل نجاحاً . ( راجع الشكلين ٢٧ — ٤ و ٢٧ — ٥ ) .

يحدث أحياناً وبعد سنوات تفاعل لجسم أجنبي مع ارتشاح في العقد ، ويبدي التشريح المرضي مظهراً مشابهاً للحبيبوم الغرناوي . وفي هذه الحالة ، إما أن يكون الطبيب يتعامل مع مريض مصاب بالغرناوية ، والحبيبوم الغرناوي هو تظاهرة للمرض ، أو غالباً ما تشاهد بللورات ذات انكسار مزدوج في الخلايا العملاقة باستعمال الضوء المستقطب ، وهذا يشير إلى أن الآفة هي حبيبوم لجسم أجنبي .

**المعالجة** : يجب توجيه المريض فوراً إلى العيادات الجلدية . يُجرى كشط الوجه بواسطة فرشاة بلاستيكية تحت التخدير العام أو الموضعي مع إبقاء الوجه مرطباً بمحلول ملحي فيزيولوجي . وهكذا يتم إزالة الجزيئات الوسخة . وأما الجزيئات الصغيرة المتبقية فيتم إزالتها فيما بعد عن طريق الإبرة أو الاستئصال . ولا تعطي سنفرة الجلد نتائج جيدة في كل الحالات .

# الفصل الثامن والعشرون

# أمراض الجريبات الزهمية

# Diseases of Sebaceous Follicles

د . عبد الرحمن القادري

## المقدمة :

يختلف توزع الغدد الزهمية المنفرزة Holoerine Sebaceous Gl. في الجلد ، كما وترافق هذه الغدد جريبات الأشعار ، عدا ما يسمى بالغدد الزهمية المنتبذة Ectopic أو الحرة والتي لا تصاحب الجريبات الشعرية . منها مثلاً الغدد الزهمية المنتبذة التي تتوضع على الجزء القرمزي للشفتين Vermilion ، وعلى مخاطية الشفتين والخدين وعلى الأعضاء التناسلية ( بقع أو غدد أفوردايس ) .

وهناك ثلاثة أنماط مختلفة للجريبات في جلد الإنسان وهي :

- جريبات الأشعار الانتهائية كأشعار الرأس حيث تترافق الأشعار مع غدد زهمية كبيرة .
- جريبات الأشعار الزغبية Vellus كالأشعار الناعمة التي توجد على وجوه النساء حيث تترافق أيضاً مع غدد زهمية لكنها صغيرة الحجم .
- الجريبات الزهمية التي هي من خصائص الكيان الإنساني ، ذلك لأنها لا توجد عند الحيوانات . تتواجد جريبات الغدد الزهمية التي يشار إليها عادة بالجريبات الزهمية ، على الوجه ، والقسم المتوسط من الصدر والظهر ، وهي الأماكن المفضلة للعد الشائع . وتنتشر أيضاً بشكل أقل على الذراعين والرقبة والبطن .

يتألف الجريب الزهمي من أربعة أقسام وهي :

- القمع والذي تستره غلالة من ظهارة متقرنة .
- عنيبات ( أو فصوص ) الغدد الزهمية الضخمة .
- بنية الشعرة الزغبية الصغيرة .
- القنوات الزهمية ، وهي المجاري التي تنفتح بواسطتها فصوص ( عنيبات ) الغدد الزهمية داخل القمع .

تفرز العنيبات Acini الفصية الضخمة ، الشبيهة بالقنيط ، زهماً لزجاً ، سائلاً ، أصفر شاحباً . ويتكون هذا الزهم من غليسيريدات ، وحموض دسمة ( ٦٥٪ ) . وسكوالين ( ١٠٪ ) وأستيرات الشمع ( ٢٥٪ ) ، أما ليبازات ( ليباز : خميرة حالة للشحم ) الجراثيم فتحرر حموضاً دسمة حرة من الغليسيريدات والغليسيريدات الثلاثية . ويتراوح طول سلسلة الحمض الدسم عادة ما بين C 6 و C 22 ، علماً بأن التركيب الكيميائي الحيوي للزهم يتبدل فقط من الناحية الكمية ، أما من الناحية النوعية فلا يوجد هُناك أي اختلاف في تركيب الزهم حتى ما بين العروق Races ، لكن للتغذية والقوت أثرهما القليل ، حيث يتثبط إنتاج الزهم بالصيام المطلق ( القوت صفر ) ، أو عند المعالجة بالاستروجينات ، أو مضادات الأندروجينات ، حمض الريتينوئيد ١٣ المقرون (Isotretinoin) ، أو بالأدوية المثبطة للنمو الخلوي . يسيل الزهم المتشكل في العنيبات حراً على سطح الجلد . أما زمن تجدد الخلايا في العنيبات فيتراوح ما بين ١٢ ـ ١٤ يوماً ، ذلك الوقت الذي تتطلبه الخلايا القاعدية لتهاجر إلى الأقنية ، حيث تتحطم وتتحرر مع الزهم إلى داخل الأقنية ، بعد ذلك يسيل الزهم على سطح الجلد خلال بضع ساعات أو أيام . يبقى الزهم سائلاً ، ولا يصبح صلباً ضمن حرارة الجلد ، كما أنه لا يسدُّ القمع . تُبطن القناة الطويلة المكونة من القناة المفرزة والقمع بالخلايا المقرنة Keratinocytes التي تنتج الخلايا المتقرنة والتي تلفظ بشكل طبيعي للخارج ( أعني داخل اللمعة ) . ويتألف القمع من قسم قاصرٍ ملتصق بالبشرة ، القمع الطرفي Acroinfundibulum ، الذي يبدو في كل من المجهر الضوئي والإلكتروني مثل البشرة داخل الجريب . كما يتألف القمع من قسم دانٍ أطول ، القمع التحتي . هذا ويُبدي كل من القمع والأقسام المرافقة من القناة الزهمية تقرناً مختلفاً عن تقرن البشرة ( سواء المجهر الضوئي أو الالكتروني ) . حيث أن الخلايا المقرنة هنا تكون صغيرة ومتفتتة ، فهي تمثل حاجزاً غير تام مقارنة مع الطبقة المتقرنة على سطح الجلد .

تكون الجريبات الزهمية غزيرة بشكل خاص في الوجه ومجرى الأذن وناحية أعلى الصدر ، وفي الظهر وعلى جوانب أعلى الذراعين حيث تكون المناطق الجلدية دهنية نسبياً . كما ويتناقص عدد وحجم الجريبات الزهمية في جوانب الجسم وفي المحيط حيث تنعدم كلية في الراحتين والأخمصين ، هذا ويشتق القسم الأساسي من شحميات سطح الجلد من الجريبات الزهمية ، كما ويشتق قسم أقل من ذلك من جريبات الأشعار الزغبية .

يكون إنتاج الزهم مرتفعاً مباشرة بعد الولادة ، وحتى الشهر ٣ ـ ٥ بعد ذلك ، لكن إنتاجه ينخفض أثناء مرحلة الطفولة ، ثم يصبح أكثر غزارة ووضوحاً قبيل مرحلة البلوغ بفترة قصيرة بسبب تأثير الأندروجينات ، ويبلغ مستواه النهائي حينئذ أثناء البلوغ . أما عند الفتيات فإن زيادة افراز الزهم Sebarche يتقدم على أول طمث بحوالي السنة . هذا ويختلف نتاج الغدد

الزهمية بشكل كبير بين الأفراد وبين الزمر العرقية أيضاً . ويعتبر أن لدى الشخص توقف في إفراز الزهم Sebostasis أو انعدامه Asteatosis عندما يكون إنتاج الزهم لديه أقل من إنتاجه عند الأشخاص العاديين ( مثال : المرضى التأتبيين ) . بينما يكون الأشخاص ذوي الإنتاج العالي من الزهم مصابين بالمث Seborrhea ( مثال : العد الشائع ) . هذا وغالباً ما يختفي المث تحت وطأة التعرق الزائد . ويمكن تقدير إنتاج الزهم كمياً وذلك بغسل الجلد بمذيبات عضوية ، أو بامتصاص الزهم بورق سيجارة ، يعقب ذلك ، الفحص بمقياس الثقل النوعي Gravimetric أو بضغط بلورة معدنية أو رقاقة معدنية على السطح ثم يجري القياس بواسطة المقياس الضوئي Photometric ( المقياس الزهمي ) ، ومثلاً فإن مستوى الزهم للجلد السويّ على منطقة الجبهة والمقاس بطريقة ورق السيجارة يصل إلى حوالي ١,٠ ملغ/١٠ سم٢ كل ٣ ساعات ، في حين يبلغ ٠,٥ ملغ في حالة انعدام الزهم ، وأكثر من ١,٥ ملغ عند الإصابة بالمثّ .

## توقف إفراز الزهم Sebostasis ( انعدام الزهم Asteatosis ) :

يكون كل من الشعر والجلد جافاً في انعدام الزهم وذلك بسبب انخفاض إنتاج الزهم . وغالباً ما يكون إفراز العرق قليل أيضاً ( نقص التعرق Hypohydrosis ) . أما إذا نقص دهن الجلد بشدة بسبب كثرة الاستحمام أو التدوش أو الإفراط في استعمال الصوابين ، فإن المعالجة تقوم حينئذ على تطبيق المراهم والمطريات والدهونات Lotions أو الرهيات . هذا وإن الأشخاص ذوي هذا النمط من الجلد هم أكثر استعداداً لتطور حالة انعدام الزهم عندهم والمترافقة بحكة لاستعمالهم الطرق التنظيفية المعيارية . أما نتائج إزالة الزهم فتتجلى في توسف نخالي الشكل موضع ( نخالية الجسد البسيطة . نخالية الرأس البسيطة أو نخالية الوجه البسيطة ) . وهنالك تأهب لحالات انعدام الزهم أيضاً على جوانب الذراعين والجذع وعلى الساقين . ويكون لانعدام الزهم علاقة في النمط البنيوي المعقد ( التأتب Atopy ) مع الميل للأرجية ( حمى العلف ، الربو القصبي ، التهاب الجلد التأتبي ) . ويتعلق السّماك الشائع أيضاً بانعدام الزهم . وذلك من جراء الجفاف الجلدي بانعدام الزهم . ويكون غزو المتعضيات الحية الصغيرة له أكثر صعوبة في العادة . ولذا نجد أن المصابين بانعدام الزهم يكونون أقلّ إصابة بكل من التقيحات والأخماج الفطرية الجلدية . ومن جهة أخرى ففي التهاب الجلد التأتبي تحدث زيادة في التوسف واهبة مستودع جيد للجراثيم . ويندر أن يعاني المصابون بانعدام الزهم من الأمراض المثية كالعد الشائع والتهاب الجلد المثي والعد الوردي . وأما إمراض انعدام الزهم فغير معروف ، لكن قد تأكد على كل حال أن هذا النمط من الحالات البنيوية يمكن أن يكون وراثياً .

**المعالجة** : يوصى بطرائق لزيادة الدهن بتطبيق المراهم أو المستحلبات من نمط الماء في الزيت إضافة إلى التخفيف من استعمال الصابون ، وتجنب الدوشات المتكررة واستعمال المنظفات الرغوية في الحمامات . وأن تكون المراهم التي تعتني بالجلد ملائمة ، وكذا المطريات ، وتفيد زيوت الاستحمام الطبية التي تخدم في الحفاظ على زهم الجلد . والأغلب أن لا يتحمل المصابون بانعدام الزهم كل من المساحيق والطلاءات الملونة والدهونات الغولية أو المستحلبات من نمط الزيت في الماء .

## المثّ Seborrhea :

يكون الجلد الغني بالغدد الزهمية لامعاً إذا كان إنتاج الزهم أكثر من السويّ . حتى إذا ما مرّ أحد بأصبعه فوق الطيّات الشفوية الأنفية ، الجبهة ، فصيصات الأذن أو أخدود الصدر فإنها تنزلق على طبقة من الزهم المشعور بدهنه وغالباً ما يكون طلاء الطبقة العرقية الزهمية لافتة للنظر من الناحية الجمالية . أما في حالة المث الشديدة فإن الشعر يصبح دهنياً وبسرعة بعد كل غسيل . كما يميل لأن يصبح فاقداً شكله وغير منسق ، وكثيراً ما يتوافق ازدياد زهم جلد الرأس مع توسف دهني أيضاً ، علماً بأن الزهم والنظافة الناقصة يترافقان برائحة زنخة للجسم غير مستحبة .

إن سبب المث غير معروف لكن العامل الإرثي يلعب دوراً عظيم الأهمية ، تتبعه التأثيرات الهرمونية المتعددة . ينبه التستوسترون ومستقلباته عمل الغدد الزهمية ، في حين أن الأستروجين يثبط إنتاج الزهم بشكل غير مباشر وذلك عن طريق النخامى ، كما وتحصر مضادّات الأندروجين التركيبية مستقبلات التستوسترون في الأعضاء المستهدفة . أما أفضل مركب موقف لإفراز الزهم هو الإيزوتريتينيون ( حمض الريتينوئيد - ١٣ المقرون ) .

يأخذ المثّ في الصيف وفي مناطق الأقاليم الحارّة أشكالاً واضحة وصريحة ، وعلى العكس من ذلك فإنه غالباً ما لا يكون واضحاً في أشهر الشتاء الباردة ، ويظهر أنّ للعوامل الانفعالية أهمية في حدوث المث . قد يزداد إفراز المثّ قبل الطمث ، كما ويزداد إفرازه بكثرة في داء باركنسون ، والتهاب الدماغ الوسني ( وجه دهني ، مث عقب التهاب الدماغ ) . هذا وهناك علاقة هامة ما بين المثّ وأدواء جلدية متعددة ، حيث أن زيادة الإفراز الزهمي إما أن يقوم بدور مسبب أو أن يلعب دوراً مساعداً على الأقل . فالمث يعتبر عاملاً هاماً في إمراض العدّ الشائع ، وردية

الوجه ، التهاب الجريبات . سلبيات الغرام . ومن المحتمل أن يكون له أهمية في إمراض التهاب الجلد المثي . هذا ويقدم المث أرضية ملائمة للعديد من الجراثيم الممرضة والفطور ، ولذلك فإن الجلد المثي يميل إلى حدوث تقيحات جلدية وأخماج فطرية .

ويجب الحذر من الإنذار من حيث تضمنه للحالة البنيوية المستمرة . ويضعف المثّ عادة ويقل مع تقدم السن .

**المعالجة :**

*جهازية :* تثبط موانع الحمل الحاوية على الاستروجين ، وخلات الكلور مادينون وخلات السيبروتيرون الإنتاج الزهمي بنسبة ٢٠ ـ ٣٠٪ . أما الإيزوتريتينون ( حمض الريتينوئيد ـ ١٣ المقرون ) فأكثر فعالية . وقد ذكر هذا الدواء بتفصيل مسهب في بحث العد كما سيأتي .

*المعالجة الموضعية :* تعتمد الرغبة في الإقلال من المث على أرضية تزويقية . يتعاطى المرضى أحياناً جميع أنواع الطرائق للتعامل مع حالتهم المثّية ، علماً بأن بعضاً من هذه الطرائق مخرشاً للجلد . وهذه صحيحة بالتأكيد في حالة التغسيل الزائد لكل من الوجه والرأس بالصوابين . يوصى بمعالجة الجلد المثي ، بما في ذلك الرأس ، بالمنظفات . أما المراهم والمعاجين فأقل ملاءمة للمعالجة . بينما يفضل بعض المرضى استعمال المساحيق ، وخاصة على الوجه ، بالإضافة إلى مسحوق الكبريت للشعر الدهني .

## العدّ Acne

### العد الشائع Acne Vulgaris :

يعتبر العدّ الشائع واحداً من الأمراض الجلدية الأكثر شيوعاً ، يحدث عند البلوغ لدى معظم الأشخاص ، وعلى الرغم من تباين وجوده ، وتراجعه في سن الكهولة المبكر ، فقد يتلاشى العدّ أحياناً قبل سن العشرين . وقد يمتد حتى سن الثلاثين أو لفترة أطول من الحياة . أما الأماكن المفضلة لتوضع العد فهي الوجه . وقد تكون الآفة شديدة الإزعاج في الحالات الشديدة ، ولذا فإن للعد أهمية جمالية معتبرة تفصح عن الكرب العقلي لدى المصابين .

**التعريف** : العد الشائع مرض متعدد الأسباب يصيب المناطق الجلدية الغنية بالجريبات الزهمية وهو يتصف بالمث ، واضطراب تقرن في الجريبات مع زؤان ، يعقب ذلك حطاطات التهابية وبثور وخراجات عقيدية وندبات .

**الإمراض** : تلعب عوامل إمراضية متعددة دوراً في إحداث العدّ مثل الوراثة ، الزهم ، الهرمونات ، الجراثيم ، التقرن الجريبي والاستجابة الجريبية follicular Responsiveness ، مثل التفاعل تجاه العوامل الآلية ، الالتهاب . ومن المحتمل أن تلعب الآلية المناعية دوراً غير مباشر .

*الوراثة :* هناك استعداد إرثي للعد ، كما تتحكم الوراثة في كلٍّ من حجم وفعالية الغدد الزهمية والمث واتساع المسامات الجلدية . هذا ولا يوجد طراز وحيد للوراثة ، وقد افترضت الوراثة الجسدية السائدة والمختلفة في طرق التعبير عن ذاتها ، ذلك أن العد ينجم عن تأثير عوامل متعددة . فإذا ما كان كلا الوالدين قد أصيبا بالعد ، فمن المحتمل حدوث العد عند أطفالهم في سن البلوغ بنسبة ٥٠٪ ، كما أن لحجم الجريبات الزهمية علاقة بالإرث أيضاً ، إضافة إلى فعالية الجريبات في اضطراب التقرن وفي الالتهاب .

*الغدد الزهمية والزهم :* يعتبر إنتاج الزهم العامل الأكثر أهمية في العدّ حيث يحدث المث عند معظم المصابين بالعد . ولا يحدث العد عند المخصيين لانعدام زهم الجلد . ويبدي مرضى العد غدداً زهمية ضخمة ، كما أن إنتاج الزهم عندهم يكون أكثر من إنتاجه عند الأشخاص ذوي الجلود السليمة . ومن جهة أخرى فإن الزهم ليس بالعامل الجازم ، فمثلاً : لا يترافق الجلد الدهني في داء باركنسون مع العد . وهنالك دلائل غير مباشرة تشير إلى أهمية إنتاج الزهم في حدوث العد من خلال تثبيط إفراز الزهم بالمعالجة بكل من الاستروجين ، مضادات الأندروجين ، أو الإيزوتريتينون ، فعندما يثبط إنتاج الزهم تتحسن الإصابة بالعد .

لا يحتوي الزهم حموضاً دسمة حرة خلال وجوده في العنيبات الزهمية والأقنية ، كما لا يكون بتماس مع الجراثيم الموجودة في القمع . هذا وتحتوي الكيسات العقيمة ذات الارتباط الزهمي مثل الكياس الزهمي المتعدد Steatocystoma Multiplex على غليسيريدات ثلاثية ، لكنها لا تحتوي على حموض دسمة حرة ، ومن النادر أن تلتهب . وهناك العديد من الحموض الدسمة الحرة ذات سلاسل مختلفة الأطوال ، أما نسبة هذه الحموض في دهون سطح الجلد فتقدر بحوالي ٢٠٪ . ومن المسلّم به أن الحموض الدسمة الحرة تعمل كمركبات محدثة للزؤان وذلك يعني أنها مسؤولة عن فرط التقرن من النمط التكاثري الضروري في إنتاج الزؤان ، كما أنها مواد سامة أيضاً وتساعد في تحويل الزؤان إلى حطاطات وبثور وذلك بتحطيمها للظهارة الزؤانية . وقد برزت اعتراضات أمام هذه الافتراضات . فالتتراسيكلينات تثبط نمو الجراثيم ، كما أن لها تأثير مباشر على إنتاج الليباز ( الخميرة الحالة للزهم ) التي تطلقها الجراثيم أثناء نموها السويّ ، وتثبط تشطر cleavage الحموض

الدسمة الحرة من الغليسيريدات الثلاثية .

***الجراثيم ـ الفطور والسوس Mites*** : إن أي جريب زهمي يكون مسكوناً وبكثافة من قبل الجراثيم والفطور ، علماً بأن هذه الجراثيم والفطور ليست ممرضة وهي تقيم بشكل دائم ، ولهذا السبب فإن العدّ البشري لا يمثل تقيحاً جلدياً ، والعدُّ مرضٌ غير مُعْدٍ .

تحدث الوبيغاء النخالية Pityrosporum furfur ( مرادفات : الوبيغاء الدويرية ، أو البيضوية ، الملاسيزية النخالية ) ما بين صُفاحات الخلايا القرنية القاصية في طرف القمع بالقرب من سطح الجلد . وهذه الفطور لا تلعب أي دور في العدّ ، لكن دورها يقوم على تطوير النخالية المبرقشة . ويوجد في الأجزاء الأكثر بعداً من الجريبات ( الهوائية ) أو في الزؤان مكورات عنقودية معظمها من المكورات العنقودية البشروية والمُكيرات Micrococci الأخرى والتي تنتج خميرة الليباز التي تلعب دوراً ممرضاً في العدّ . كما تتواجد الجراثيم البربيونية العدّية ( التي دعيت سابقاً بالجراثيم البربيونية العدية نمط I ) والجراثيم البربيونية الحبيبية P. Granulosum نمط II ، ونادراً ما تشاهد الجراثيم البربيونية البارفيومية P. Parvum ( نمط III ) . هذا وتنتج الجراثيم البربيونية البرفيرين ، وتحتوي الجريبات والزؤانات جراثيم وافرة تتألق بلون أحمر مرجانيّ بأشعة وود . كما يحتوي كلّ من الزؤان المفتوح والمغلق على جراثيم بربيونية وفيرة ، منتجة لخميرة الليباز ، وتعتبر عوامل أساسية في الآلية الإمراضية للعدّ .

*الدويدة الجريبية* ***Demodex Folliculorum*** : ليس لسوس الجريب الشعري أي علاقة في إمراض العد . ونادراً ما يحدث السوس عند الفتيان ، لكنه موجود ، وشائع ، وبأعداد كبيرة عند كبار السن في القمع ، هذا ولا يمكن العثور على الدويدة الجريبية في الآفات العدية .

*الهرمونات* : تكون الجريبات الزهمية صغيرة قبل البلوغ . وإن نمو عنيبات الغدد الدهنية ومدى إنتاجها من الزهم تسيطر عليه الهرمونات الأندروجينية ( التستوسترون ومشتقاته وخاصة دي هيدرو إيبي اندروستيرون ). وتمتلك الغدد الزهمية مستقبلات للأندروجين ، مثل ٥ ـ ألفا دي هيدرو تستوسترون . ويتم تنبيه الغدد الزهمية وبشكل أعظمي دوماً عند الرجال والنساء بالتركيزات الفيزيولوجية للأندروجين . كما يمكن أن يؤدي استعمال العوامل الابتنائية Anabolic والمتضمنة على أندروجين لبناء الجسم عند صغار الرجال والذين أصيبوا سابقاً بالعد المكبب إلى حدوث عد شائع ( عُدّ بناء الجسم ) . أما الاستروجينات ( موانع الحمل الهرمونية ، الحمل ) فتعمل على تثبيط إنتاج الزهم عن طريق نخامي غير مباشر نتيجة تثبيط الأندروجينات . هذا ولم يتضح بشكل نهائي دور البروجسترون المؤثر على الجريبات بالرغم من احتمال امتلاكه لتأثير أندروجيني ، ولا تحدث مضادات الأندروجين في الجسم، لكن هذه المركبات مثل خلات السيبروتيرون تحصر مستقبلات الأندروجين في الخلايا الزهمية ، لذا يمكن استخدام المركبات الأخيرة هذه جهازياً لدى النساء اللواتي يعانين من أشكال العدّ الشديدة .

*اضطرابات التقرن* : يعتبر ازدياد نتاج الخلايا المتقرنة العلامة الأولى الملاحظة في العدّ ، لكن هذا النتاج لا يلبث أن ينطرح إلى الخارج . أما الزؤان فيحدث خلال فرط التقرن المترافق مع التكاثر والاحتباس . كما أن العنيبات في الغدد الزهمية لا تتبدل في المرحلة البدئية لإنتاج الزؤان ، ومع ذلك فإنها تصبح أصغر حجماً مع ازدياد حجم الزؤان ، كما لا يتثبط سيلان الزهم خلال الخلايا المتقرنة المرصوفة في الزؤان في هذه المرحلة إلى سطح الجلد . أما النظرية السابقة التي تعتبر أن العامل الإمراضي في العد إنّما يرجع إلى احتباس الزهم فقد أهملت الآن ، لكن الجسيمات المتقرنة Keratinosome ، وأغشية الخلايا المقرنة ، والشحميات البشروية ، والمواد اللاصقة بين الخلايا المتقرنة تلعب دوراً أساسياً . وفي العادة فإن الالتصاق بين الخلايا المتقرنة يكون مستقراً في العدّ ، هذا وتبقى المئات من الخلايا المتقرنة مرتبطة بثبات ومشكلة بذلك هيكل الزؤان .

*الفعالية الجريبية* : يتفاعل القمع التحتي في الجريب الزهمي لدى مرضى العد نحو العديد من المنبهات الفيزيولوجية والتجريبية متجلياً بزيادة نتاج الخلايا المتقرنة بشكل أكثر مما هو عند المرضى الذين لا يعانون من ا لعد . هذا وإن الفعالية الجريبية تكون مرتفعة بشكل جوهري عند مرضى العدّ ، وهذا ما يفسر عادة سرعة تفاعل مرضى العدّ نحو اضطراب التقرن والإلتهاب .

يثار نتاج الزؤان عند مرضى العد بسهولة أكثر من المرضى الذين لا يعانون منه بواسطة المركبات المنتجة للزؤان كالهدروكربونيات الحلقية المكلورة ( بنتا ـ هكسا ـ كلورونفتالين ) إضافة للوذلين أو المنتجات القطرانية ( مثال : التعرض المهني ، عدّ الزيوت ، عدّ الكلور ، عدُّ الزيوت المحروقة ، العد التزويقي ) إضافة إلى أنّ مرضى العدّ يبدون ميلاً كبيراً لحدوث الالتهابات الجريبية ، والحطاطات البدئية والبثرية ، والاستجابة لمواد كالستيروئيدات القشرية السكرية ( عد ستيروئيدي ) ولبعض العوامل المستخدمة في العناية بالجلد « الحمض الإيزو ـ نيكوتيني ، هدرازيد ويوديد البوتاسيوم » .

*المناعيات* : أظهرت الاختبارات المناعية تفاعلات شاذة بدئية

عند مرضى العدّ الشائع ، هذا ومن المحتمل أن لا تتدخل الحدثيات المناعية في حدوث العدّ البدئي على الرغم من أنها قد تحدث أثناء سير آفات ملتهبة ثانوياً . ويتفاعل مرضى العدّ نحو مستضد الجراثيم البربيونية العدية ، كما يتضح ذلك من أضداد المصل وزيادة التفاعل المباشر نحو الجراثيم البربيونية العدية . ويبدي المصابون بالعد المكبب انخفاضاً جوهرياً في الاستجابة المناعية الخلوية من النمط الآجل نحو مستضدات حقيقية مختلفة ( السلّين ، مستضد العقديات والعنقوديات ، مستضد النكاف ، التريكوفيتين ، والدي نترو كلوروبنزين ) .

### الآفات العدّية Acne Lesions :

يمكن تقسيم الآفات العدّية إلى بدئية ، غير ملتهبة ، وثانوية ملتهبة . ويمكن إلقاء نظرة عليها من خلال الجدول ٢٨ – ١ . ومن الناحية السريرية ، لا تعد كل من الكيسات والزؤان المتنوسر والندبات ملتهبة في مراحلها النهائية . إلا أن هذه الآفات قد مَرَّت في مراحل سابقة بأطوار من الالتهابات المتكررة تبقى مرئية نسجياً .

**الجدول ٢٨ – ١ : الآفات العدّية البدئية والثانوية**

| | |
|---|---|
| جريب زهمي طبيعي | |
| خيوط جريبية في الجريب الزهمي | |
| زؤان مجهري | |
| زؤان مغلق | آفات بدئية غير ملتهبة |
| زؤان مفتوح | |
| حطاطات | |
| بثور | |
| عقيدات ثابتة | آفات ثانوية ملتهبة |
| خراجات عقيدية | |
| جيوب نازحة | |
| زؤان متنوسر | |
| كيسات | |
| ندبات تشبه الثلج المنقر | |
| ندبات نمط الدخينات | آفات عقب الالتهاب |
| ندبات نمط الزؤان المغلق | |
| ندبات عقيدية | |
| ندبات جدرية | |
| ندبات ضمورية | |

*الخيوط الجريبية :* تمتلىء قناة القمع الواسعة بمواد عجينية ، هذا وتبدو تلك المواد العجينية البيضاء إذا ما ضغطت الجريبات ( مثلاً ضغط جناح الأنف ) ، علماً بأن هذه المواد العجينية هي المحتوى الطبيعي للجريب الزهمي وليس لآفة العد . ويمكن أن ينشأ الزؤان من الخيوط الجريبية ( مرادف : أسطوانات جريبية ) ، أما الخيوط فتتركب من هيكل من الخلايا المتقرنة على نمط الشرنقة ، مع ٢٠ – ٣٠ خلية تحيط بشعرة ناعمة مركزية إضافة لقناة يسرى حُرة قد يتواجد فيها زهماً ، وجراثيم بربيونية عدية وعنقودية .

### الآفات العدية البدئية غير الالتهابية :

*الزؤان الدقيق :* وهو أول التغيرات المكتشفة داخل الجريب الزهمي ، ولا يبدو هذا الزؤان إلا بالمجهر الضوئي ، كما أنه يتحول إلى آفة عُدّية من جراء اضطراب التقرن ، بعد ذلك يحدث التكاثر وفرط التقرن من النمط الاحتباسي داخل القمع الذي يتمدد كالبالون .

*الزؤان المغلق ( الرؤوس البيضاء ) :* يؤدي تراكم الخلايا المتقرنة المستمر في القمع إلى جعله كروياً ، وتتحول ظهارته إلى ظهارة زؤانية تعطي دفعاً للزؤان المرئي ليبدو شبيهاً بالدخينات. أما نهاية القمع فتكون ضيقة مثل جراب التبغ ( Tobacco Pouch ) . ويكون الزؤان المغلق مرئياً عند بسط الجلد المتوضع فوقه . هذا ويبدو الزؤان المغلق سريرياً على شكل بنية كروية بيضاء ، أو بلون الجلد ، ذات فتحة مركزية تبدو مرئية على شكل نقطة دقيقة في بعض الأحيان هذا وتنطلق محتويات الزؤانة بالضغط ، على شكل كتلة عجينية ليفية بيضاء من خلال فتحة ضيّقة .

*الزؤان المفتوح ( الرؤوس السوداء ) :* وينشأ من استمرار نمو الزؤان المغلق ، وينشأ أحياناً من الزؤان المجهري مباشرة دون أن يمر بالمرحلة المتوسطة . وتتركب السدادات الزؤانية من مجموعات محتشدة من مئات الخلايا المتقرنة الملتصقة بشدة ، إضافة إلى الزهم ، والعديد من الجراثيم البربيونية العدية ( يصل حتى ١٠^٦ – ١٠^٨ جرثومة في كل زؤانة ) إضافة للمكورات العنقودية ، وأنواع الوبيغاء ذات التوضعات القمية . يسيل الزهم من خلال الجوبات Lacunae على سطح الجلد دون عوائق . كما وتتم الجريبات الشعرية الناعمة المتوضعة في القسم الأسفل للزؤان دورتها الشَّعْرية ، إلا أن الأشعار المتواجدة في مرحلة الراحة Telogen لا تنبثق للخارج كما تنبثق من الجريبات الزهمية العادية ، لكنها تبقى حبيسة ما بين كتل الخلايا المتقرنة . هذا ويمكن تقدير عمر الزؤانة من عدد تلك الأشعار . وإذا ما حلت سقيبات الأشعار داخل الأدمة من جراء الالتهاب ، فإنها كجسم أجنبي تؤدي إلى التهابات مزمنة وحبيبوم ( عدّ عقيدي مستمر ) . وتكون الغدد الزهمية في هذه المرحلة أصغر بكثير من الجريبات الزهمية العادية . فالأكبر هي آفات عُدّية أما الأصغر فهي عنيبات . ومعظم الآفات العدية الالتهابية لا تحتوي عنيبات على الإطلاق ، وبناءً على ذلك فإن الزهم لا يمكن أن

يكون عاملاً إمراضياً جوهرياً في الآفات العدية الثانوية . يتكون الغطاء الأسود للزؤانة المفتوحة من ميلانين وليس من تأكسد أو فساد النواتج الدهنية ، ويكثر الزؤان الأسود لدى الزنوج بشكل خاص ، بينما يوجد لدى الأمهقين Albinos زؤان أبيض .

**الآفات العدّية الثانوية الالتهابية :**

إن الحدث البدئي في العد هو عيب في التقرن وإنتاج الزؤان . أما في المرحلة الثانوية ، فإنّ الالتهابات قد تحدث في الزؤان . هذا ويتمزق الزؤان الدقيق بسرعة في الشكل شديد الالتهاب من العدّ ( العد المكبب Acne Conglubata ) . وهكذا لا يبدو لدى المصابين بهذا النوع من العد زؤان مفتوح أو مغلق . أما العدّ الآلي فيعني الحدوث الآلي للالتهاب في الزؤان الدقيق أو المغلق أو المفتوح .

*الحطاطات والبثور :* تترافق التغيرات الالتهابية في الظهارة الزؤانية بتسفنج وتراكم الحبيبات واللمفاويات فيما بعد و/أو بتمزق الظهارة الشديد والذي يؤدي إلى الحطاطات والبثور . وغالباً ما تتمزق ظهارة الزؤان المغلق ، وتحل في الأدمة محتويات السدادات الزؤانية مثل الخلايا المتقرنة والزهم والأشعار والجراثيم مؤدية إلى آفات التهابية .

*العقيدات الجاسئة **Indurated Nodules** :* تبدي هذه العقيدات المستمرة حبيبومات لأجسام أجنبية تمتد أسابيع أو أشهر ، تكون في البدء تالية لانطمار عجينة من الخلايا المتقرنة في الزؤان وشدف الأشعار .

*الخراجات العقيدية :* وتنجم عن تداخل حطاطات متعددة في العد المكبب حيث تظهر عقيدات جاسئة ذات محتوىً نزفي ثم تتمزق إلى الخارج . هذه العقيدات المؤلمة ، والنازّة والمتجلبة تكون وصفية ، وقابلة للشفاء دوماً مخلفة ندبات واسعة .

*الجيوب النازحة **Draining Sinus** :* إن الخراجات المتنوسرة وصفية في العد المكبب الشديد . أما الأماكن المفضلة لهذه الخراجات فهي : المنطقة الشفوية الأنفية ، جسر الأنف ، الجزء الجانبي السفلي من الذقن ، الرقبة . هذا وتأخذ الخراجات شكلاً شريطياً ذو قمم متموجة وبطول يصل حتى ١٠ سم ومحتوياً على عديد من النواسير المفتوحة على السطح . وإذا ما ضغطت تلك الخراجات فإنه يخرج منها مفرزات كريهة الرائحة ومن فوهات متعددة .

لا تشفى الخراجات المتنوسرة عفوياً ، حيث تحدث هجمات معاودة من الالتهاب والسورات .

**التندبات التي تحدث عقب الالتهاب**
**Postinflammatory Residual Scarring :**

وهي آفات وصفية للإصابة العدّية الشديدة السابقة .

*الزؤان المتنوسر :* وهو عبارة عن نواسير محتفرة مبطنة بالظهارة وممتلئة بخلايا متقرنة ويعتبر وصفياً ارتباط زؤانتين أو أكثر ، إذ أن هذا الارتباط صفة واسمة للعد المكبب وأكثر ما تحدث ، وبشكل شديد على الظهر والعنق ، وهي تنشأ من اندماج التهابي لزؤان متجاور ومن جريبات زهمية ، والتي تشفى فيما بعد تاركة تندباً .

*الكيسات :* وهي عبارة عن عقيدات غير التهابية ، ذات قوام مطاطي مكتنز ، وبقطر ١ ــ ٥ سم ، وتكون بارزة على سطح الجلد ، ولها مسام مركزي قد يخرج منه إذا ما ضغطت مفرزات عجينة بيضاء ، جبنية ، تتركب من بقايا خلايا متقرنة وجراثيم وذات رائحة كريهة .

*الندبات :* تحدث ندبات عديدة في العد ، وتتراوح ما بين ندب صغيرة مرتبطة بالجريب وتبدو كالزؤان ، وحتى ندباً منخسفة تشبه لاقط الثلج ice – pick ، وقد تصل الندبة إلى جدرة ضخمة ، أو ندبة رقيقة ضمورية تشبه ورقة السيجارة .

## أشكال العد Acne Varieties

تختلف الأشكال السريرية للعد بشدتها وتعبيرها ، كما تختلف من بضع زؤانات في العدّ الزؤاني وحتى تصل إلى تغيرات جلدية مهمة مترافقة بالشعور بالمرض ، من تقرحات وخراجات ونواسير في العدّ الخاطف أو العدّ المقلوب ( العدّ الرباعي ) . وقد ميزت ثلاث أشكال للعد ( العدّ الزؤاني ، العدّ البثري الحطاطي ، العد المكبب ) من الأشكال الخاصة الأخرى .

### العدّ الزؤاني Acne Comidonica :

*العد من الدرجة I :* يحدث زؤان مفتوح ومغلق وخاصة على الوجه . ومن النادر أن يبدي هذا الشكل من العد حطاطات وبثور التهابية . ويبدأ العد أثناء البلوغ بالزؤان ، الذي تتوضع آفاته على الأنف أولاً ثم تظهر على الجبهة والوجنتين . هذا وتنعت الآفة بالخفيفة إذا ما تظاهرت بالقليل من الزؤان . أما عندما تتظاهر بالمئات من الزؤانات المغلقة ( الشكل ٢٨ ــ ١ ) فإن الآفة تعتبر شديدة ومعالجتها صعبة . وغالباً ما يترافق هذا العد بالمث .

### العد البثري الحطاطي Acne Papulopustulosa :

وهو *العد من الدرجة II* ، وتتحول في هذا الشكل الزؤانات الملتهبة إلى حطاطات وبثور . وإذا ما ترق الالتهاب في العمق تحدث عندئذ عقيدات دملية الشكل ، قاسية ومؤلمة ، كتفاعل نحو كتل الخلايا المتقرنة المترسبة في الأدمة أو نحو الأشعار في الزؤان . ويؤخذ في الحسبان هنا خطر التندب .

وغالباً ما يكون الزؤان صغيراً جداً ، تصعب رؤيته في الأشكال الالتهابية من العد . ويختفي الزؤان أحياناً من جراء عدم رؤية الزؤان الدقيق إلا بالمجهر . وقد يأخذ هذا العدّ شكلاً خفيفاً يتظاهر بالقليل من الحطاطات البثرية ، وقد يأخذ سيراً أكثر شدة فيتظاهر بالعديد من الحطاطات والبثور والعقيدات على الوجه والرقبة والصدر والظهر والعضدين ( الشكل ٢٨ – ٢ ) أو يترافق هذا الشكل من العد مع المث دائماً .

**العد المكبب Acne Conglubata :**

وهو *العد من الدرجة III* : وهو أكثر أشكال العدّ شدة ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، يبدو في العد المكبب ، زؤان وحطاطات وبثور مترافقة بجلبات نزفية ، كما تتطور في نفس الوقت عقيدات مؤلمة جاسئة والتي تصبح متداخلة ونازفة ، والتي تخلف العديد من الندبات التي تتراوح ما بين مناطق ضمورية بقدّ راحة اليد ، وحتى ندبات جدرية مرتفعة كثخانة الإصبع وقد يحدث عند بعض المرضى ذوي الاستعداد جدرات حقيقية بشعة ( الأشكال ٢٨ – ٣ و ٤ و ٥ ) وهناك زمرة نموذجية من الزؤان المتنوسر ( الشكل ٢٨ – ٦ ) تبدو كسدّادات سوداء مصطبغة ضمن النواسير المبطنة بالظهارة ، متوضعة على الظهر خاصة مترافقة مع كيسات إضافية ( زؤان عرطل ) . هذا ويحتوي الزؤان المتنوسر على اثنتين وحتى عشرة فتحات . أما الكيسات ( الكيسات البشروية أو الزؤان العرطل ) فتكون طرية القوام مع تليف حولها تالية لعوارض التهابية سابقة ، كما تحتوي على كتل خلوية كريهة الرائحة مكونة لهذه الكيسات والتي قد تحدث بعد التهابات متكررة تطرأ على الزؤان ( زؤان ثانوي ) . وتستمر الكيسات لعدة سنوات ولا تشفى عفوياً .

وقد يحدث العد المكبب على القسم العلوي للجذع ، منطقة الإليتين والمعدة ، العضدين ، الساعدين ، الرقبة ، فصوص الأذن ، الرأس وعلى مناطق أخرى من الجلد لا تصاب عادة بالعد . هذا ويصاحب هذا الشكل من العد مَثٌّ واضح .

## الأشكال الخاصة :

**العد المقلوب Acne Inversa** [ Plewig و Steger ١٩٨٩ ] :

*المرادفات* : العد المذحي ، العد الثلاثي ، العد الرباعي ، التهاب الغدد العرقية المقيح .

– أكثر ما تشاهد هذه المتلازمة عند الرجال ، فهو عدٌّ مكبب يحدث بصورة معكوسة ، إذ لا تصاب المناطق التي تصاب عادة بالعدّ ( الوجه ، الصدر ، الظهر ) أو تصاب بشكل نادر . بينما تتوضع الإصابة بشكل بارز على المناطق المذحية ( الثنيات ) كالمنطقة المغبنية وجبل العانة وتحت الإبطين ، علاوة على مؤخر العنق والرأس ( الشكل ٢٨ – ٧ ) .

*العد الثلاثي* ***Acne Triad*** : ويشير هذا المصطلح إلى الملامح الثلاثية للمرض غير أنه يفضل اليوم نعته بالعد المقلوب ، لأنه أكثر إحاطة وملاءمة لهذه الآفة . ويشمل هذا العد على كل من :

- العد المكبب .
- نمط التهاب الغدد العرقية المقيح في منطقة ما تحت الإبطين ، المغبن ، وحول الأعضاء التناسلية
- التهاب ما حول الجريبات وخراجات مؤخر العنق والرأس .

*العد الرباعي* ***Acne Tetrad*** : **يشير هذا المصلح إلى التوضعات الرباعية التي يتضمنها هذا العد ، ويفضل المؤلفون في الوقت الحاضر إلى تسميته بالعد المقلوب . فبالإضافة إلى الأعراض الثلاثية المذكورة فهناك إصابة جيب مشعر Pilonidal ضمن الطية الشرجية أو فوقها .**

**هذا وغالباً ما لا يؤكد التشخيص لعدم الإقرار بعلاقة هذا التناذر بالعد ، حيث يعالج المرضى ، ولعدة سنوات ، بسبب خراجات الغدد العرقية الناكس أو بسبب نواسير عصعصية ( جيب مشعر ) . وهناك تناقض وصفي ما بين العد المكبب الخفيف نسبياً والمتوضع على الجذع ، والالتهاب المذحي الشديد الذي قد يستمر سنوات عديدة حتى عشرات السنين . يصاب بهذا الالتهاب أحد الإبطين أو كليهما إضافة للثنيات المغبنية والذي يغلب أن ينتقل أيضاً إلى الصفن والأشفار وجبل العانة ومنطقة ما حول الشرج والردفين حيث تتطور هناك ارتشاحات متداخلة بطول ٥ – ٣٠ سم ، تكون قاسية بالجس وتميل إلى الاندماج في نقاط متعددة . أما في منطقة الإبط ، فهناك ندبات وشتور تصل إلى قدّ الإصبع مع احمرار التهابي ، كما نجد تحدداً في الحركة حيث لا يستطيع المصاب رفع العضد إلى الأعلى ، أما الارتشاح الشرجي – التناسلي – المغبني فيكون بلون أحمر بني ويبدي العديد من النواسير المبطنة بالظهارة ، قيح ، دم ومفرزات كريهة تنطرح من فتحات نواسير متعددة ، تلك المفرزات التي غالباً ما تحتوي على جراثيم سلبية الغرام والتي تمثل مشكلة علاجية هامة . وتشاهد في طية الشرج العلوية أو فوق العصعص ندبات مرتفعة من جراء اندماج أشعار نهائية ( جيب شعري العش ) . وفي الأغلب فإن المريض يكون قد تلقى معالجات جراحية مبدياً ندبة بطول سنتيمتر واحد فوق ما يسمى بالناسور العصعصي .**

يبدأ الالتهاب المذحي وينتشر من الجريبات الزهمية وجريبات الأشعار الانتهائية. وهو ليس بمرض بدئي في الغدد المفترزة، لكنه

مرض ثانوي يتضمن خراجات عملاقة من الالتهاب المتداخل . ويشاهد على قمة مؤخر العنق وعلى الرأس أشعار على شكل مجموعات من التهاب جريبات وما حولها مع حاصّة ندبية تالية ، وندبة قاسية حجرية ( العد الجدري القفوي ، التهاب الجريبات القفوي المتصلب ) وينتشر الالتهاب دون توقف من مؤخر النقرة إلى كامل النقرة . وقد وضع التشخيص في السابق في مثل هذه الحالات على أنها : « التهاب ما حول الجريبات المحتفر والمشكل للخراجات » ( هوفمان ١٩٠٨ ) .

**الأعراض** : يكون مرضى العد المقلوب عليلين حيث ترتفع سرعة التثفل في الساعة الأولى لديهم لأكثر من ١٠٠ ملم ، وتزداد كرياتهم البيض حتى ١٥٠٠٠ خلية/ملم³ أو أكثر . كما نجد لديهم انخفاضاً في حديد المصل . وبالرحلان الكهربائي نجد شذوذاً في البروتين المصلي ، ويحمجون بمتعضيات مجهرية سلبية الغرام ، إلخ . وهناك خطر إصابتهم بالداء النشواني . ذُكر أيضاً حدوث سرطانة وسفية الخلايا على أرضية الالتهابات المزمنة ( قرحة ماجوشي ١٨٢٣ ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يميز عن الحبيبوم اللمفي المغبني ، داء كرون Crohn ، تقيح الجلد المواتي ، الفطار الشعي Actinomycosis ، وسل ما تحت الجلد المتنوسر .

**العد الخاطف Acne Fulminans** [ Plewig و Kligman ١٩٧٥ ] :

*المرادفات :* العد المكبب الحمي الحاد المتقرح المترافق مع آلام مفصلية متعددة وتفاعلات ابيضاضانية leukemoide .

وهو مرض نادر ، لكن خطير لأسباب غير معروفة . يبدأ هذا العد الذي يغلب تواجده عند اليفعان من الذكور في سن ١٣ ـ ١٦ سنة ، على شكل عد مكبب ، يتصف بتطور مفاجىء جداً لتنخرات نزفية ، تتوضع خاصة على الوجه والعنق والصدر والظهر ، والتي قد تؤدي إلى نزف في مناطق واسعة من الجلد . ويترافق هذا العد بترفع حروري وكثرة الكريات البيض ، إذ تصل حتى ٣٠,٠٠٠ كرية/ملم³ ( تفاعل ابيضاضاني ) كما تزداد سرعة التثفل بشكل ملفت للنظر وتتورم المفاصل ، التي تجعل المريض ينحني نحو الأمام بشكل وصفي ، وتجعل وضعيته مؤلمة عند المشي . وغالباً ما يحدث تورم في المفصل الحرقفي ـ العجزي ، والحرقفي ومفاصل الركبتين ، وتترافق حمامى عقدة على الظنبوب في بعض الأحيان ، أما نسجياً فهناك التهاب أوعية كاسر للبيض . وقد توجد بيلة بروتينية وشذوذات كلوية أخرى أحياناً .

**العد الآلي Acne Mechanica** [ Milles و Kligman ١٩٧٣ ] :

تساعد العوامل الآلية في تفاقم العد الخفيف . ويحدث هذا خاصة عند الذين لديهم مث والميالين للعد . إذ يُحدث كل من الضغط والفرك في المناطق التي تلامس كلاً من الحزام ، السبلة أو الخوذة ، حمّالة السروال ، قبات البدلات القاسية ، القبات المستديرة ، تجهيزات العمل ، اللصوق إلخ ... التهابات جريبية وزؤان ثانوي على الكتفين ، الترقوة ، الجبهة ، الخصر إلخ ... مثال : عنق الكمان على الذقن ، وعد الخنفوس Hippic على الجبهة والناجم عن استعمال عصابة الرأس وغالباً ما يصاب الذكور بهذا النوع من العد . ويعني العدّ الآلي أن التهاباً يطرأ على الزؤان وخاصة الزؤان الدقيق ، نتيجة الرضوض الآلية ، ويبين الفحص توضعات للعد غير شائعة .

**العد التماسي أو السمّي Contact Acne or Acne Venenata** :

رغم أن الاندفاعات العدية الشكل يمكن أن تحدث خارج السنّ المثالي للعد لكننا يجب أن نعير الأهمية اللازمة للعد التماسي أو العدّ السمّي ( سم = Venenum ) . ولا يملك كل شخص استعداداً للعد السمّي إذ يحدث غالباً عند المصابين بالمث ، وتحمل بشرتهم مسامات واسعة في الوجه ، كما يمكن أن يحدث عند المصابين بالعد الشائع أو كان لديهم سوابق عدّية . ويتداخل في إحداث هذه الآفة التماس مع المركبات المحدثة للزؤان والتي يغلب أن تكون مهنية في الأصل حيث يؤدي التماس مع تلك المركبات لإحداث زؤان ، حطاطات وبثور والتي قد تؤدي إلى إصابة شديدة . ومن أشكاله السريرية الخفيفة : العد التزويقي وعدّ المراهم أما التظاهرات الأكثر شدة فتشمل عدّ الزيوت والعدّ الكلوري .

**عدّ المزوقات Cosmetic Acne** : آفة وصفية تحدث عادة بعد العمر الذي يعتاد أن يظهر فيه العد ، تغلب إصابة النساء ما بين ٢٠ ـ ٤٠ سنة من العمر والمصابات بالمث نتيجة الاستمرار في استعمال المزوقات المتضمنة على مواد محدثة للزؤان كالوذلين في المزوقات مفرطة الدهن ( الرهيمات الليلية ) ، والمواد الأخرى المحدثة لزؤان مغلق صغير متقارب من بعضه أو لزؤان مفتوح في حالات نادرة ، يحدث هذا النوع من العد على الوجنتين بشكل خاص كما تتوضع اندفاعاته على القوس الوجنية والذقن والحدبة الجبهية ( الشكل ٢٨ ـ ٨ ) ، وقد يصبح الزؤان ملتهباً ، كما قد يتطور إلى عقيدات جاسئة مزمنة . ولا يعرف المرضى في العادة علاقة هذا العدّ بالمزوقات ، علماً بأنه كثيراً ما تتبدل المواد المزوقة أو تستعمل بشكل متكرر أكثر مما يشكل حلقة معيبة .

وتبدي الأشكال المختلفة من العد التزويقي التهاب جريبات مرصعة بشكل كثيف إلى جانب بعضها وذلك عوضاً عن زؤان . وينجم هذا الالتهاب عن الفعل الانسامي وليس عن مركبات المحدثة للزؤان .

**عد المراهم Pomade Acne** [ Plewig و Fulton و Kligman ١٩٧٠ ] : وهو شكل من العد نادر الحدوث في ألمانيا لكنه أكثر حدوثاً عند الزنوج والآسيوين وبعض شعوب البحر الأبيض المتوسط الذين يعالجون شعرهم المجعّد بمراهم دهنية ، حيث يؤدي تطبيق المراهم واللمعين brilliantine على الجبهة والصدغين والقوس الوجنية لإحداث صور شبيهة بالعد التزويقي وذلك بسبب مقدرة تلك المواد الدهنية على إحداث الزؤان ، هذا ويظهر الاستجواب هذه العلاقة .

**عد الزيوت ، القطران ، القار Oil, Tar and Pitch Acne** : يُحدث هذا العدّ كل من زيوت التشحيم وسوائل الثقب drilling Fluids والزيوم الخام ، وذلك عند الأشخاص المصابين عادة بالمث ، وتوسع الجريبات الزهمية أو لديهم ميلٌ للعد الشائع . وينطبق نفس الشيء في إحداث هذا العد على كل من الهيدروكربونات المكلورة ومشتقات القطران المنتجة في المصافي والمستعملة في صناعة تعمير الطرقات إضافة إلى منتجات تقطير القار . ويجب أن يكون هناك تماسٌ مباشر بين هذه المركبات المحدثة للزؤان وما بين الجلد أو عن طريق الملابس الملوثة . علماً بأنه يمكن أن تحدث صور سريرية شديدة من النمط البدئي غير الالتهابي . مثلاً : على الوجه عند الطحّانين ، ومصلحي العربات والعربات الآلية الذين يصابون أيضاً في أفخاذهم ، فقد يصاب كل جريب أو يلقح بمواد سوداء ( أدواء مهنية ) . وعلاوة على التماس الجلدي المباشر فقد تمتص تلك المواد عن طريق الفم ، كما أنها قد تستنشق في حالات نادرة ، والتي قد تفضي إلى هجمات شديدة من العد الانسامي . أما المواد الأولية فهي الهيدروكربونات المكلورة ومعظمها من نمط بيتا وهكساكلور نافتلين ، وثنائي الفينيل المهلجن halogenated والكلوروبنزين . وقد تترافق التغيرات المشابهة للعد المكبب مع تغيرات مرضية في الأعضاء الداخلية ( الكبد ونقي العظام خاصة ) . وغالباً ما تحدث هذه النكبات بشكل وبائي ، مثال : التقران الجريبي الوجهي ( داء بازل : وقد سمي بذلك عقب جائحة حدثت في مدينة Basle في سويسرا ) ، داء بيرنا ( بيركلورو نفتالين ) ، عد هالة الشمع halowax ( بين عامي ١٩٢٠ و ١٩٣٠ ) ، التسمم الذي انتشر على نطاق واسع عند انفجار صهريج في معمل BASF الموجود في ألمانيا الغربية عام ١٩٥٣ ، والتأثيرات التي نجمت عن التلوث بزيت الأرز في اليابان ( Yusho عام ١٩٦٠ ) ، الكارثة الصناعية للتري كلوروفينول ( Seveso عام ١٩٧٦ ) حيث تشكلت غيوم من مواد سامّة تضمنت على ( 2, 3, 7, 8-tetra - chloro-dibenzo - P - dioxin ) ، وعوارض الغاز في زمن الحرب ( عامل البرتقال ) . يبدي المصابون تغيرات شديدة جداً ، تشمل مناطق جلدية ، لا تصاب عادة بالعد ، مثل الصفن يرافقها تشمع كبدي ، وآفات في الجملة العصبية المركزية ، وتنتهي بالموت . ولذا فإن اتباع الطرق الصحية المهنية ضرورية في تجنب تلك الأمراض .

**الزؤان التالي لإشعاعات مؤينة** : يحدث أحياناً فرط تقرن جريبي شبيه بالزؤان بعد التعرض لكل من أشعة إكس ، أشعة الكوبالت أو الراديوم .

**المتلازمة الأندروجينية** : يمكن أن يتحول الشكل المعتدل من العدّ إلى عُدٍّ مكبب شديد وذلك عند النسوة اللواتي يزداد لديهن مستوى الأندروجين نتيجة إصابتهن بأورام أو فرط تنسج منتج لهذا الهرمون ( عادة المبيضين أو قشر الكظر ) . أما العلامات الأخرى لهذه المتلازمة المذكرة فهي فرط الأشعار ، حاصة أندروجينية من النمط الذكري ، تغيرات في الصوت ( مثال : متلازمة شتاين ، لوفنتال المترافق مع كيسات مبيضية ، الورم اللوتيني الذكري أثناء الحمل ) .

**العد التسحجي عند الفتيات الشابات Acne Excorieedes Jeunes Filles** : تمثل الآفات العدّية الصغرى الكروب الذهنية لبعض المرضى الذين يكون معظمهم من الفتيات أو النساء ، وذلك من جراء معالجة هذه الآفات بالضغط أو العصر . حيث تُحدث أظفار الأصابع أو الآلات المستخدمة في ذلك تسحجات أو تقرحات سطحية ، وخاصة على الجبهة وهامش الفروة ( الشكل ٢٨ - ١٠ ) ، هذه الآفات تشفى ببطء تاركة وراءها ندبات تقلصية نجمية ، وصفية ، مع فرط تصبغ . ورغم شفاء العدّ الأصلي غالباً لكن التسحجات تستمر . ففي هذا الشكل من العد يوجد عنصر وسواسي عصبي يؤدي إلى حدوث هذه التغيرات الجلدية الصنعية وما تخلفه من ندبات دائمة . ويجب هنا أن نوجه المعالجة ، بالإضافة لمعالجة العدّ ، إلى علاج الحالة النفسية إذا اقتضى الأمر ذلك مع شرح الأسباب للمريض .

**العدّ ما قبل الطمث Premenstrual Acne** : وهو مرض غير مستقل ، إذ أنّ الآفات الالتهابية التي تقوم على أرضية من العد الشائع تتأجج أو تسور قبيل الطمث عند العديد من النساء . وفي كثير من الأحيان تزداد سورة العدّ بعد إيقاف موانع الحمل الفموية ، كما أنها تزداد كثيراً بعد الولادة .

**عدّ الوليد [ Kraus ١٩١٣ ] وعدّ الأطفال [ Ayres ١٩٢٦ ]** : يبدي بعض الأطفال زؤان مغلق منفرد ، وبثور حطاطية ، وعقيدات ثابتة نادرة مع نتاج أندروجيني داخلي المنشأ عند الولدان ، عقب الولادة مباشرة أو في الأسابيع الأولى من الحياة ( عد الوليد ) . تتراجع هذه الحالات الخفيفة عفوياً خلال بضعة أشهر . ويبدو أنّ أندروجين الأم يلعب دوراً في الإمراض أما الحالات غير المفسَّرة والنادرة والمتميزة أحياناً بشدتها ، والتي تحدث في السنة الثانية من العمر ( عدّ الطفل ) ، والتي تتوضع خاصة على الوجنتين بشكل عقيدات متعددة وملتهبة وذات امتداد عميق ، مع ميل للتنخر ، فإن شفاء تلك العقيدات يتطلب شهوراً أو سنوات ، ذلك الشفاء الذي يغلب أن يعقبه تندب ، وكثيراً ما يفتقر هذا النوع من العدّ إلى الزؤان ، لم يتوضح بعد سبب هذا العدّ ، لكنه يُتوقع أن حدوثه يرجع إلى ارتفاع عابر في المفرزات الأندروجينية لكل من القند أو الكظر .

ويجب عدم الخلط بين هذين الشكلين من العدّ وبين العدّ الانسمامي المحدث عند الأطفال ، وذلك العدّ الأخير الذي ينجم عن تطبيق خاطىء للمراهم والزيوت والشحومات والتي تستخدم للعناية بالجلد . هذا ويكون الزؤان في العدّ الانسمامي على شكل مجموعات كثيفة متوضعة على الوجنتين والجبهة بشكل خاص . أما صورته السريرية فتماثل الصورة السريرية للعد التزويقي عند الكبار . يتحسن هذا المرض عند التوقف عن استعمال منتجات العناية بالجلد المحدثة للزؤان .

**معالجة العد Acne Treatment :**

غالباً ما يشفى العدّ عفوياً في سن الرشد المبكرة . وعلى كل فإن الطرق العلاجية يمكنها أن تقصِّر سير وحدة المرض ، كما تجنب حدوث اختلاطات كالتندب . يدعم الجلد النظيف صاحبه معنوياً ويحسّن من التعامل الاجتماعي لدى مرضى العدّ . وقد تستمر الأشكال الشديدة النادرة من العد مثل العدّ المكبب أو العد المقلوب لعشرات السنين أو طيلة الحياة ، ولذا فإنها تحتاج إلى معالجة فعّالة ومبكرة . ولقد تغيرت المعالجة بشكل جوهري في الوقت الحاضر ، كما أن المعالجة الفعّالة ممكنة اعتماداً على الأساس الإمراضي .

*التنظيف* : يكون للعدّ في العادة صلة بالمث ، وغالباً ما يؤدي زهم الوجه إلى اضطرابات تزويقية بالرغم من عدم تأثيره على سير العدّ ، وذلك لأنه يتوضع الآن على سطح الجلد بعد أن ترك الجريبات والزؤانات . ومن جهة أخرى فإن خبرتنا تشير إلى أن إزالة الدهن هي جزء أساسي في المعالجة يقدرها المرضى تماماً . ويمكن إنقاص الزهم بواسطة الهرمونات الجهازية مثل الإستروجين ( مانعات الحمل الفموية ) . مضادات الأندروجين ، الإيزوتريتنون **Isotretioin** . أما المعالجة الموضعية فلا تقلل إفرازات الغدد الزهمية ، لكنها تهدف إلى إبقاء الجلد نظيفاً واتخاذ الإجراءات الكفيلة بإزالة الزهم والمتضمنة استعمال المنظفات ، المحاليل الكحولية ( الغولية ) أو التنظيف البسيط باستعمال ورق التواليت الماص للزهم عدة مرات يومياً .

*القوت **Diet*** : لا تأثير للقوت العام على كمية أو تركيب الزهم ، ولا على التقران الجريبي وإنتاج الزؤان ، أو على الالتهاب الذي يحول الزؤان إلى بثور حطاطية . وبناء على ذلك فإنه ليس ضرورياً الامتناع عن الأطعمة المحببة مثل الشوكولاته ، التوابل والجوز أو اللحوم . وبعبارة أخرى فإنه يجب على المرء أن يأخذ عدداً من الملاحظات الفردية للمرضى . هذا وقد تُفاقم أملاح اليود والبروميدات الآفات الالتهابية العدّية ولذا يجب أن لا تؤخذ إلا باعتدال .

*النصائح النفسية* : غالباً ما يعاني المصابون بالعد ، وبشدة ، من أعراض وجهية . فالعزلة والشعور بالقلق ، والمزاج الاكتئابي كلها استجابات فاعلة شائعة . هذا ولا ينجم العدّ عن عوامل نفسية أو ذهنية ، ولذا فإن معالجته تقوم على إعطاء الأدوية الفعالة وليس على المعالجة النفسية ، إلا أن المعالجات النفسية الإضافية قد تكون ضرورية أحياناً ، وخاصة في العدّ التسحجي ، هذا وأن للنصائح الطبية المتفائلة أهمية في إرشاد المرضى .

*الأدوية* : لقد اختصرت أسس المعالجة الموضعية والجهازية في الجدول ٢٨ ـ ٢ .

**معالجة العد الزؤاني** : يعتبر التقشير **Peel** أكثر أشكال المعالجة فعالية في طرح الزؤان ( انحلال الزؤان ) ، كما أنه يمنع نكسها . ويمكن أن تتم المعالجة بالتريتينون ( فيتامين آ الحامضي ، حمض الريتوئني المقرون ) وبيروكسيد البنزويل . أما المعالجة بالتريتينون فتكون إما بتطبيق رهيم منه أو هلامة أو محاليل **Solutions** حيث يتراوح تركيزه فيها ما بين ٠,٠١ ـ ٠,١٪ . وتؤدي المعالجة إلى حدوث حمامى ، توسف وحكة وأحياناً إلى سورة للعد المتواجد وذلك عند الشروع بالمعالجة . وهذه تأثيرات جانبية غير مرغوب بها ، ولذا فإن آثار المعالجة يجب أن تشرح للمريض بالتفصيل . أما الاستمرار بتطبيق التريتنون فيثبط تماسك الخلايا القرنية مما يؤدي إلى منع تشكل الحطاطات والبثور والزؤان . أما العوامل المقشرة الأخرى والتي لها فعالية مضادة للجراثيم والمثبطة لإنتاج الحموض الدسمة الحرّة فهي مستحضرات بيروكسيد البنزويل بتركيز ٣ ، ٥ و ١٠٪ ، تلك المستحضرات التي يكون معظمها على شكل هلامة . وإن الهلامات المائية أقل تخريشاً من الهلامات المحتوية على الغول أو

الجدول ٢٨ ـ ٢ : الطرق العامة في معالجة العدّ

| المبدأ | المواد/الطرق | المستحضرات التجارية وشكل الإدخال |
|---|---|---|
| التنظيف | المنظفات | المنتجات التجارية المتنوعة |
| مضادات المث | **الجهازية** | |
| | أستروجينات | موانع الحمل الفموية |
| | خلات الكلورمادينون | الأونومين Eunomine ( ٢ ملغ كلور مادينون + ٠,١ ميسترانول . |
| | خلات السبروتيرون | ديان ٣٥ ، ديانيت ( ٣٥ ملغ خلات سبروتيرون + ٥٠ ملغ إيتينيل إستراديول ) |
| | الإيزوتريتينوين | أكيوتان Accutane ، رواكيوتان Roaccutan ( ٠,٢ ـ ٢ ملغ/كغ في اليوم ) . |
| | **الموضعية** | |
| | محاليل غولية | إيتانول ٥٠٪ ، إيزوبروبانول ٢٠ ـ ٤٠٪ . |
| | مستحلبات زيت/ماء | |
| | دهونات Lotions | |
| حالات الزؤان | **الجهازية** | |
| | إيزوتريتينوين | اكيوتان ، رواكيوتان ( ٠,٢ ـ ٣ ملغ/كغ اليوم ) . |
| | **الموضعية** | |
| | استخراج الزؤان | ١ ـ ٣٪ في الإيتانول ( ٥٠٪ ) أو إيزوبروبانول ( ٢٠ ـ ٤٠٪ ) |
| | حمض الصفصاف | |
| | بيروكسيد البنزويل | ٣ ـ ٥٪ ـ ١٠٪ . |
| | تريتينوين | ٠,٠١ ـ ٠,١٪ . |
| | كمادات Vlemincks | |
| | التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية | الشمس ، منابع الأشعة فوق البنفسجية آ و/أو فوق البنفسجية ب |
| مضادات الجراثيم | **الجهازية** | |
| | هدرو كلوريد التتراسيكلين | ١ ـ ٢ غ يومياً ثم المداومة على |
| | أوكسي تتراسكلين | ٢٥٠ ملغ يومياً . |
| | دوكسي سيكلين | ٥٠ ـ ١٠٠ ملغ/يومياً . |
| | مينو سيكلين | ٥٠ ـ ١٠٠ ملغ/يومياً . |
| | أريترومايسين | ١,٥ ـ ٢ غ/يومياً . |
| | **الموضعية** | مستحضرات تجارية متنوعة |
| | كليندامايسين | |
| | أريترومايسين | |
| | تتراسيكلين | |
| | حمض أزيليك | ٢٠٪ Skinoren |
| | إيتانول ، إيزوبروبانول | |

| | | |
|---|---|---|
| | حمض الصفصاف | ١ – ٣٪ في إيتانول ( ٥٠٪ ) أو إيزوبروبانول ( ٢٠ – ٤٠٪ ) |
| | هكساكلوروفين | محلول |
| **مضادات الالتهاب** | **الجهازية** | |
| | الستيروئيدات القشرية | فموياً أو معلقات مبلرة داخل الآفة . |
| | هدروكلوريد التراسيكلين | |
| | مينوسيكلين | |
| | اريترومايسين | |
| | الدابسون ( دي أمينو دي فينيل سلفون DADPS ) | دابسون – فاتول ( ٥٠ – ١٠٠ ملغ/يوم ) . |
| | ايزوتريتينوين | اكيوتان ، رواكيوتان |
| | **الموضعية** | |
| | الدهونات Lotions | |
| | المستحلبات زيت/ماء | |
| | المعاجين ( قناع وجهي ) | |
| | ثاني أكسيد الفحم الأسيتوني | |
| | الأشعة فوق البنفسجية | الشمس ، منابع الأشعة ما فوق البنفسجية آ و/أو ب |

على مذيبات أخرى . وهناك مركبات تجارية أخرى فعالة ، منها : التريتينون مع الاريترومايسين ، بيروكسيد البنزويل مع الإيميدازول ، إلخ . لكنها أقل فعالية في التقشير الذي يمكن إجراؤه بواسطة محاليل غولية أو رهيات من حمض الصفصاف بتركيز ٢٪ – ٥٪ ، أو بالتشعيع الصنعي بالأشعة فوق البنفسجية وأشعة الشمس الطبيعية . أما الأشكال الخفيفة من العد لدى المرضى ذوي الجلد الحسّاس فتعالج بشكل مُحافظ يقوم على المزوقات الخالية من الدهون أو بالدهونات المموهة أو الرهيات . وهناك طرق فعالة ، لكنها مجهدة ، تستخدم في إزالة العد بما يسمى بالجراحة العدّية أو التواليت العدّي والتي تقوم على مشاركة الكمادات الرطبة وقناع الوجه الحار ثم يستخدم نازع الزؤان في استخراج الزؤان المفتوح ، في حين أنه يمكن فتح الزؤان المغلق في غرفة استشارة الطبيب . وغالباً ما يتم النجاح بمشاركة المعالجات الآلية والكيميائية .

**معالجة العدّ البثري الخطاطي** : إن تنظيف الجلد بعناية ضروري أيضاً ، ويبدأ هذا الشكل من العد بالزؤان كما في أية آفة عدية ، وتتضمن المعالجة المقشّرة البدئية على التريتينوين أو مستحضرات بيروكسيد البنزويل . أما إذا ما وجدت مكونات بثرية أكثر صراحة ، تعطى عندها الصادات الموضعية أو الجهازية . هذا وتحتوي المحضرات الموضعية على التراسيكلين ، الاريترومايسين أو الكليندامايسين ، أما الصادات التي تعطى عن طريق الفم فهي التراسيكلينات أو الإريترومايسين . وعند الحاجة لإعطاء صادات جهازياً فإن أفضلها هو التراسيكلين . ولا يوصى بإعطاء المستحضرات المركبة كالتي أضيفت إليها الفيتامينات . أما الديميكوسيكلين Demeclocycline فهو محسس ضيائي شديد ويجب عدم استعماله في معالجة العدّ . ويوصى بالمينوسيكلين بمقادير قليلة ( ٥٠ ملغ × ١ – ٢ مرة/يوم ) ، فهو ( أي المينوسيكلين ) أليف للدهون ، لذا فإنه يتراكم بشكل أفضل في الجريبات الزهمية والزؤان ، كما أن امتصاصه يكون أقل تأثراً بالطعام ومنتجات الألبان من الأشكال الأخرى للتراسيكلين ، لكنه قد يسبب ، في بعض الأحيان ، تصبغات زرقاء في الآفات الجلدية الملتهبة سابقاً وفي الغدة الدرقية . ويفيد استعمال الأريترومايسين أيضاً لكن يؤدي أحياناً إلى كباد ركودي صفراوي Cholestatic Hepatosis . يعطى التراسيكلين في البدء بمقادير كبيرة ( ٥٠٠ ملغ/٣ مرات يومياً ) حتى حدوث تحسن جوهري ، حتى أنه يمكن أن يعطى لبضعة أسابيع عند الضرورة ، بعدها يخفض المقدار ببطء حيث يعطى ٥٠٠ ملغ × ٢ يومياً ، وفي النهاية تعطى جرعة واحدة ٥٠٠ ملغ يومياً أو حتى ٢٥٠ ملغ يومياً ، حسب الصورة السريرية . وإن الجرعة المنخفضة من التراسيكلين يجب أن يراقب إعطاؤها دوماً لمعرفة فيما إذا كان إعطاء الصادّ ما يزال ضرورياً . هذا وإن إعطاء التراسيكلين يمكن أن يستمر لفترة طويلة دون أيِّ خطورة ، أما اختلاطاته فنادرة ويعتبر داء المبيضات المهبلي أكثرها حدوثاً .

**معالجة العد المكبب** : كل الأدوية المتاحة يمكن استعمالها في معالجة هذا الشكل الوخيم من العد . لا تبدأ معالجة هذا العد بمزيلات دهون الجلد فحسب بل ويلجأ للتقشير أيضاً ، في جميع المناطق المصابة . وقد تتطلب المعالجة الإقامة في المشفى ، بوصف التريتينوين وبيروكسيد البنزويل . كما تفيد الكمادات الكبريتية الساخنة لفليمنغ **Vleminekx** حيث تطبق لمدة ٢٠ دقيقة ، مرة أو مرتين في اليوم .

أما جهازياً فيوصى باستعمال الصادات ( التراسيكلين ، الأريترومايسين ) بمقادير عالية ( ١,٥ - ٣ غ يومياً ) . ويجب إطلاع المرضى وبحذر على التأثيرات الجانبية ، مثل الورم الدماغي الكاذب . ويمكن أن تستمر المعالجة الداعمة شهوراً عديدة ، كما يمكن ارتشاف محتوى العقيدات النزفية الكبيرة بإبرة ثخينة ومحقنة . ويجب تجنب إجراء شقوق مشرطية كبيرة لما ينتج عنها من ندبات ، إلا أنه يمكن أن نلجأ إلى شقوق صغيرة تجرى بمبضع أو مشرط صغير عند الضرورة . كما أن حقن الستيروئيدات المبلرة ضمن الآفة ( معلق تريامسينولون أسيتونيئيد الممدد بنسبة ١ : ٢ - ٤ مع كلور الصوديوم ، حيث يحقن ما مقداره ٠,١ - ٠,٣ ميللتر في كل عقيدة ) . والذي يبدي نتائج واضحة خلال بضعة أيام ، حيث تتسطح العقيدات بسرعة ، كما أنه لا يخشى من الخمج بسبب أن محتوى العقيدات المتنخرة عقيم ، أو لاحتوائها على جراثيم غير ضارة . ويجب تجنب الحقن قرب العين أو الأنف خوفاً من مخاطر تناذر هويغن **Hoigne** . وإن الحقن ضمن الآفة يعطي نتائج حسنة وخاصة في الخراجات والنواسير ، ويجب أن لا تستعمل المراهم أو الرهيات الستيروئيدية لمعالجة العد تجنباً من حدوث تأثيراتها الجانبية كتوسع الشعيرات وضمور الجلد والعدّ الستيروئيدي إذا ما طالت فترة تطبيقها . ومن جهة أخرى فقد يوصى بتناول الستيروئيدات القشرية جهازياً ولفترة قصيرة في الأشكال الالتهابية الوخيمة ( العدّ الخاطف ) . وإضافة للتراسيكلين فإنه من الممكن إعطاء السولفون مثل : دي أمينودي فينيل السولفون D.D.S ( الدابسون ) . ويوصى بهذه المعالجة في المراحل الأكثر شدة من العد المكبب . أما جرعة السولفون اليومية فتتراوح من ٥٠ - ١٥٠ ملغ ولفترة عدة أسابيع أو أشهر . هذا ويجب أن يخضع المعالجون للمراقبة باستمرار من جراء ما يعرف من تأثيراتها الجانبية ( عوز خميرة نازعة الهيدروجين غلوكوز - ٦ - فوسفات ، وجود الميتيموغلوبين في الدم ، التهاب الأعصاب إلخ ... ) .

ويوصى أيضاً بالمعالجة القرّية ، وهذه ملائمة لمعالجة العقيدات النزفية الجاسئة والخراجات المتنوسرة كما يمكن استعمال المعاجين المقشرة المعروفة والمحتوية على تراكيز عالية من حمض الصفصاف ، الكبريت ، الريزورسينول ، الاكتيول ، إلخ . وذلك في معالجة المرضى في المشافي .

أما النساء المصابات بهذا العد فيوصين بتناول موانع الحمل التي تحتوي على الاستروجينات ، كلورمادينون أسيتونات ( Eunomin ) ، أو خلات السيبروتيرون ( Diane – 35 ) حيث أن هذه المركبات تثبط المث وتمنع حدوث الزؤان ، كما أنها مضادة لالتهاب الحطاطات والبثور . وفي هذا المجال ، يجب التعاون مع الأطباء النسائيين . وفي بعض الأحيان ينصح بمعالجة مرضى العد المكبب ضمن المشفى في المرحلة الأولى لإقناع المريض بفعالية المعالجة . أما الطرق الإضافية العامة فهي : إسداء النصائح الطبية المكثفة ، والتفاؤل ، وإظهار صور لمرضى كانوا قد عولجوا بنجاح .

ومن المعالجات المتقدمة إعطاء الإيزوتريتينوين عن طريق الفم ( الحمض الريتوئيني - ١٣ - المقرون ) ، وهو ريتينوئيد من مجموعة الفيتامين آ ، وهو متاح في العديد من أقطار العالم حالياً يعطى هذا العقار وحيداً وبجرعة مقدارها ٠,٢ - ٢ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً . ويكون مفضلاً البدء بجرعة منخفضة ( ٠,٥ - ملغ/كغ ) . هذا ويتخلص المريض من أعراضه بعد ١٢ - ٢٠ أسبوعاً . ويستمر هجوع المرض مدة طويلة تصل في الأغلب إلى عدة سنوات ، وقد تستمر إلى الأبد عند العديد من المرضى . وإن لهذا الدواء عدداً من التأثيرات الدارجة فهو يقلب الجلد الشديد المث إلى جلد منعدم المث ( مثبط للزهم ) ، وينقص قَدَّ الغدد الزهمية بنسبة ٩٠٪ . وللمقارنة نقول أن مانعات الحمل تخفض مستوى الزهم في الجلد من ٢٠ - ٣٥٪ ، وأن الإيزوتريتينوين مضاد للتقرن فعالٌ جداً ومثبط للزهم أيضاً ، فهو يصحح التقران الخاطىء للعدّ فيزيل الزؤان المغلق والمفتوح ( حال للزؤان ) ، وينقص حجم الخيوط الزهمية والزؤان الدقيق فهو بذلك يحول أقنية الجريبات الزهمية إلى أقماع ضيقة ، كما أنه يمنع تشكل زؤان جديد . وعلاوة على ذلك فإن الإيزوتريتينوين يملك فعلاً مضاداً للالتهاب دون أن يكون عاملاً مضاداً للجراثيم . أما التأثيرات الجانبية لهذا الدواء فهي : جفاف الجلد والشفتين ( التهاب الشفتين ) ، جفاف مخاطية الأنف ( نزف أنفي ) ، آلام عضلية أحياناً ، ونادراً ما يحدث ورم وعائي كاذب ، وقد يزداد مستوى الكولسترول والغليسيريدات المصلي عند إعطاء مقادير عالية من العقار وخاصة عند المرضى مرتفعي نسبة الخطورة ( البدانة ، استعمال موانع الحمل الفموية ، وقصة عائلية لفرط شحوم الدم . ويجب أن لا يغرب عن الذهن الورم الدماغي الكاذب . وفرط التعظم المتعلق بمتلازمة DISH ( فرط التعظم الهيكلي الغامض المنتثر ) .

*مضـادات استطباب المعالجة بالإيزوتريتينوين* : لا تعطى هذه المعالجة للمرأة المتوقع حملها ذلك لإمكانية إحداثها لتشوهات جنينية . وقد نشرت التشوهات الرئيسية الناجمة عن المعالجة بالإيزوترتينوين متضمنة استسقاء الدماغ وصغرهُ ، وتشوهات الأذن الخارجية ( صغر الصيوان ، ضمور أو غياب القناة السمعية الظاهرة ) ، خوص microphthalmia ، وتشوهات قلبية – وعائية . هذا وقد وزعت إرشادات دقيقة لاستعمال هذا العقار من قبل ا لمكاتب التجارية الاتحادية ومن مصدره المصنع تتضمن :

– يستطب الإيزوتريتنوين في معالجة العدّ الكيسي الشديد والمشوه والذي لا يستجيب للمعالجات العادية .
– من الضروري فحص المرأة بشكل دقيق ، إذا كانت في سن محتملة للحمل ، لنفي الحمل أثناء المعالجة بهذا الدواء . وعلى الطبيب أن يقرر مدى إلمام المرأة بموانع الحمل وصلتها الوثيقة بالمعالجة بالإيزوترتينوين كسبيل إلى مقاومة ما تهدف له أو ترمي إليه .
– يجب أن تكون المرأة قادرة ويعول عليها تعاطي موانع الحمل الفعالة ، كما ويجب أن تعلم عن إمكانات فشل موانع الحمل وعواقب ذلك .
– يتطلب إجراء اختبار الحمل المصلي قبل البدء بالمعالجة .
– تعتبر موافقة المريضة بأخذ توقيعها للدلالة على أنها فهمت كلاً من خطورة الحمل ، وضرورة الامتناع عنه أثناء المعالجة بالإيزوتريتنوين . ويجب على المرأة استعمال شكل فعال من موانع الحمل وذلك قبل شهر من بدء المعالجة وطوال فترتها . كما يوصى أيضاً باستمرار تناول موانع الحمل لمدة شهر بعد الانقطاع عن المعالجة .
– يجب البدء بالمعالجة في اليوم الثاني أو الثالث للدروة الطمثية التالية .

**معالجة العد المقلوب والعد الخاطف** : تتبع معالجة العد المكبب ذاتها . وتتطلب حالة العد الخاطف الاستراحة في السرير وإعطاء مضادات الالتهاب ( الساليسيلات ، ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ) . ويمكن إعطاء المعالجة الستيروئيدية لفترة قصيرة وبجرعات متوسطة عند الضرورة . وبعد الإيزوتريتنوين العلاج المفضل . هذا وقد يحدث التكاثر الوعائي الشبيه بالحبيبوم المسوق ( المعنق ) عفوياً ، لكنه يحدث شكل خاص أثناء المعالجة بالإيزوتريتنوين . كما يساعد التطبيق الموضعي للستيروئيدات القوية على الشفاء . ويتم شفاء العد الخاطف خلال ٨ – ١٢ أسبوعاً .

– ويوصى بالمعالجة الجراحية في العد المقلوب من أجل جميع الآفات المذحية في منطقة ما تحت الإبط حيث تستأصل المنطقة المصـابة مع النسيج الشحمي ، ثم ترمم بعد ذلك بالجراحة الرأبية . يطبق الاستئصال في المنطقة الإربية قدر الإمكان ثم يعمل على إدارة شريحة أو طُعم حر لستر المنطقة المستأصلة . كما تعالج جراحياً النواسير الممتدة من الطية الشرجية ، عن طريق الأليتين ، إلى الورك ، وذلك بنفس الطريقة السابقة . وفي بعض الأحيان يمكن الحصول على أفضل النتائج الوظيفية بترك الجرح يتحبب ثانوياً لوحده أو بمشاركته مع شريحة جلدية حُرّة . يترك الخيط عدة أشهر في مكانه . حيث يحدث النسيج المتحبب على طول الخيط مغلقاً الخراج . أما الدواء المفضل قبل المعالجة الجراحية فهو الإيزوتريتنوين ، والذي يجب أن يعطى قبل العملية ببضعة أسابيع ، كما يمكن أن يعطى أيضاً في العد المقلوب للعمل على طرح المكونات الالتهابية قبل الإجراءات الجراحية .

## الطرائق العلاجية المنتقاة Selected Treatment Measures :

*تصحيح الندبة* : يطبق تصحيح الندبات في نهاية مطاف المعالجة والتي تستغرق زمناً طويلاً . ولهذا التصحيح قيمة إضافية هامة إذا ما جرى من قبل جلديين لهم خبرة تقنية . ومثالاً على ذلك ، استئصال شتور بنمط البركان ، الجسور الظهارية للزؤان المنوسر ، وتسوية الجلد . ويفضل بعض الأطباء الشرائح المرتفعة المثقبة . ويجب إزالة الزؤان الثانوي الضخم والممتلىء بمواد متقرنة ( الكيسات البشروية ) بالطرق الجراحية .

*الزنك* : يعطى الزنك فموياً بمقدار ٥٠ ملغ ثلاث مرات يومياً . علماً بأن هذه المادة غير فعالة في العدّ الزؤاني ، لكنها قد تبدي فعالية معتدلة في الآفات الالتهابية . أما الأعراض الجانبية لهذه المعالجة فتتضمن آلاماً معدية – معوية ، وانتقابات معدية . علماً بأن المؤلفين لا يوصون بإعطاء هذه المادة .

*المعالجة الضوئية* : لا يمكن النصح عموماً بالمعالجة الضوئية الكيميائية للعد والتي يتم فيها تطبيق الأشعة فوق البنفسجية آ بعد إعطاء ٨ – ميتوكسي بسورالين ( PUVA ) . فالأشعة ما فوق البنفسجية أ وب مؤثرة في العد الالتهابي في بعض الأحيان ، كما هو معروف حين التعرض لأشعة الشمس . فهي ( أي المعالجة الضوئية ) لا تطرح الزؤان ، كما أنها قد تزيد من التشكلات الزؤانية عندما تكون طويلة الأمد ( تشبه ما يحدث في مرض فافر راكوشو Favre – Racouchot ) .

## الطفوح عدية الشكل Acneiform Eruptions :

يمكن وضع تميز دقيق ما بين الآفات عدية الشكل . فهناك مثلاً الطفحية عدية النمط ، والعد الحقيقي . يبدأ العد باضطراب التقرن في القمع ( زؤان دقيق ) وقد يلتهب بعد ذلك . أما الطفوح عدية الشكل فتبدأ بالتهابات جريبية ، كتأثير ثانوي .

وقد يتواجد العدّ . وغالباً ما تصاب الجريبات الزهمية الكبيرة . وتتوضع الطفوح عدية الشكل على الوجه خاصة : وفي منطقة السبعة الصدرية ، وعلى الظهر والعضدين . وعلى النقيض من العد الشائع فإن سير هذه الطفوح غالباً ما يكون حاداً أو تحت الحاد ، مع منظر سريري وحيد الشكل Monomorphic .

إن الأدوية التالية يمكن أن تحدث طفوحاً عدية الشكل : ( الشكلان ٢٨ ـ ١١ و ١٢ ) :

- الستيروئيدات القشرية ، الهرمون الموجه لقشر الكظر ACTH ، الأندروجين ، موانع الحمل الفموية .
- التريميتاديون ومشتقات الهيدانتوئين .
- الكينين .
- الدي سولفيرام Disulfiram .
- الليتيوم .
- حمض الإيزونيكوتيني هيدرازيد ، الإيتونامايد ، الريفامبيسين .
- الهالوجينات ( البروميدات واليوديدات ) .
- ٨ ـ ميتوكسي بسورالين + الأشعة ما فوق البنفسجية PUVA .
- الفينوباربيتورات .
- التراسيكلينات ، الستربتومايسين .
- الأدوية الموقفة لنشاط الدرق ( تيويوريا ، تيوأوراسيل ) .
- الفيتامينات ب$_1$ ، ب$_6$ ، ب$_{12}$ ود$_2$ .

وتعتبر المعالجة الموضعية والجهازية بالمستحضرات التي تحتوي على ستيروئيدات قشرية من أكثر أسباب حدوث الطفوح عدية الشكل ( عد ستيروئيدي ) ( الشكل ٢٨ ـ ١٢ ) . كما يمكن أن يظهر زؤان ثانوي عقب الحالة الالتهابية التي تطرأ على العد الستيروئيدي . وبسبب عدم وجود علاقة ترتبط ما بين الطفوح عدية الشكل وما بين العد الشائع ، فإن الطفوح عدية الشكل تتحسن بسرعة بعد إيقاف الدواء المسبب ، إلا أن الستيروئيد المحدث للزؤان يتطلب وقتاً أطول أحياناً . وقد تكون المعالجة المقشّرة ضرورية كما في العد الزؤاني .

**عـد مـالوركا Mallorca Acne [ Hiorth و Sjolin و Sylvest و Thomsen ١٩٧٢ ] :**

*المرادف :* العد الصيفي .

تبلغ ذروة هذا العد ، والذي يبدأ في الربيع ، في الصيف . وبعد ذلك يتراجع دون أن يترك ندبات . وهو ينجم عن تأثيرات الأشعة UV وخاصة الأشعة ( UVA ) حيث تظهر حطاطات خفيفة الاحمرار ، صغيرة ، نصف كروية ومتقرنة ، متوضعة على مناطق الجلد المعرضة للشمس وخاصة الوجه ، وجوانب العضدين والظهر ( الشكل ٢٨ ـ ١٣ ) . وهي حطاطات وحيدة الشكل وذات قدٍّ متشابه . وتغيب في العادة ، البثور والزؤان ، في هذا الشكل من العد ، على الرغم من وجود نوى في الخلايا المتقرنة نسجياً . وتحدث الطفوح عدية الشكل أيضاً بدون استعمال دارئات الشمس أو المواد التزويقية . كما لوحظت طفوح جريبية عدية الشكل كتأثير جانبي غير مألوف للمعالجة الكيميائية الضوئية ( PUVA ) .

**العـد اليوديدي والبروميدي Lodide and Bromide Ance :**

وهو إما أن يكون عداً حقيقياً طرأ عليه التهاب حاد معدَّلٌ ، أو هو حدوث لطفوح عدية الشكل . ويجب أن يميز العدّ اليوديدي والبروميدي عن الجلاد اليودي والجلاد البرومي . أما مصادر هذا العد فمتعددة وهي حبوب الصحة Health Pills، الشرابات ، الحبوب المنوّمة ، مضادات الاكتئاب ، إلخ ... كما أن عدّ عشب البحر المحروق Kelp Acne ينتسب إلى هذه الزمرة .

**الجلاد اليودي والجلاد البرومي Iododerma and Bromoderma :**

تتظاهر هذه الجلادات ببقع تنبتية نازة مع حطاطات بثرية من نمط فوهة البركان . وهي تتوضع بشكل غير متناظر على كل من الوجه ، وعلى طرف واحد ، أو على أيّ قسم من الجسم . أما منظر هذه الاندفاعات فقد يشبه منظر تقيح الجلد المواتي . ويستند التشخيص على كل من الصورة السريرية ، والقصة الدوائية ( مهدئات ، حبوب منومة ) ، وعلى زيادة إطراح اليوديد أو البروميد في البول . المعالجة تكون عرضية بإيقاف الدواء أولاً ومن ثم تطبيق المعالجة الموضعية المناسبة .

**الشعر الشوكي الثابت Trichostasis Spinulosa [ Laudany ١٩٥٤ ] :**

وهو انحباس عدة أشعار ناعمة في حومة ضمن جريب زهمي مفرد . وهو يشبه الزؤان سريرياً وليس نسجياً ، ولذا فليس هو بمرض عديّ الشكل . تبدو حزمة الأشعار المرتبة بشكل متواز ، سريرياً ، مثل زؤان أسود مفتوح ، وتشتق جميع الأشعار هذه من بصلة واحدة . هذا ولا تتساقط الأشعار الزغبية الناعمة في نهاية دورة الأشعار وإنما تحتبس في القمع . أما الأمكنة الوصفية لتوضع هذا الداء فهي المنخرين ، القوس الوجني ، الجبهة ، ومؤخر العنق . وأكثر ما يصاب بهذا المرض الأشخاص المسنين ، لكنه قد يحدث في اليفعان أحياناً . ولا يختلط هذا الداء بالالتهاب مطلقاً . أما المعالجة فتعتمد على

الاستخـراج الآلي بنـازعـة أو بعـاصرة الزؤان Comedo squeezer والتي تعتـبر معـالجة فعّالة ، وقد يجرب التقشـير بالتريتنوين .

## العد الوردي Rosacea :

**التعريف** : يتصف بحدوث حطـاطات وحطـاطات بثرية في منتصف الوجه على أرضية حمامية مزرقة وتترافق مع توسع في الشعيريات ، وغالباً ما يتواجد أيضاً نسيج ضامٌ منتشر وفرط تنسـج في الغـدد الزهميـة وصخـامـة أنف ( فيمـة الأنف rhinophyma ) في بعض الأحيان .

**الحدوث** : مرض شائع نسبياً يبدأ بالظهور في العقد الثالث أو الرابع من العمر ويبلغ ذروته في عمر يتراوح بين ٤٠ ــ ٥٠ سـنـة . وقد تحدث العـلامات المبكرة للعد الوردي قبـل سن العشرين والتي تتجلى بحمامى حمراء غامقة وثابتة أو ناكسة في الوجه ( تبيغ واحمرار الوجه ) والتي تتوضع على الأنف بشكل خاص . تصاب النساء أكثر من الرجال لحدٍّ ما ، على الرغم من فرط التنسج النسجي المغـاير لفيمـة الأنف ، تلك الفيمة التي تظهر غالباً عند الرجال .

**الإمراض** : لا تعرف عوامل مسببة محددة للعد الوردي ، غير أن هناك أسباباً متعددة متهمة في ذلك : كالاستعداد الإرثي ، وعلاقة هذا العد بالأمراض المجموعية وخاصة المعدية والمعوية ، واعتلال المرارة المزمن ، فرط التوتر الشرياني والآفات الناجمة عن ســوس الدويـدة الجرابيــة Demodex Folliculorum mites . وعلى كلٍ حـال ، فإن أحداً من تلك الأسبـاب التي ذكرت لم يؤكد على دوره الإمراضي بشكل قاطع ، هذا وتثير أشعة الشمس هذا المرض . أما المنظر النسجي للعد الوردي فيتجلى دوماً بصورة أذية ضيائية . يشبه هذا الداء العد والأدواء المثيـة التي تترافق بتوسع الشعيريات ، إلا أن العد الوردي لا يرتبط دوماً بالمث ، كما أنه ليس بمرض جريبي بدئي . ولا يوجد هنالك أية صلة له بالعد أو بالطفوح عدية الشكل .

ومن جهة أخرى ، فكثيراً ما تتواجد فيمة الأنف مع المث ، كما أنه ليس نادراً ملاحظة استمرار حدوث العد الوردي بدءاً من عُدّ شائع سابق الذي يحل محله العد الوردي .

**الموجودات السريرية** : العد الوردي مرض منتصف الوجه . وأكثر الأماكن التي يتوضع فيها هي الأنف والوجنتين والذقن والجبهة والمقطب glabella . ويعتـبر خلف الأذنين ومنطقـة السبعـة الصدرية وجوانب العنق وأعلى الظهر من التوضعات النادرة لهذا الداء ( الشكل ٢٨ ــ ١٤ ) . هذا ويترقى المرض على مراحل .

*الحمـامى العابرة :* وتتجلى بحمـامى مزرقة على الوجه ، وقد تشاهد على العنق ومنطقة السبعة الصدرية وتنجم هذه الحمامى عن عدد من المثيـرات اللا نوعيـة كأشعـة الشمس والحرارة والمخرشـات الكيميـاوية وبعض المشروبات كالقهوة والشـاي والمشـروبـات الغوليـة ( الكحوليـة ) ، كما يمكن أن تنتج عن تأثيرات البرد أو فرط الدفء . هذا ويقسم العد الوردي من حيث الشدة إلى ٣ درجات ، تتطور إلى بعضها بالتسلسل :

*الوردية درجة ــ **I** :* حمامى ثابتـة يرافقهـا توسع شعيريات . تستمر هذه الحمامى ساعاتٍ وأيام ( الحمامى الاحتقانية ) . أما توسع الشعيريات فيحدث خاصة في المنطقة الشفوية الأنفية ، والوجنتين ، التي قد تزعج من الناحية الجمالية ، ويحدث عند المصابين سهولة في التورّد والتبيغ .

*الوردية درجة ــ **II** :* حطاطات ، وحطاطات بثرية ، وبثور . حيث تظهـر في منتصف الوجـه في هذا الشكـل من العـد حطـاطات حمراء التهـابيـة . تتغطى غالباً بصفيحات وسفية . تستمر أياماً وأسابيع . وتبدي المناطق المصابة وذمة خفيفة ، كما قد تحدث حطاطات بثرية وبثور أيضاً ( الشكل ٢٨ ــ ١٥ ) . هذه البثور ذات نبيت جرثومي جريبي طبيعي أو عقيم . ولا يشاهد زؤان في هذا الشكل من العد . كما أن الآفات الالتهابية تشفى دون تندب . وتكـون المســامات في الوجه شـديدة الوضوح عند هؤلاء المرضى ما لم يكن هناك زؤان ضيائي ناجم عن أذية ضيائية مرافقة . هذا وتصبح الهجمات أكثر تكراراً وتؤدي في النهاية إلى امتداد هذا العد إلى جميع منطقة الوجه ، كما تمتد إلى خط أشعار الرأس وإلى فروة الرأس أيضاً ، وإلى جوانب العنق ، ومنطقة خلف الأذنين ، ومنطقة ما فوق القص . هذا ويصبح الجلد محتقناً وثخيناً في تلك المناطق .

*الوردية درجة ــ **III** :* عقيدات التهـابية كبيرة ولويحات فقد يتضمن العد الوردي ارتشاحات وعقيدات كبيرة التهابية علاوة على فرط تنسج مرافق وذلك أثناء سير الشكل السابق . وينطبق هذا خاصة على الوجنتين والأنف ، وأقل من ذلك على كلٍّ من الذقن والجبهة والأذنين . وبعد ذلك يُبدي المريض جلداً متوذماً سميكاً ذو مسامات ضخمة (جلد البرتقالة) مترافقاً مع ارتشاح التهابي وتكـاثر النسيج الضـام وفرط تنسج في الغدد الزهمية وزيـادة كليـة في حجـم الجلد وتضخمـات مرتفعة بحجم الإصبع ، وقد تنشأ أخيراً فيمة الأنف على هذه القاعدة .

*الإصـابة العينية :* قد تشمل الوردية إصابة العين مع التهاب حواف الأجفان والتهاب الملتحمة ، والتهاب القزحية ، والتهاب القـمـيـص الوعــائي ، وتقيـح خـزانـة العــين الأمـامي hypopyoniritis أو التهــاب القــرنيـــة . هـذا ولا تتعـلق المضاعفات العينية بشدة الآفة . أما إنذار التهاب القرنية في العد

الوردي فسيء ، حيث أنه قد يؤدي إلى العمى في حالاته الوخيمة نتيجة إحداثه ظلالة في القرنية . هذا وتكون الإصابة العينية في هذا العد مسؤولة عن الألم ورهاب الضوء ، ولذا فإن أي مريض يعاني من عد وردي مترقٍ يجب فحصه من قبل الأخصائي العينيين ، في حين يجب على المرضى الذين يراجعون اختصاصي العينية لاختلاطات لم تفسر من قبله ، استشارة طبيب الجلدية .

*الوذمة الثابتة* ***Persistant Edema*** : ظاهرة نادرة عند المصابين بالعد الوردي ، وتتصف بثباتها وعدم انطباعها . وأكثر المناطق التي تتواجد فيها هذه الوذمة هي الجبهة والمقطب والوجنتين . وقد يقع الخطأ في تشخيص هذه الوذمة لفترة طويلة أحياناً .

*العد الوردي الحبيبومي أو الذأباني* : وتتجلى هذه الوردية عند العديد من المرضى إما بحطاطات حمراء ضاربة للبني منتشرة ، أو بعقيدات حبيبومية صغيرة تنشأ على قاعدة حمامية محتقنة ، وتبدي ارتشاحاً ذأبانياً بالمعاينة الشفوفية Diascopy . وتظهر هذه الاندفاعات خصوصاً على الأجفان العلوية والسفلية ومنطقة ما حول الفم . أما سير هذا العد فمزمن . ويتضمن التشخيص التفريقي في هذا الشكل كل من التهاب ما حول الفم الذأباني ، العد الوردي الستيروئيدي الذأباني ، والغرناوية صغيرة العقيدات والذأب الدخني الوجهي المنتشر . أما الخزعة فتبدي عادة حبيبومات ما حول الجريبات غرناوية ، أو درنية الشكل Tuberculid Granulomas .

*العد الوردي الستيروئيدي* ***Steroid Rosacea*** : إذا ما عولج مريض العد الوردي لفترة طويلة بمركبات ستيروئيدية موضعياً . فقد تحدث لديه التأثيرات الجانبية للستيروئيدات المترافقة بضمور جلدي بالإضافة إلى تغيرات العد الوردي من توسعات في الشعيريات ، وحمامى متلاقية حمراء غامقة وحتى مزرقة وحطاطات بثرية جريبية وزؤان . وتسور عموماً تغيرات الجلد بشكل مؤقت بعد إيقاف الستيروئيدات الموضعية .

*العد الوردي المكبب* ***R. Conglobata*** : من النادر جداً أن يتفاعل مرضى الوردية كما يتفاعل مرضى العد المكبب ، كالنزف والخراجات العقيدية واللويحات الجاسئة . وأكثر ما يحدث هذا الشكل فعلياً على أقسام الوجه المصابة بالعد الوردي .

*العد الوردي الخاطف* ***R.Fulminans*** : ( مرادف : تقيح جلد الوجه Kierland, O'Learg 1940) . وهو جلاد من نمط العد المكبب يصيب الوجه لدى الفتيات أو النساء الشابات دون أن يكون في سوابقهن قصة عدّ . ونحن ننظر إلى هذا الشكل من العد على أنه شكل أعظمي من العد الوردي المكبب مع بدء فجائي وأسميناه العد الوردي الخاطف . وقد شاهدنا عدداً من الحالات المتطورة من هذا العد فيما بعد . أما في التشخيص التفريقي فيجب أخذ العد المكبب بعين الاعتبار ( المرضى اليفعان ، العلامات الأخرى للعد ، الندبات ، المث ، غياب الحمامى ، الزؤان ) ، كما يجب الانتباه إلى الجلاد البرومي والجلاد اليودي .

*فيمة الأنف* ***Rhinophyma*** : ( الشكل ٢٨ – ١٦ ) يحدث هذا الأنف المنتفخ عند بعض مرضى العد الوردي نتيجة فرط تنسج مترقٍ في النسيج الضام ، مع فرط تنسج الغدد الزهمية يرافقهما تغيرات وعائية . وعلى كلٍ فإن هذه الآفة قد تحدث دون وجود علامات شديدة الوضوح للعد الوردي . ثم إن فيمة الأنف هي مرض الذكور ، ففي الشكل الغدّي ، يتضخم الأنف من جراء فرط التنسج الغدّي الزهمي ، آخذاً شكلاً عقيدياً بصلياً مع تمزق عميق وتوسع شديد جداً في الجريبات . هذا وإن التمدد الورمي للأنف يغلب أن يكون غير متناظر ، كما يحدث تورم أحياناً . يزداد الإفراز الزهمي وقد تخرج مواد عجينية بيضاء محتوية على فتات من الخلايا القرنية ( تتكون الخيوط الجريبية من خلايا قرنية وزهم وجراثيم وسوس الدويدة الجريبية ) ، وذلك عند عصر الجريبات الزهمية المتوسعة ، أما لون الجلد فيكون طبيعياً أو أحمر مزرقاً . والفيمة ، التي هي فرط تنسج منتشر في النسيج الضام ( الشكل الليفي ) ، تتضمن ترسبات كتلية من مواد مرنة متأذية بالضياء ، وتوسعات وعائية ، وفرط تنسج في الجريبات الزهمية . هذا ولا يمكن إحراز تراجع في فرط التنسج بمجرد المعالجة بالصادات ، كما لا يمكن أن يتم هذا التراجع عفوياً . ويكون الأنف في الشكل الوعاوومي الليفي من الفيمة متضخماً ومتوذماً ، وبلون أحمر نحاسي إلى أحمر غامق ، كما تحدث البثور في تزايد مستمر ، كما لوحظ نسجياً ، وبشكل خاص ، تليف وتوسع شعيريات ، وآفات التهابية ، في حين أنه قد لا يكون فرط التنسج الغدّي الزهمي ظاهراً ، علماً بأن هذا الشكل من الفيمة أكثر مصادفة مع التظاهرات الأخرى للعد الوردي . وهناك شكل آخر من الفيمة يدعى بالفيمة السفعية Actinic R. حيث تتضمن الكتل العقيدية من الجلد المتأذي ضيائياً على المكونات الرئيسية لنمط الفيمة الأنفية .

*التشخيص التفريقي* : يفرق بسهولة عن الارتشاحات الجلدية في ابيضاض الدم اللمفي أو في الفطار الفطراني .

*فيمة الأذن* ***Otophyma*** ، ***فيمة الجبهة Metophyma والفيمة الفكية Gnatophyma*** : يبدي الارتشاح في النمط الريّان Succulent من العد الوردي بروزاً شديداً ناجماً عن فرط التنسج الغدي الزهمي والنمو النسجي ، وقد تحدث وذمة أيضاً في الأماكن الأقل توضعاً . وهناك تغيرات مماثلة لفيمة الأنف . أما الأعراض المكونة للفيمة الفكية فتتوضع على ذروة الذقن ،

بينما تتوضع أعراض فيمة الجبهة في منتصفها فوق سرج الأنف ، أما فيمة الذقن فتتوضع على فصيصات الأذن .

**التشخيص** : ويستند على الصورة السريرية والتشريح المرضي .

**التشريح المرضي النسجي** : ويتضمن في العد الوردي من الدرجة I توسعاً في الأوعية الدموية واللمفية للجلد مع أذية ضيائية ، أما في العد الوردي من الدرجة II فنشاهد ارتشاحاً باللمفاويات والمنسجات حول الأوعية أيضاً وذلك في الأدمة العليا مع إصابة الغدد الزهمية بشكل خاص . تثخن جدر الأوردة وتتوسع . كما يحدث تسفنج فيما بعد في قمع الجريب يترافق مع حطاطات وبثور . أما في العد الوردي من الدرجة III . فهناك امتداد منتشر لكامل النسيج الضام مع فرط تنسج جريبي زهمي متضمناً العنيبات والقمع . ويمثل القمع عندئذ قناة عريضة ضمن الأدمة مبطنة بظهاروم متقرن . وغالباً ما يتواجد سوس الدويدة الجريبية في جميع أنماط العد الوردي وذلك ضمن القمع الجريبي والأقنية الزهمية .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي الأمراض التالية عند المرضى حديثي السن : العدّ الشائع ذو الاستمرار الطويل وغير العادي ، الاندفاعات عدية الشكل ، التهاب جلد ما حول الفم ، العد الوردي الستيروئيدي ، الذأب الدخني الوجهي المنتثر ، التأثيرات الجانبية للستيروئيدات على الجلد والناجمة عن مركبات موضعية محتوية على ستيروئيدات ، كما يحدث في معالجة الإكزيمة التأتبية ، والعد الشائع ، والتهاب جلد ما حول الفم ، وأخيراً التهاب الجريبات بالدويدة الجريبية .

**المعالجة :**

*الجهازية* : إن المعالجة بالتراسيكلينات فعالة جداً . فالهدروكلوريد تتراسيكلين والأوكسي تتراسيكلين فعالة كفعالية مركبات التتراسيكلين الجديدة . ويجب عدم وصف مستحضرات مرافقة للتتراسيكلين متضمنة على الفيتامينات تجنباً لإثارة حدوث طفوح عدية الشكل محرشة بالفيتامينات ب$_{١}$ ، ب$_{٦}$ ، ب$_{١٢}$ ) . أما الجرعة البدئية للتتراسيكلين فتبلغ ١٠٠٠ – ١٥٠٠ ملغ تقسم إلى جرعتين أو ٣ جرعات يومياً حتى حصول تحسن سريري ظاهر ، يمكن بعد ذلك تخفيض الجرعة ببطء لتصل حتى ٥٠٠ أو ٢٥٠ ملغ يومياً . وغالباً ما تستغرق المعالجة عدة أسابيع ، وقد تكون الجرعة الداعمة ٢٥٠ ملغ في اليوم . ولم يعرف بعد طريقة تأثير التتراسيكلين على العد الوردي ، فهو ليس بمرض جرثومي . تمتلك التراسيكلينات فعلاً مضاداً للالتهاب ، والذي ليس له علاقة بمضادات الجراثيم . ويجب مراقبة التأثيرات الجانبية للتراسيكلين النادرة . وعلى العموم فإنه من الممكن إعطاء معالجة طويلة الأمد بالتتراسيكلين بدون اتخاذ احتياطات خاصة . وعادة فإن الفحوص المخبرية تكون غير ضرورية .

وإذا ما كان هناك إصابة عينية فإن المعالجة بالتراسيكلين هي المفضلة وحتى تتلاشى الأعراض ، فهي تقي من العمى في العد الوردي المزدهر المشتمل على إصابات عينية . أما الحالات المتبقية عقب التهاب القرنية في العد الوردي فغالباً ما تعالج موضعياً بالستيروئيدات تحت إشراف أطباء العين . كما يوصى بإعطاء الميترونيدازول ، لكنه من جهة أخرى ، يجب أن تؤخذ تأثيراته الجانبية بعين الاعتبار . علماً بأن هذا الدواء لم توافق الحكومة الاتحادية على تطبيقه في مثل هذه الحالات . وقد استعمل سابقاً الكلوروكين ، لكنه حالياً نادراً ما يستعمل ولا نوصي نحن بتطبيقه .

وأُحرزت أفضل النتائج بالمعالجة بالإيزوترتينوين ، وخاصة بعد أن أعطيت في معالجة أشدّ أشكال العد الوردي شدة . أما مقدار الجرعة اليومية فيتراوح ما بين ٠,٢ – ١,٥ ملغ/كغ من وزن الجسم . أما الاستطباب الوحيد للمعالجة بهذا الدواء في الوقت الحاضر فهو معالجة الأشكال المخربة ومتضمناً العد الوردي المكبب والخاطف . ويستغرق تراجعها في العادة وقتاً طويلاً ، قد يمتد لسنوات . وبما أن الإيزوترتينوين من العقارات المشوهة فيجب أخذ الاحتياطات والحذر الذي أكدناه في بحث العدّ .

ويمكن إعطاء الستيروئيدات جهازياً ولفترة قصيرة ، بجرعة تتراوح بين ٢٠ – ٤٠ ملغ بريدنيزولون لمدة ١ – ٢ أسبوع للمرضى المصابين بالعد الوردي المكبب . وعلى الخصوص في العد الوردي الخاطف ، علماً بأنه يجب مشاركة الستيروئيدات ، مع الإيزوترتينوين دوماً . لا يوجد قوت Diet خاص يثير حدوث العد الوردي لكنه لا يشار بالقوت الذي يحتوي على العوامل المحرشة للحمامى كالكحول والقهوة والشاي والأطعمة الساخنة والمشروبات .

*الموضعية* : يجب تجنب جميع المخرشات الموضعية كالصوابين المجففة بشدة ، كما يجب تجنب الصبغات الغولية **Alcoholic Tinctures** . وتفضل المنظفات الخفيفة في نمط الجلد الزهمي . ويمكن وصف المستحضرات الساترة والتي لا تؤدي إلى تهيج الجلد علاوة إلى تأثيرها المموه . ويمكن استعمال المحاليل الغولية بحذر لأنها قد تحدث تبيّغاً في الجلد . ويفيد تطبيق الصّادات موضعياً في بعض الأحيان مثل التراسيكلين ، الكليندامايسين ، الإيريترومايسين وذلك بتركيز ٠,٥ – ٥٪ ، كما أن الميترونيدازول ( ٠,٧٥٪ – ٢٪ ) يعتبر علاجاً موضعياً فعالاً ، كما أن رهيم الكيتوكينازول ( ٢٪ ) يطبق بنجاح أيضاً .

يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الاختلاطات الممكنة للمعالجة الموضعية بالصادات ، مثلاً المقاومة الجرثومية . ويجرب مساءً

تطبيق الدهونات المجففة drying Lotions ( دهون الزنك + كحول ٣ ـ ٥٪ أو كبريت ٥ ـ ٢٪ ) . ويجب عدم استعمال الستيروئيدات موضعياً لتأثيراتها الجانبية ، مثل العد الوردي الستيروئيدي وذلك لدى المعالجة الطويلة .

وقد وجد أنّ المعاجين مثل المعجونة التالية كافية إذا ما كان هناك ارتشاح ظاهر أو بثور .

| | | |
|---|---|---|
| Rp. Erythromycin | 5.0 | إرترومايسين |
| Ichthamol | 2,5 | إكتامول |
| Zinc Paste to | 100,0 | معجونة الزنك |

هذا وإذا ما كان العد الوردي من الدرجة II أو III معنداً على المعالجة ، فيجب التفكير بداء الدويديات Demodicosis والتفتيش عن سوسة الدويدة الجريبية بطريقة Cyanoacrylate ومعالجتها بشكل ملائم كتطبيق معجونة من الزنك والكبريت (Sulfur – Zinc Paste) بنسبة ٥٪ ، أو بكريم كروتاميتون أو ليندان .

ومن الممكن تطبيق مسّاج سوبي Sobye أيضا ، إلا أنه لا يطبق في الشكل البثري الحطاطي . يطبق مساج دائري صباحاً ومساءً لمدة دقيقتين لكل من الأنف والوجنتين والجبهة . ويمكن أن نخرب البقع الوعائية الكبيرة بإبرة الإنفاذ الحراري أو بأشعة الليزر ـ الأرغون وذلك على عدة جلسات . أما ضوء الشمس فيؤدي إلى أذيات ولذلك يوصى دوماً باستعمال دارئات الشمس ذات العامل الوقائي من الشّمس أعلى من ( ١٠ ) . هذا ويمكن إزالة النسج المتضخم لفيمة الأنف تحت التخدير الموضعي أو العام . كما يمكن أن يكون كافياً إزالة ذلك النسيج المتضخم بآلة حلاقة نبوذة حتى الوصول إلى شكل أنف سويّ ، ويتظهرن سطح الجرح بسرعة دون تندب على الأغلب بسبب وجود الجريبات المتعددة ، ويجب في نفس الوقت معالجة العد الوردي المؤهب . ويوصى أيضاً بإعطاء الإيزوترتينوين لعدة أسابيع قبل إجراء الجراحة .

## الآفات الشبيهة بالعد الوردي Rosacea – like Diseases :

### داء الدويديات Demodicosis :

*المرادفات :* Demodicidosis ، النخالية الجريبية ، العد الوردي الدويدي .

**الحدوث** : مرض غير شائع و لم يقرَّ به بعد بعض المؤلفين، ومن المحتمل ندرة وضع تشخيص هذا المرض . يصيب النساء أكثر من الرجال ، ويبدأ في سن متقدمة بعد البلوغ .

**الإمراض** : يؤدي غزو الجريبات الزهمية بالدويدة الجريبية ( سوسة جريب الشعرة ) وأنواع الدويدة الأخرى إلى تغيرات سفاجية Spongiosis في الظهاروم الجريبي ، مترافقاً مع تفاعلات تجاه البيوض المتوضعة ، والبراز والأجسام الأجنبية ، إضافة لتبدل مكان الدويدة داخل النسيج الضام ضمن الجريبات الممزقة حيث تتشكل حبيبومات الأجسام الأجنبية . وفي الطب البيطري قد تحدث أمراض شديدة مثل العر Mange ( جرب الحيوانات الأليفة ) عند الكلاب أو الماشية ، تلك الأمراض التي تنجم عن أنواع أخرى للدويدة ، مثل الدويدة الكلبية .

**الموجودات السريرية** : يكون منظر داء الدويدات عند الإنسان متميزاً حيث تظهر حطاطات جريبية ملتهبة على الوجنتين وأحياناً على أحد جوانب الوجه فقط ، وأقل من ذلك وجود بثور حطاطية يتلوها تفلس ( تقشر ) Scaling ، وكثيراً ما تشمل الإصابة الأجفان ومنطقة الأهداب وغدد ميبوم مترافقة بأكزيمة وجلبات سائرة .

**الإنذار** : حسن على الرغم من سيرها المزمن .

**التشخيص** : من الضروري التفتيش عن الدويدة ويتم ذلك إما بعصر محتوى الجريب ، مثلاً بمستخرجة الزؤان أو بإزالة الطبقة القرنية وإفراغ محتوى القمع بطريقة سيانواكريلات . ثم تغطى مادة Cyano – acrylate بغمرها بالزيت وتفحص مجهرياً . أما السوسة فتميز بسرعة من خلال حركتها . أما الطريقة الأخرى للتحري فتتم بالفحص النسجي لخزعة جلدية . وغالباً ما تتواجد الدويدة بأعداد كبيرة وتظهر بشكل وصفي برأسها المتجه نحو الأسفل ضمن الجريب . وتبدي ظهارة الجريبات تسفنجاً . كما قد يصبح كامل القمع متنخراً . وقد يوجد في بعض الأحيان حبيبوم الخلايا الظهارانية .

**المعالجة** :

*الجهازية :* غير معروفة ، وعلى كلّ فإن المعالجة بالإيزوترتينوين يعقبها انكماش الجريبات الزهمية ، كما تفقد السوسة عاداتها وتختفي .

*الموضعية :* إنّ مبيدات الحشرات فعّالة هنا كما في الجرب . وإن كلاً من الكروتاميتون والليندان طارحة للسوس ، ويستعملان تماماً كما في معالجة الأخماج بقارمة الجرب . كما أن العجينة بالكبريت المصعّد ( ٥ ـ ١٠٪ ) فعال أيضاً . ويشاهد أطباء العيون سوسة الجريبية الدويدية على الأجفان ويمكنهم إزالتها آلياً .

**الجلاد الشبيه بالعد الوردي العائلي مع ظهارومات ضمن البشـرة ولويحـات قرنيـة [ Haber و Sanderson و Wilson ١٩٥٩ ] :**

*المرادف :* متلازمة هابر .

**الحدوث** : يبدأ هذا الجلاد الإرثي النادر جداً في الطفولة ، ومن المحتمل أن يتوارث بصبغي جسدي سائد ويفضل إصابة الذكور .

**الموجودات السريرية** : تتصف المتلازمة بحمامى على الوجه تشبه العد الوردي ، مع تصبغات بنية وجسوء أحياناً . علاوة على تضخم الجريبات وتوسع الشعيريات ، وجلد جاف وحار . وتترافق هذه المتلازمة أحياناً بحس حرق ظاهر ، كما يتطور عديد من حطاطات تؤلولية الشكل وعقيدات تظهر خاصة في منطقة ما تحت الإبط وعلى العنق والظهر أيضاً . علماً بأن تلك الاندفاعات لا تظهر على الأطراف غالباً . وقد تشاهد بقع مفرطة التقرن على المرفقين والركبتين ، أو يتطور داء السماك أثناء سن اليفع أو بعده بقليل .

**التشـريح المـرضي النسجي** : تنجم الأعراض عن توسع الشعيرات وتكاثر خلوي بالإضافة إلى وذمة لمفية سطحية وقد تتطور بنية ظهارية متجهة نحو الأسفل ابتداءً من الجريبات الشعرية . أما التغيرات الثؤلولية فتشابه نسجياً التقرانات المثية إضافة لوجود عديد من الخلايا الملانية وبالعات الملانين .

**السير** : مزمن وقد وصفت ظهارومات داخل البشرة في بعض الحالات الإفرادية .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن العد الوردي والتقرانات المثية على الجذع .

**المعالجة** : عرضية . وتقوم على الوقاية من ضوء الشمس .

**التهـاب جـلد مـا حول الفـم Perioral Dermatitis [ Mihal و Ayres ١٩٧٤ ] :**

*المرادفات :* تحسس ضيائي مثاني Seborrhoid [ Frumes و Lewis : ١٩٥٧ ] ، التهاب الجلد الشبيه بالعد الوردي [ Steigleder : ١٩٦٩ ] .

**التعريف** : هو التهاب مزمن مجهول السبب ، يتظاهر على شكل حطاطات جريبية مخروطية وحطاطات حويصلية وحطاطات بثرية تتوضع على سطح احمراري منتشر حول الفم .

**الحدوث** : شوهد هذا المرض في البدء في الولايات المتحدة وأوربا الغربية ثم انتشر إلى أوربا الشرقية . وأكثر ما يصاب به النسـاء ، أما نسبـة المراضـة Morbidity فتقدر نسبتها ( ٠,٥ - ١٪ ) وتقع ذروة الإصابة في عمر ما بين ٢٠ - ٣٠ سنة . لكنه قد يحدث في الأطفال أيضاً قبيل سن الرشد .

**الإمراض** : غير معروف ، وقد افترضت عوامل متعددة كما هي الحال في كل الأمراض التي تعرف بعد علاقاتها الإمراضية . وأهم العوامل التي افترضت هي :

– *التفاعلات اللا تحمّلية :* وقد أدرجت هنا المزرقات ومعاجين الأسنان المفلورة ، غسولات الفم ، قشرة ثمرة الليمون ، ومكونات سواغ بسباسة الإيزوبروبيل ( Isopropyl myristate ) إضافة للصوابين ، ومناديل اليدين ، وشعر لحية الشريك .

– *الستيروئيدات القشرية :* لا يوجد أدنى شك بالعلاقة المباشرة التي تربط ما بين حدوث التهاب جلد ما حول الفم وما بين استعمال الستيروئيدات الموضعي . هذا وغالباً ما عولجت التغيرات الطفيفة على الوجه بالمراهم الستيروئيدية لفترة طويلة وبدون مراقبة . وبالتأكيد يثار هذا المرض ويتأثر بشكل غير ملائم بالمعالجة القوية وخاصة بالستيروئيدات القوية . وقد يحدث تطبيق الستيروئيدات لمدة طويلة أعراضاً جلدية شديدة . وعلى كلٍّ فإن المرض لا يحدث في بعض الأحيان بدون استعمال الستيروئيدات . وقد يحدث التهاب الجلد حول الفم أيضاً عند الرجال بعد تطبيق الستيروئيدات عادة .

– *الخمج بالمبيضات البيضاء :* والأنواع الأخرى من المبيضات والفطور ، والتي تم عزلها من الآفات ومن تجويف الفم . وإن الاختبار داخل الجلد بالكانديدين غالباً ما يكون إيجابياً ، لكن صلته بالموضوع مشكوك بها .

– *الجراثيم :* يكتشف عادة فقط النبيت الطبيعي . وقد تظهر في بعض الأحيان لولبيات مغزلية الشكل في اللطاخة وبالزرع ، علماً بأن المؤلفين الآخرين لم يقروا بذلك .

– *الهرمونات :* لقد اشتبه بمانعات الحمل الفموية كمسبب لهذه الآفة ، إلا أن البعض يرى بأن إيقاف مانعات الحمل قد يؤدي إلى بدء الإصابة . ومن جهة أخرى فإن المرض قد يظهر عند نساء لم يتناولن موانع الحمل الهرمونية على الإطلاق . كما نشر عن تفاقم الآفة قبيل الطمث ، كما يحدث في عدد من الجلادات الأخرى .

– *سـوء الامتصـاص :* لقد بحث ونوقش اضطراب الوظيفة المعدية المعوية ، والموجودات في سوء الامتصاص ( فحص البراز ) ، وداء المبيضات الداخلي .

– *المحرّشات الضوئية :* قد يكون لأشعة الشمس تأثيراً واضحاً غير ملائم في إمراض التهاب جلد ما حول الفم ، كما نوقش « ضوء الشمس » كعوامل مساعدة محتملة . إلا أنه في العادة لا

يوجد علاقة للتعرض لضوء الشمس في إحداث التهاب الجلد حول الفم .

- *متنوعات* : يعتبر بعض المؤلفين أنّ التهاب الجلد حول الفم ليس مرضاً منفصلاً ، لكنه شكلٌ مجهضٌ للعد الوردي ، أو التهاب جلد مثّي شبيه بالعد الوردي ، لكن المؤلفين لا يشاركون هذا الرأي وقد دُعم هذا الحكم من خلال تشابه الموجودات السريرية والاستجابة المشابهة للتراسيكلين . ولنعلم جميعاً بأن سبب التهاب الجلد حول الفم غير معروف . إذا ما تركنا جانباً الدور الهام الذي تلعبه كلٌ من الستيروئيدات والمزوقات .

**الموجودات السريرية** : يتجلى هذا الالتهاب بحطاطات حمراء ( الشكل ٢٨ - ١٧ ) ريانة كثيراً أو قليلاً وبقطر ١ - ٢ ملم ، تظهر على جلد ملتهب محمر . وقد تتداخل مع بعضها مشكلة منطقة كبيرة مرتشحة تتوضع خاصّة على الطية الشفوية الأنفية . ومن المحتمل أيضاً ظهور حطاطات حويصلية صغيرة وحطاطات بثرية أو حطاطية وسفية والتي يعتبر ظهورها وصفياً خلال السير السابق .

أما الأماكن الانتقائية لتوضع هذه الآفة فهي : الطية الشفوية الأنفية ، منطقة ما حول الفم عدا شريط ضيق يخلو من الاندفاعات يقع حول الشفتين . ومن أماكن توضعاتها الأخرى فهي الذقن والمقطب ( ما بين الحاجبين ) والأقسام الجانبية من الجفن السفلي خاصة . وفي الأشكال المنتشرة من المرض يمكن أن تظهر آفاته على الأجفان العلوية والوجنتين والجبهة . وفي الأشكال الشديدة تمتد إلى جوانب العنق وخلف الأذنين ، وإلى خط الأشعار . ومن النادر مشاهدته على الصدر ومنطقة ما حول الفرج ، وما حول الشرج أيضاً وذلك بعد معالجة موضعية سابقة بالستيروئيدات .

شكل خاص ( *التهاب الجلد حول الفم الذأباني* *Lupoid P. D.* ) : ويتصف بظهور تجمعات كثيفة مكونة من حطاطات كبيرة ريّانة أو آفات حطاطية وسفية ، تبدي ارتشاحات ذأبانية وصفية بفحص الشفوفية Diascopy . أما ظاهرة المندرين Mandrin Phenomenon ( وهي إيجابية في الذأب الشائع ) فسلبية . ومن المحتمل أن تكون هذه الحالات قد فسرت سابقاً على أنها ذأب الوجه الدخني المنتشر . وغالباً ما يحدث هذا الشكل من الالتهاب بعد استعمال الستيروئيدات الموضعية لفترة طويلة . أما نسجياً فيمكن أن تميز حبيبومات خلايا ظهارية .

**الأعراض** : يشكو المصاب من حكة عادة ، وقد يشكو من حس وخز خفيف أو حس حرق .

**السير** : كثيراً ما تختلف شدة الالتهاب من يوم لآخر . وقد أُقرّت إثارة هذه الآفة بكل من المزوقات والصابون وضوء الشمس . أما سير المرض فمزمن إذ قد يمتد لأكثر من عدة أسابيع أو أشهر ، كما يستمر بالمعالجة الخاطئة ويترافق مع اختلاطات ( التأثيرات الجانبية للستيروئيدات ) أو يتحول إلى شكل ذأباني . وقد يحدث تفاقم عابر للمرض عند إيقاف المعالجة الستيروئيدية الموضعية .

**الإنذار** : يتم الشفاء دون تندب خلال بضعة أسابيع أو أشهر ، وقد يحدث النكس .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد تسفنج في البشرة والجريبات ، وتختلف الصورة النسجية نوعاً ما عنها في العد الوردي ، لكن من جهة أخرى يجب الأخذ بعين الاعتبار العمر المتقدم لمرضى العد الوردي . ويختلف العد الوردي عن التهاب الجلد حول الفم بوجود المران السافع **actinic elastosis** والتوسع الوعائي ، والاحتشار بالدويدة الجريبية في مجموعة العمر هذه .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يفرق عن العد الوردي ، التأثيرات الجانبية للستيروئيدات في الآفات المستبطنة كالعد الوردي والعد الشائع والتهاب الجلد التأتبي أو التهاب الجلد المثي . ومن المهم بشكل خاص أن نستثني التهاب الجلد المثي والجلادات الأكزيمية الأخرى .

**المعالجة** : لا يوجد اتفاق حول المعالجة المثلى لهذا المرض ، لكنه من المقبول على كل حال ، أن إعطاء التتراسيكلين أو الإريترومايسين يكون فعالاً في هذه الآفة .

*جهازياً* : وتتم بإعطاء هدروكلورايد التراسيكلين ، أوكسي تتراسيكلين أو المونوسيكلين . أما جرعات التتراسيكلينات فتكون على النحو التالي : يعطى في الأسبوع الأول ٥٠٠ × ٣ ملغ يومياً ، وفي الأسبوع الثاني ٥٠٠ × ٢ ملغ/يومياً ، وفي الأسبوع الثالث ٢٥٠ - ٥٠٠ × ١ ملغ يومياً ( أو مقدار إسْوي ، مشابه ) لمدة ٤ - ٦ أسابيع أو أكثر . وقد نشرت تجارب ناجحة عن معالجة التهاب الجلد حول الفم الذأباني بالإيزونيازيد وبمقدار ٥ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً .

إن الإيزوترتينوين فعال جداً وخاصة في الحالات المختلطة الطويلة السير والناجمة عن معالجة ستيروئيدية سابقة ، أو في الشكل الذأباني . ويمكن أن تكون الجرعات ضئيلة جداً ( ٠,٠٥ - ٢ ) ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً ولمدة ٨ - ١٢ أسبوعاً . أما النسوة اللواتي في عمر إنجاب الأطفال فيجب

إلزامهن بالاحتياطات الخاصة بهذا الدواء والتي فصلت في بحث العدّ .

موضعياً : يبدو أن المعالجة التي دعيت « المعالجة صفر Zero – Therapy » وبقدر ما يتقبلها المريض ويعمل بها هي المعالجة المثلى . وتقوم هذه المعالجة على التوقف عن استعمال جميع المواد المخرشة وغسل الوجه بماء دافىء فقط ، وتجنب الصوابين والمنظفات ، وعدم استعمال المزوقات وخاصة الدهنية منها والرهيات المسائية والمرطبات أيضاً . وإذا ما كان في سوابق المريض معالجات ستيروئيدية ، فيجب إفهامه عند ذلك بأن أعراضه قد تسوء من جراء التوقف عن تطبيقها . هذا ويساعد التجفيف بالدهونات Lotions ، كما يفيد تطبيق كل من الكبريت وحمض الصفصاف بتركيزات خفيفة على شكل رهيات أو دهونات .

# الفصل التاسع والعشرون

# أدواء الغدد العرقية المفترزة

# Diseases of the Apocrine Sweat Glands

د . عبد الحكيم عبد المعطي

تنتمي الغدد العرقية المفترزة إلى الوحدات الشعرية الزهمية Hair – sebaceous gland units . تتوضع هذه الغدد في الإبطين ، وفوق القص ، وفي منطقة الحلمة ، وفي الناحية المحيطة بالسرة ، وعلى الرَّكَب ( جبل العانة ) Mons pubis ، وفي منطقة الشرجية التناسلية ؛ كما توجد على الرأس والجذع بأعداد قليلة أيضاً .

يزداد حجم الغدة العرقية المفترزة وتتضح وظيفتها في سن البلوغ بتأثير العوامل الهرمونية ، ولذا لا تشاهد الاضطرابات أو الأدواء في هذه الغدد إلا عند البالغين .

ويكون حجم الغدة العرقية المفترزة وكمية إفرازها أكبر عند الذكور منها عند الإناث ، كما تكون عند السود أكبر منها عند البيض .

تتألف الغدة العرقية المفترزة من الناحية التشريحية من جزء مُفرز ، وهو عبارة عن وشيعة Coil عريضة تتوضع في الأدمة السفلية ؛ ومن قناة مُفرغة تنفتح على قمع جريب الشعرة النهائية عند مستوى انفتاح قناة الغدة الزهمية . هذا ويحدث الإفراز بشكل رئيسي بالآلية المفترزة Apocrine ، غير أنه قد تحدث بعض الإفرازات الفارزة Merocrine أو المنفرزة Holocrine أيضاً . ( راجع الشكل ٢٩ – ١ ) .

لم تُفسر الآلية التي تتنبه بها الغدد العرقية المفترزة بشكل نهائي بعد ، ولكن من المعروف أنه يمكن كشف الألياف العصبية الإيجابية الكولينيستيراز ( إستراز الكولين ) Cholinesterase – Positive والمحملة بالكاتيكولامين Catecholamine حول الغدد العرقية المفترزة . كما أظهرت الدراسات التي أُجريت في الزجاج على الغدد العرقية المفترزة المعزولة أن التنبيه الكوليني الفعل Cholinergic stimulation هو الأكثر تأثيراً في هذه الغدد ، رغم أنه قد تنتج بعض النشاطات الإفرازية بالتنبيهات الأدرينالية الفعل – بيتا $\beta$ – Adrenergic stimuli وبصورة أقل بالتنبيهات الأدرينالية الفعل – ألفا $\alpha$ – Adrenergic stimuli .

ينتج عن تنبيه الغدد العرقية المفترزة كميات معتدلة من سائل لزج ، أبيض مُصفر ، غير شفاف . يكون هذا السائل عقيماً عديم الرائحة في الأصل ، ويحتوي على كميات وافرة من الشحميات Lipids ، وخصوصاً الكولستيرول Cholesterol ( ٧٥٪ ) ، وثلاثي الغليسيريد Triglycerides والحموض الدهنية ( ٢٠٪ ) ، بالإضافة إلى كميات قليلة من إسترات الكولستيرول ، وإسترات الشمع ، والسكوالين Squalene . كما يحتوي هذا العرق على مقادير ضئيلة من الستيرويدات الأندروجينية مثل دي هيدرو إبي أندروستيرون Dehydroepiandrosterone ، والأندروستيرون ؛ ويبدو أن المكورات الوتدية الشكل Coryneform cocci الموجودة على سطح الجلد تقوم على الأرجح بتحويل هذين المركبين إلى مركبات ذات رائحة كريهة جداً تكون مسؤولة عن الرائحة الحادة الوصفية لعرق الغدة المفترزة .

لم تُعرف وظيفة الغدد العرقية المفترزة عند الإنسان . وقد زاد لجوء الإنسان لاستعمال مزيلات الرائحة Deodorants بشكل واسع للتخلص من الرائحة الكريهة المُنفّرة لعرق الغدة المفترزة .

تلعب الغدد المفترزة ذات الرائحة دوراً هاماً في ضبط السلوك الجنسي عند الحيوانات ( الفيرومونات Pheromones ) ؛ فهي تفيد في تحديد التخوم الإقليمية Territorial marking ، والتسلسل Hierarchy ضمن المجتمعات الحيوانية .

## داء فوكس – فوردايس Fox – Fordyce Disease

[ Fox و Fordyce ١٩٠٢ ]

*المرادفات :* بقع فوكس – فوردايس ، الدخنية المفترزة ( Shelley و Levy ١٩٥٦ ) .

**تعريف** : جلاد مزمن ، يصيب عادة النساء الشابات ، ويتصف بظهور حطاطات حاكة في النواحي الغنية بالغدد العرقية المفترزة ، وخاصة في الإبطين ( راجع الشكل ٢٩ – ٢ ) .

**الحدوث** : نادر ؛ وتصاب النساء في حوالي ٩٠٪ من الحالات . يبدأ الداء بين عمري ٢٠ – ٤٠ سنة ، كما لوحظ حدوثه عند التوائم .

**الإمراض** : يُفترض تسمية هذا الداء بالدخنية المفترزة Apocrine miliaria . ويبدو أن الاضطرابات الهرمونية تؤدي إلى انسداد القناة المفرغة للغدة المفترزة وذلك في مكان دخولها عبر ظهارة الجريب ، ثم يتسرب الإفراز المُحتبس إلى النسيج الضام ، فينتج عن ذلك تفاعل التهابي من نمط تفاعل الجسم الأجنبي الذي يترافق بشخانة بشروية وحكة .

**الموجودات السريرية** : يبدأ الداء بشكل رئيسي في فترة البلوغ ، ويتراجع عفوياً بعد سن الخمسين ، كما لوحظ تراجعه العفوي أثناء الحمل . تُصاب النساء غالباً ، ويقتصر في توضعه على مناطق الغدد العرقية المفترزة : الإبطين ، والصدر ، والسرة ، وأعضاء التناسل ، ويتصف سريرياً بظهور حطاطات صغيرة ، مسطحة أو مخروطية ، قاسية ، تأخذ لون الجلد أو اللون الأبيض المُصفر . كما تكون أشعار الإبط هزيلة ، ويصبح العديد منها متكسراً . هذا وكثيراً ما يترافق داء فوكس – فورديايس باضطرابات في الحيض أو بعلامات التراجل Virilization .

**الأعراض** : يعاني المريض من حكة شديدة تأتي على شكل هجمات بين حين وآخر ، تُثار بالإرهاق الجسدي أو العقلي . أما علامات التخريش والتحزز فهي غائبة في هذا الداء .

**التشريح المرضي النسجي** : يتصف داء فوكس – فورديايس بانسداد القناة الـمُفرغة للغدة العرقية المفترزة بسدادة قراتينية ( قرنينية ) صغيرة وذلك في مكان دخولها ظهارة الجريب . كما يُبدي المقطع النسجي ارتشاحاً التهابياً لا نوعياً في البشرة المحيطة ، وسُفَاجاً ( وذمة بشروية ) ، وشُواكاً ثانوياً جريبياً وبشروياً ، وفرط تقرن . تكون الأجزاء المفرزةللغدة العرقية المفترزة ذات حجم طبيعي أو متوسعة قليلاً ، ومملوءة بمادة متجانسة إيجابية الباس PAS ، ومُحاطة برشاحة التهابية .

**السير** : يحدث الشفاء العفوي بعد الإياس .

**المعالجة** :

*جهازياً :* وُجِدَ أن المعالجة الهرمونية بمانعات الحمل ، وخصوصاً تلك المحتوية على مضادات الأندروجين كأسيتات السيبروتيرون Cyproterone acetate ، ذات قيمة في معالجة هذا الداء .

*موضعياً :* تُستعمل الرهيمات أو الدهون الستيرويدية لمعالجة الأعراض . كما يمكن استعمال التريتينوين Tretinoin ، أو مضادات التعرق المستعملة في علاج التعراق ( فرط التعرق ) الناتح . كما يمكن زرق المعلقات البلورية الممددة للستيرويدات القشرية السكرية داخل الآفات أيضاً .

**العد المقلوب Acne Inversa** :

صُنِّف هذا الداء سابقاً ضمن أدواء الغدد العرقية المفترزة ، لكنه يُصنف في الوقت الحاضر ضمن الأدواء الجريبية أو العدية . هذا وتحدث في العد المقلوب تبدلات من نمط التهاب الغدد العرقية المقيح ( راجع الفصل ٢٨ ) .

**الصُنَان Bromhidrosis** [ Strauss و Kligman ١٩٥٦ ] :

**تعريف** : رائحة نفاذة تنجم عن تفكك عرق الغدة المفترزة بواسطة الجراثيم ، وخاصة في الإبطين .

**الإمراض** : إن العرق الناتج عن الغدة العرقية المفترزة لا رائحة له في الأصل ، ولكنه سرعان ما يتفكك على سطح الجلد بواسطة المكورات الوتدية الشكل Coryneform cocci إلى مركبات ذات رائحة ، تسبب رائحة الإبط النفاذة الوصفية ؛ وعلى الأرجح فإن الجزء الستيرويدي لعرق الغدة المفترزة ( الأندروجينات ) هو الذي يشكل هذه المركبات ( الفيرومونات Pheromones ) . تُفكك المُكَيِّرات Micrococci والعنقوديات عرق الغدة الناتحة eccrine ، فتنشأ رائحة حمضية لا وصفية فقط .

ليس ضرورياً أن يترافق الصُنَان الصريح بفرط وظيفة الغدة العرقية الناتحة . وعلى العكس تماماً لا يترافق التعرق الناتح الغزير بمظاهر ذات رائحة ، وربما يعود ذلك إلى تأثيره الماذق ( المُخفف ) . ومن جهة أخرى يدل الشعر الإبطي الغزير المنتشر على وجود أعداد كبيرة من الغدد العرقية المفترزة الكبيرة الحجم .

**الموجودات السريرية** : تتجلى بظهور رائحة مميزة عند نضج الغدد العرقية المفترزة وظيفياً في سن البلوغ .

**السير** : يزول الصُنَان في الأعمار المتقدمة بسبب تراجع الغدد العرقية المفترزة . يؤدي سوء العناية الصحية إلى زيادة حدوث الصُنَان الذي يترافق كثيراً في هذه الحالة بالوَذَح Erythrasma .

**المعالجة** : تكون المعالجة موضعية فقط ؛ فتغسل المنطقة المصابة عدة مرات في اليوم بالماء والصابون المُزيل للرائحة ، أو بأحد المنظفات . كما تُبدل الثياب يومياً . تُستعمل مُزيلات الرائحة المضادة للجراثيم والمحتوية على الهكساكلوروفين Hexachlorophene ، أو غيره من الساليسيلانيليدات المهلجنة Halogenated salicylanilides ، وهي مواد تدخل في تركيب أنواع الصابون المزيلة للرائحة أيضاً . يتصف محلول هكساهيدرات كلوريد الألمنيوم Aluminum chloride hexahydrate بفعالية كبيرة في هذه الحالة ، ومن المعروف أن هذا المحلول يدخل أيضاً في تركيب مضادات التعرق المستعملة في علاج التعراق ( فرط التعرق ) الناتح . كما يمكن إخفاء الرائحة الإبطية المنفرة باستعمال العطور ، والكثير منها يدخل في تركيب مختلف أنواع الصابون أو مزيلات الرائحة . وأخيراً يعد حلق الشعر الإبطي من الإجراءات الصحية العملية .

**تلون التعرق Chromhidrosis** [ Younge ١٧٠٩ ] :

*المرادف :* العرق الملون Colored sweat .

يحدث التعرق الملون في مناطق جلدية محددة فقط . يمكن أن يتـلون العرق باللون الأصفر ، أو الأزرق ، أو الأخضر ، أو الأسـود . أمـا فيما يتعـلق باللون الأحمر ، والذي ينجـم عن اختلاط العرق بالدم ( التعرق الدموي Hemidrosis ) ، فإن علاقتـه بالاضطرابات الحيضيـة غير مؤكدة . قد تحدث عند المضيفات الجويات أعراض شبيهة بالتعرق الدموي ، وقد عُزي ذلك إلى التـلوث بـالمـلونـات المتـألقـة ( الفـوسـفـوريـة ) Fluorescent dyes كتلك المستعملة في ترقيم وتعليم صدّارات النجاة . وكثيراً ما يمتزج العرق الإبطي بأصبغة خارجية المنشأ ، ويحدث ذلك على سبيـل المثال في الفطار الشعري الاحمراري للإبط Trichomycosis palmellina of the axilla ، حيث تُنتج الجراثيم في هذا الداء أصبغةً حمراء اللون بما فيها البرفيرينات المحمرة Porphyrins .

قد يحدث التعرق الملون على الوجه عند النسـاء الشـابات بسبب وجود الغدد العرقية المفترزة الزائغة Aberrant ، علماً بأنه يُشاهد في مناطق الغدد العرقية المفترزة الأخرى أيضاً ، ويلي هذا النوع من التعرق الملون التنبيهات النفسية المنشأ ، ويتصف بظهور قطيرات صغيرة داكنة في الفوهات الجريبية . ويبدو أن هذا اللون ينجم عن صباغ مُفْتَرز من صنف الفوسين الشحمي ( الليبوفوسين Lipofuscin ) ، وعن نواتج تفككه الداكنة .

# الفصل الثلاثون

# أمراض الغدد العرقية الناتحة

# Diseases of Eccrine Sweat Glands

د . صالح داود

تعد الغدد العرقية الناتحة غدد مستقلة ملحقة بالبشرة ، ولا توجد لها علاقة بالوحدة الزهمية – الشعرية ، على عكس الغدد العرقية المفترزة . تنتشر الغدد العرقية الناتحة في كل أنحاء الجلد ، وهي كثيرة العدد في الأخمصين والراحتين والجبهة ، ويقدر عدد هذه الغدد بحوالي اثنين إلى ثلاثة ملايين غدة .

تتصف تشريحياً ، ( راجع الفصل ٢٩ الشكل ١ ) ، بتشكلها من غدد ملتفة ( القسم المفرز ) تشبه كرة الصوف ، وتقع في الأدمة العميقة على حدود النسيج الشحمي تحت الجلد . تتصل بقناة أدمية وتنتهي بقناة في داخل البشرة قنيوية النهاية Acrosyringium (Pinkus 1939) ، وهي ذات شكل لولبي . يشبه مفتاح القارورة ( ثلاث لفات نحو اليمين عادة ) ، وهناك أيضاً لفات أضيق في الطبقة المتقرنة . تنفتح القناة على الجلد بفتحة فلعية Slit – type غير مرئية على سطح الجلد . وترى مسامات الغدد العرقية المدورة بالعين المجردة في الأخمصين والراحتين فقط يتم تعصيب هذه الغدد بالألياف الودية ما بعد العقد .

والمادة الوسيطة للأعصاب حول العنبات هي الأستيل كولين والأستيل كولين استراز ويمكن إظهارها في العصب حول الغدد .

والعرق المفرز من الغدد العرقية الناتحة سائل مائي عديم اللون ، يتكون بشكل رئيسي من الصوديوم ، والبوتاسيوم ، والكلسيوم ، والمغنيزيوم والكلور مع مكونات أخرى هي اللاكتات ، والبولة وقليل من الحموض الأمينية والحموض العضوية والبروستاغلاندينات والفيتامينات . ويتم إفراز الأدوية أيضاً في العرق ومنها الغريزيوفولفين . وبالرغم من ذلك ، لا يمكن للغدد العرقية أن تعوض عن عمل الكلية حتى ولو جزئياً .

إن أهم وظيفة لهذه الغدد هي تنظيم الحرارة . وتلاحظ أهمية هذه الوظيفة في حالات انعدام الغدد العرقية الخلقي أو في حال اضطراب وظيفتها بشكل مكتسب ، ويعرف ذلك باللا عرقية Anhidrosis ، ويحدث عند هؤلاء المرضى ارتفاع حرارة ، في الصيف أو عند القيام بالتمارين المجهدة ، وذلك لانعدام العرق وبالتالي لانعدام التبخر وتبريد سطح الجلد عن طريق الغدد الناتحة . وإضافة إلى التحريض الحراري ، تستجيب الغدد العرقية الناتحة في الراحتين والأخمصين والإبطين للمحرضات الانفعالية . ويصل إنتاج العرق تحت تأثير التحريض الحراري الأعظمي حتى ٣ ليتر/ساعة .

**فرط التعرق Hyperhidrosis :**

**التعريف** : يمكن أن يكون فرط وظيفة الغدد العرقية الناتحة المعمم أو الموضع ، عرضياً في أمراض الغدد الصم أو أمراض عصبية أو يمكن أن يكون خلقياً . وقد يحدث فرط التعرق الفيزيولوجي خلال التأقلم مع البيئة الاستوائية الحارة وكذلك خلال سن اليأس . ويفيد أيضاً في تنظيم الحرارة أثناء التمارين العضلية المجهدة وفي البدانة أو عند ارتفاع حرارة المحيط الخارجي . ومن الحالات النادرة جداً هي وحمة الغدد العرقية الناتحة ( إما وحمة الغدد العرقية الوظيفية أو فرط تنسج الغدد العرقية الناتحة وضخامتها ) حيث نجد زيادة إفراز العرق في أجزاء محددة من الجسم .

**فرط التعرق العرضي Symptomatic Hyperhidrosis :**

يحدث فرط التعرق العرضي بشكل رئيسي في بعض أمراض الغدد الصم المترافقة بفرط فعالية في النخامى أو الغدة الدرقية ، وفي السكري ، وفي الحالات التي يحدث فيها زيادة إنتاج الكاتيكولامين كما في الصدمة ، نقص سكر الدم وورم القواتم . ويحدث فرط التعرق العرضي أيضاً في أمراض عصبية تؤدي إلى أذية الطريق الودي ومثالها الضلع الرقبية ، ومتلازمة نفق الرسغ وأذيات الحبل الشوكي ( التابس الظهري ، فالج شقي ، تكهف النخاع ) . هذا ويمكن لفرط التعرق أن يكون وحيد الجانب أو بقعياً .

**فرط التعرق الحقيقي Genuine Hyperhidrosis :**

*المرادفات :* فرط التعرق الانفعالي .

**التعريف** : فرط تعرق بنيوي في الغدد العرقية الناتحة في أجزاء معينة من الجلد وبخاصة بعد تحريض انفعالي .

**الإمراض** : يحدث بسبب توتر انفعالي ناجم عن الألم ، أو الغضب ، أو الرعب أو الخوف . ويزيد النيكوتين والكافئين من إفراز العرق ، لأنهما يزيدان من نشاط العقد الودية .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن يحدث فرط التعرق الحقيقي في الطفولة ، ويغلب حدوثه بشكل خاص عند البلوغ ويتناقص مع تقدم العمر . والمناطق التي تتعرق هي الإبطان ، والراحتان ، والأخمصان وأحياناً الوجه ( ذروة الأنف ) ، والعنق ، والقص ، والظهر ، ومنطقة ما حول الشرج . ويحدث التعطين أحياناً نتيجة التعرق الزائد في المناطق المذحية ، وقد يؤدي إلى التهابات جلد ثانوية ( مذح ، تقيح جلد ، فطارات ) .

يكون المصابون بفرط التعرق الحقيقي واهني القوى عادة ، ويبدون علامات فرط حساسية ودية مثل الوضح الكاذب PseudoLeukoderma بتشنج الأوعية أو زراق النهايات .

*فرط التعرق الإبطي* ***Hyperhidrosis Axillaris*** : يحدث فرط تعرق شديد في الغدد العرقية الناتحة الذي يحرش بالكرب النفسي ، ولكن قد يحدث أثناء الراحة النفسية . ويصبح الإبطان رطبين بسبب العرق ، ويتجه جريان العرق نحو الأسفل ، ويبلل ثياب المريض في تلك الناحية . يخرب العرق الثياب بتلوينها بسبب الأملاح المترسبة منه على هذه الثياب . ويزداد قطر المساحة من الثياب الملوثة بقدر شدة التعرق . وقد يؤدي استعمال مضادات التعرق إلى تفاعلات جلدية أرجية أو سمية تراكمية . وفي فرط التعرق الإبطي الناتح ، تلعب الرائحة غير المستحبة دوراً هاماً ، لأن المواد التي تحمل هذه الرائحة غير مستحبة وتفرزها الغدد العرقية المفترزة تنطلق بعيداً بواسطة المفرزات المائية التي تفرزها الغدد العرقية الناتحة . ولهذا ، فإن مرضى المصابون بفرط الإفراز العرقي الإبطي عادة ما يغسلون الناحية بشكل متكرر .

*فرط التعرق اليدوي* ***H. Manuum*** : التعرق الراحي بدئي وتكون الراحتان فيه حمراوتين إلا في حالات زراق النهايات أو انخفاض الحرارة . ونجد في فرط التعرق اليدوي الشديد قطرات العرق في راحتي اليدين وجانبي الأصابع ، ويمكن أن يمتد فرط التعرق إلى الوجه الظهري للأصابع ومن المناطق القاصية إلى المناطق الدانية . وينقط العرق من اليدين في الحالات الشديدة ، وتصبح الكتابة على المصاب صعبة بسبب ابتلال الورق ، وتصدأ المعادن القابلة للصدأ بسبب تبللها بالماء وتأكسدها بين يدي المصاب بفرط التعرق . ولذلك قد يفقد المصابون بفرط التعرق أعمالهم في بعض الحالات لهذا السبب ( ويطلق على هؤلاء المرضى اسم المصدئين Rusters ) . يصيب فرط التعرق اليدوي الفتيات أكثر من الفتيان . وتزيد بعض المهن فرط التعرق هذا بسبب الحاجة إلى حركة اليدين الزائدة كما في مهنة الحلاقين . ( راجع الشكل ٣٠ – ١ ) .

*فرط التعرق القدمي* ***H. Pedum*** : يشبه فرط التعرق الأخمصي فرط التعرق الراحي كثيراً في فعاليته . ويزيد عليه تأثره بانتعال الأحذية المغلقة ، حيث يقل التبخر ويحدث التعطن . ويأخذ جلد أصابع القدمين لوناً مزرقاً ( زرقة القدمين ) وتنتفخ الطبقة المتقرنة وتصبح بيضاء أو صفراء بسبب التعطين Maceration . ثم يتشكل فرط تقرن مثلم Keratoma Sulcatum ( انحلال الطبقة المتقرنة المنقط ) وتلعب الجراثيم الوتدية Coryneform Bacteria دوراً مهماً في حل الطبقة المتقرنة المتعطنة في الأخمصين ، مما يخل بوظيفة هذه الطبقة . وتنبعث رائحة غير مرغوبة من القدمين وتختزن في الجورب والحذاء . ( راجع الشكل ٣٠ – ٢ ) . وتؤدي إلى الصُّنان Bromohidrosis . هذا ويساعد فرط تعرق القدمين على حدوث سعفة القدمين وحدوث الأخماج بالجراثيم سلبية الغرام .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن فرط التعرق لدى الأشخاص البدينين بعد التمارين الرياضية أو بذل الجهد في سياق ارتفاع حرارة المحيط .

**المعالجة** : يمكن تطبيق المعالجات التالية على مناطق الجلد المختلفة حيث توجد الغدد الناتحة :

- قطع العصب الودي المعصب للمنطقة ( قطع الودي ) .
- الحاصرات الدوائية للنواقل العصبية الغدية ( الأدوية مضادة الفعل الكوليني ) .
- استئصال الغدد العرقية ( استئصال الغدد العرقية الإبطية ) .
- الإحصار الآلي لأقنية الغدد العرقية وعلى المستويات المختلفة ( أملاح معدنية ، الألدهيدات والحموض ) .
- إزالة العرق عن الجلد بالغسيل أو بامتصاصه ( بالماء والمنظفات ، والمساحيق ، والقطن والمنسوجات الصوفية ) .

*المعالجة الجهازية* : لا توجد حتى الآن أدوية تثبط فرط العرق في الغدد العرقية دون تأثيرات جانبية . وقد أدرجت الأدوية المستعملة حالياً في الجدول ٣٠ – ١ .

*المعالجة الموضعية* : الاستحمام المتكرر وينصح بارتداء الألبسة الفضفاضة الواسعة التي لا تمنع تبخر العرق ، كما ينصح بتكرار غسلها وتغييرها ، ويفضل أن تكون مصنوعة من القطن أو الصوف . وتفضل الأحذية الجلدية على المطاطية في فرط التعرق الأخمصي .

تهدف المعالجة الموضعية إلى ما يلي :

- امتصاص الرطوبة بالمساحيق المناسبة في فرط تعرق الإبط والقدم .
- إزالة الرائحة الحمضية لفرط التعرق أو تخفيفها بلبس الألبسة القطنية أو الصوفية ، أو وضع العطور والمساحيق .
- تطبيق الأدوية المضادة للتعرق التي تؤدي إلى انسداد الأقنية العرقية .

وتتبع الإجراءات التالية :

*الحموض* : ( حمض الخل ثلاثي الكلور، حمض التنيك Tannic Acid ) وتؤدي إلى إحصار مؤقت في الأقنية العرقية الانتهائية .

*الألدهيدات :* ( فورمالدهيد ، غلوتار ألدهيد ) وتؤثر على القرنين في الخلايا القرنية السطحية وبالتالي تؤدي إلى انسداد المسامات . ومن مساوئها أن تأثيرها لا يدوم طويلاً بالإضافة إلى خطورة حدوث تحسيس أرجي تماسي .

*الأملاح المعدنية :* ( أملاح الألمنيوم ، زركونيوم ، غاليوم Gallium ، فانديوم ) وهي فعالة عندما تطبق بتراكيز عالية نسبياً . وترتكز آلية تأثيرها إلى أذية سمية في الخلايا البشروية في نهاية القناة الغدية ، بالإضافة إلى تشكل معقدات بين عديدة السكاريد المخاطية في الجليدة والشوارد المعدنية التي تكون بمثابة سدادة كثيفة ضمن القسم النهائي من القناة الغدية . وتستمر هذه التأثيرات لعدة أيام أو أسابيع ، ولا يلاحظ عادة تحسيس بالتماس ، ولكن قد يحدث أحياناً تخريش سمي ، ويبدو أنه من الضروري نفوذ هذه الأملاح المعدنية عميقاً داخل القناة الانتهائية ، ويجب تطبيق هذه المعالجات أثناء الفعالية الدنيا للغدد ، أي أثناء الليل ولعدة ساعات . ومن المستحضرات ذات الفائدة الكبيرة المحلول المائي لأملاح الألمنيوم هكساهيدروكلوريد ١٠ – ٢٥٪ في سواغ ميتيل السللوز ويوضع في زجاجة ملفوفة .

**الجدول ٣٠ – ١ : الأدوية الجهازية المستعملة في معالجة فرط التعرق**

| | |
|---|---|
| ميتيل نترات الأتروبين | ميبروبرومات |
| طرطرات دي هدروارغوتين | يوهمبين |
| حمض أجاريسيك Agaricic | خلاصة الساج Sage |
| قلوانيات البلادونا | كافور |
| طرطرات الأرغوتين | بانتوتينات الكالسيوم |
| فينوباربيتال | لاكتات الكالسيوم |
| أموروباربيتال | |

*الرحلان الشاردي Iontophoresis :* وهو العلاج الأمثل والأكثر فائدة في معالجة فرط التعرق الراحي الأخمصي .

*الأدوية مضادة الفعل الكوليني Anticholinergic :* وتضم أملاح الأتروبين ومشتقاته ، وأملاح السكوبولامين وأسترات السكوبولامين ( البروبانتيلين برومايد ، سولفات ميتيل بولذين ، غليكوبيرونيوم برومايد وهكسوبيرونيوم برومايد ) ، ومواد تركيبية أخرى . وتطبق هذه المواد على الجلد تحت ضماد كتيم أو بالرحلان الشاردي . تثبط هذه المواد التعرق ، ويبقى تأثيرها مستمراً لساعات أو أيام . ولهذه الأدوية تأثيرات جانبية نتيجة امتصاصها الجهازي ( توسع الحدقة ، جفاف الفم ، تسرع القلب ) ، وهذا يحد من استعمالها . ومن مضادات استطباب هذه الطريقة ، الزرق ، واضطرابات التبول . وتوجد مستحضرات تضم هيدروكسي كلورايد الألمنيوم ومادة بروبانتيلين برومايد . هذا ويمكن إعطاء مضادات الكولين عن طريق الفم . وغالباً مع المسكنات والمهدئات غير أن هذا الشكل من المعالجات غير مجدٍ كثيراً لأنه يؤدي إلى تركيز عرقي . دون تثبيطه لفترة كافية .

*الإحصار الودي Sympathetic Blockade :* ويتم هذا الإحصار بقطع العصب الودي الرقبي أو بحقن الكحوليات في منطقة هذا العصب ويتم العمل الجراحي هذا على أيدي عدد قليل من الجراحين في الوقت الحاضر . وهذا الإجراء يفيد في فرط التعرق اليدوي . وإذا تم معالجة كلا الطرفين العلوي والسفلي عند المريض ، يمكن أن يختل التنظيم الحراري عنده ، ويمكن أن يحدث فرط تعرق عرضي في مناطق معينة من الجذع .

*الاستئصال الجراحي للغدد العرقية في منطقة الإبط (Skoog and Thyresson 1962) :* تزال منطقة الغدد العرقية الإبطية جراحياً بعد إجراء اختبار Minor ( تطبيق اليود لكشف النشا الغدي ١٩٢٨ ) . وتوصف لهذه الغاية طرق جراحية عديدة . ونتائجها جيدة بوجه عام .

**توصيات علاجية خاصة : .**

*فرط التعرق الإبطي :*

- التصحح Hygiene الإبطي ، تستعمل المنظفات أو الصوابين المزيلة للروائح .
- يوصى المريض بلبس الألبسة الفضفاضة التي تسمح بجريان الهواء لإزالة الرطوبة ، ولا تستعمل الألبسة ذات الخيوط التركيبية .
- تطبيق مثبطات العرق الموضعية المضادة للفعل الكوليني كأملاح الألمنيوم ومركبات الفورمالين . ويحوي العديد من المستحضرات مركبات عديدة منها . وبدافع من خبرتنا ( الكلام للمؤلفين ) فإننا نوصي ، بشكل خاص ، بأملاح هيكساهيدرات الألمنيوم ١٠ – ٢٥٪ وتطبق أثناء الليل . وهي مادة فعالة وتفيد أيضاً في إزالة الروائح بتحديدها نمو الجراثيم المسؤولة عن حدوث الرائحة .

تبقى الطرق الجراحية المحافظة في النهاية غير فعالة .

*فرط التعرق اليدوي Hyperhidrosis Manuum :*

- تطبيق مضادات التعرق كما هو الحال في فرط التعرق الإبطي . وقد يصل تركيز هيكساهيدرات كلورايد الألمنيوم حتى ٣٠٪ .

- استعمــال الرحـلان الشـاردي Ionotophoresis بالمـاء (Levit 1968) ودون إضـافة مضـادات الفعل الكوليني وتوجد لهذه الغاية أجهزة آمنة للاستعمال المنزلي .
- إحداث إحصار ودي مؤقت بحقن مبنجات حول العقدة الودية الرقبية ، أو إحداث إحصار دائم باستئصالها .
- إجراءات عامة مثل الأدوية المركنة التي تحتوي أيضاً على مضادات الفعل الكوليني ، غير أن تأثيرها قليل . ويوصى بالتدريب على التكون الذاتي Autogenic .

*فرط التعرق القدمي :*

- غسيل القدمين يومياً وبحسب الحاجة بمنظف أو بصـابون مزيـل للرائحـة أو حفظ صحـة القدمين بعنـاية : تغيير الجوارب يومياً ، ويجب أن تكون من القطن أو الصوف ، استعمال أحذية مفتوحة مصنوعة من الجلد . ويجب تهوية الأحذية بشكل جيد .
- ترش القدمين بالمساحيق أو مزيلات الروائح .
- استعمال مضادات تعرق كما في فرط التعرق اليدوي .
- استعمـال المـواد القـابضـة ، الألدهيدات ( فورمالدهيد كلوتارألدهيد ) والحموض ( حمض الخل ثلاثي الكـلور ، حمض التنيك ) وهي مفيـدة جزئيـاً . ويجب أن نـلحظ إمكانية حدوث التهاب جلد بالتماس نحو الألدهيدات .
- الرحـلان الشــادي Iontophoresis كما في فرط التعرق اليدوي الراحي . وتعتـبر الطريقـة المفضـلة حسبما نعتقد ( الكلام للمؤلفين ) ، هي طريقة آمنة .

**فرط التعرق الذوقي Gustatory Hyperhidrosis :**

يمكن أن يحدث تعرق في الوجه ( وخاصة في ذروة الأنف والمنخرين أو على الجبهـة ) ، وذلك بعد تناول بعض أنواع الطعام ( التوابل أو الأطعمة الحامضـة ) . وإن هذا النمط من فرط التعرق هو تفاعل طبيعي ، ولكن قد تكون تالية لآفات عصبيـة محيطيـة أو مركزية ، وقد تكون موضعـة في جانب واحد .

**المتـلازمـة الأذنيـة الصـدغيـة Auriculotemporal Syndrome [ Frey 1923 ] :**

وهي شكــل خاص من فرط التعرق الذوقي وذلك بعد التهاب أو تداخل جراحي على منطقة الغدد النكفية . ويحدث نتيجـة لذلك حلقـة صغيرة من الأليـاف العصبية الودية التي تعصب الغدة اللعـابيـة في الحالة الطبيعيـة ( العصب الصدغي الأذني ) . والتي ترتبط بالألياف المحركة المعرقة في الغدد العرقية الناتحة . وحالما يفرز اللعاب ، يتعرق المريض في مناطق محددة من الخدين . والمعـالجة النـاجعـة هي تطبيق ١٥ - ٢٠٪ من محلول هكســاهدرات كلورايد الألمنيوم . ( راجع الشكـل ٣٠ - ٣ ) .

**حبـــاب الأنف الأحمــر Granulosis Rubra Nasi [ Jadassohn 1901 ] :**

يرى تورين Touraine أن هذا المرض الجلدي النادر يورث بصفة سائدة غير نظامية . يحدث في الطفولة ويزول في البلوغ . يلاحظ فيه قطيرات العرق مع وجود حويصـلات ذات لون أحمر شاحب إلى قاتم وقد تلاحظ بثرات أيضاً . يصبح كامل الأنف أحمر مزرقاً . ويمكن أن يترافق الداء مع زراق النهايات ( الأطراف ) Acrocyanosis . ( راجع الشكل ٣٠ - ٤ ) .

**الإمراض :** غير واضح .

**المعالجة :** غير ضرورية لأن الحالة تزول عند البلوغ . وإلا يمكن تطبيق دهونات مجففة .

**خلل التعرق Dyshidrosis [ Fox 1873 ] :**

يترافق هذا المرض المتعدد الإمراضية ، بفرط تعرق يدوي وقدمي وينظر إليه على أنه اضطراب وظيفي في عمـل الغدد العرقية الناتحة . ويتم تصنيف خلل التعرق حالياً ضمن أمراض الإكزيمة والتهابات الجلد .

**التعريف :** يتصف بطفوح حويصـلية مخرشـة ، ويميل المرض للنكس في اليدين والقدمين ، ويرتبط غالباً مع فرط التعرق .

**الإمراض :** لم يُحدد إمراض خلل التعرق بشكل نهائي بعد . والافتراض الذي كان في السابق والذي يرى أن خلل التعرق ما هو إلا احتباس العرق بما يشبه الدخنية الحمراء ، هذا الافتراض ثبت أنه ليس صحيحاً حيث أشارت الدراسات النسجية إلى وجود التهـاب جلد سفـاجي في المنـاطق الغنية بالغدد العرقية يترافق مع طبقة متقرنة سميكة .

*تفاعل أساسي أو حقيقي :* غالباً ما يشاهد خلل التعرق مترافقاً مع التهاب الجلد التأتبي أو بتظاهرات تأتبية أخرى .

*تفـاعل مفرط الأرجية :* يحدث خلل تعرق اليدين كظاهرة طفحيـة id ، أي الطفحـة الفطرية ، عندما تحدث سـورة في فطـارة القـدم وذلك بسبب امتصـاص كميـات كبـيرة من مستـضـدات الفطـور . هذا ولا تكشف الفطـور في آفـات اليـدين ، وتتراجع الآفة بعد معـالجة السعفـة القدميـة معـالجة نـاجعــة . وتحدث الطفحـة الفطرية عند المصــابين بالأخماج الفطرية أو بعد حقن التريكوفيتين .

*تفاعل أرجي دوائي* : قد ينجم خلل التعرق أو يثار بتناول بعض الأدوية كما في البنسلين أو الأريترومايسين ، وكذلك قد ينجم عن الأغذية ( كما في النيكل أو حمض باراأمينوبنزويك ) في الأشخاص المتحسسين .

**الموجودات السريرية** : عادة ما يصاب الأشخاص ما بين العشرين والأربعين من العمر ، وقد يصيب الأطفال . يتظاهر باندفاعات حويصلية متناظرة سطحية أو عميقة وبأحجام مختلفة فيها سائل رائق ، تتوضع على جلد طبيعي . وتتوضع هذه الحويصلات على الوجه الراحي لليدين والأخمصين وخاصة على القوس الأخمصية ، والأماكن المفضلة في اليدين هي في جوانب الأصابع الثالثة إلى الخامسة . ( راجع الشكل ٣٠ – ٥ ) . تكون الحويصلات في البداية غير مجسوسة ، وقد تأخذ منظر بيض السمك وبذا يمكن جسها في الجلد . يحدث خلل التعرق بشكل هجمات مفاجئة وخاصة عند المرضى الذين يتعرقون بغزارة نتيجة محرضات انفعالية أو كاستجابة لارتفاع الحرارة ، ولهذا السبب تكثر مشاهدة خلل التعرق في الأشهر الدافئة .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن التهاب جلد سفاجي وحويصلات ضمن البشرة ، وأحياناً في نهايات الأقنية العرقية . تشاهد رشاحة لمفاوية حول الأوعية في الأدمة الحليمية والأدمة الشبكية مع نزٍّ مصلي وتسرب خلوي .

**الأعراض** : حكة مع حويصلات متوترة في اليدين والقدمين .

**السير** : يمكن لخلل التعرق أن يكون خفيفاً أو شديداً حيث تتشكل حويصلات كبيرة أو بالونية . ويمكن لها أن تختلط بخمج ثانوي جرثومي أو فطري أو تأكزم ثانوياً .

### داء الفقعان في اليدين وداء الفقعان في القدمين Cheiropompholyx and Podopompholyx : [ Hutchinson ]

يشير داء الفقعان في اليدين إلى طفح شديد على اليدين ، وداء الفقعان في القدمين مشابه له في القدمين ، حيث يُغطى الوجهان الراحي والأخمصي وجوانب الأصابع بحويصلات متوترة وفقاعات منتفخة تصل أقطارها حتى ١٠ ملم . وقد تصاب بالاختلاطات الثلاثة التالية :

*الخمج الجرثومي الثانوي* : حيث يصبح محتوى الفقاعات قيحياً وتحدث تفاعلات التهابية ، وقد تتوذم اليدان و/أو القدمان ويتشكل التهاب أوعية لمفية ، والتهاب عقد لمفية مؤلمة وبالتالي خطر إنتان دم .

*الخمج الفطري الثانوي* : يمكن لهجمات خلل التعرق أن تختلط بالفطور الجلدية أو بالفطور عموماً من خلال التأكلات أو الجلد المتعطن . ويكون سيره أقل شدة من الخمج الجرثومي .

*التأكزم وأكزيمة خلل التعرق* : تصبح التآكلات الشافية التالية للحويصلات قابلة للتحسيس بالتماس . وفي التوضع النموذجي ، يتلو اندفاع خلل التعرق حدوث إكزيمة خلل تعرق أرجية . ويمكن هنا أيضاً أن تختلط بالخمج الجرثومي والفطري .

### خلل التعرق الصفاحي الجاف Dyshidrosis Lamellosa Sicca :

*المرادفات* : التقشر الراحي الباحي areata .

ويتظاهر بحويصلات صغيرة لا يلاحظها المريض ، تجف حالاً ، ويظهر مكانها وسوف طوقية صفاحية على جانبي الأصابع وراحتي اليدين . ( راجع الشكل ٣٠ – ٦ ) . ويجب أن نلحظ السعفة اليدوية في التشخيص التفريقي .

**التشخيص التفريقي لخلل التعرق** : يدخل التهاب الجلد بالتماس في التشخيص التفريقي مع خلل التعرق ، والذي يأخذ شكل خلل التعرق ، تظهر الحويصلات في هذا الخلل على قاعدة حمامية ، وتلاحظ الأعراض عادة على أسفل الساعد والساقين . تظهر السعفة القدمية الشبيهة بخلل التعرق على قوس أخمص القدم ويكون تحري الفطور إيجابياً .

**معالجة خلل التعرق الجاف** : تطبق المعالجات الموضعية والجهازية .

*المعالجة الجهازية* : يحدث تراجع سريع في اندفاع خلل التعرق عندما تعطى الستيروئيدات عن طريق الفم لمدة تتراوح من عدة أيام إلى أسبوعين . ونبدأ عادة بمقدار ٣٠ – ٦٠ ملغ/يومياً من البريدنيزولون . والنكس شائع . ويمكن إعطاء النيكوتيناميد بمقدار ٣٠٠ ملغ/يومياً ( ٣ × ١٠٠ ملغ ) وحمض الفوليك ( ٣ × ٥ ملغ/يومياً ) ، غير أن نتائج هذه المعالجات لم تختبر بشكل نهائي . تعطى المستحضرات المركبة والتي تحتوي البلادونا ، والأرغوتامين ، والفينوباربيتال والتي تملك خصائص مركنة . كما تعطى الأدوية المجففة المضادة للعرق والتي تم تجربتها وبنتائج متباينة . أما في حالات اختلاطها بخمج جرثومي ثانوي ، فينصح بالراحة بالسرير وإعطاء الصادات الحيوية المناسبة عن طريق الفم وبإجراء اختبارات التحسس الجرثومي للصادات ، وتطبق الرفادات الرطبة المطهرة . ويعالج الخمج الفطري معالجة الفطارات ، بينما تعالج إكزيمة خلل التعرق كما تعالج الإكزيمة .

*المعالجة الموضعية* : تطبق المواد المجففة لخلل التعرق البدئي ( معجون أو أصبغة مجففة مع دهون الزنك الكحولي ومضادات تعرق ) وتطبق الستيروئيدات على شكل دهونات أو رهيات وربما بتقنية الشطيرة Sandwich مع دهون الزنك . وإذا استمر ظهور الحويصلات ، تطبق الرفادات الرطبة المبللة

ـمصـل الفـيزيولوجي أو المحاليـل المطهـرة من مركبـات Quinolinol أو Poly Vidone – Iodine ونستمر بتطبيقها حتى تتفهرن التآكلات ، وبعد ذلك تطبق الرهيات أو المعاجين ـضرية مع المطهرات مثال كليوكوينول Clioquinol ٠,٥٪ في معجون الزنك الطري .

**نقص التعرق Hypohidrosis :**

يقـل إفراغ العرق بالنسبة إلى الحد الطبيعي في الحالات ـتـية :

- أمراض الغدد الصماوية ( داء أديسـون ، الوذمة المخاطيـة ، الدنف ، البـوالة التفهـة Diabets Insipidus ) وقصـور الكلية .
- الآفات العصبيـة المحيطيـة أو المركزية ( متلازمة ADie ، متـلازمـة هورنر ، التصـلب العديد ، إصـابات الحبـل الشوكي ، التهاب الأعصاب العديد بسبب الكحولية أو السكري والجذام ) .
- الإصـابات الميكـانيكـة للأقنيـة العرقية وذلك بالجلادات الالتهابية ( صداف ، النخالية الحمراء الشعرية ، الفقاع ، الأحمريات بأسباب مختلفة ، التهاب الجلد التأبتي ، السعفة اليـدويـة والقدميـة ، الدخنيـة ، والوهن المداري العرقي ، وخاصة عند البيض بعد الدخنية ) .
- الجلادات الوراثية ( أدواء الأسماك ) .
- الأدوية ( الكينـاكرين وذلك لتـأثيرها المباشر على عنيبات الغدد ) .
- التجفاف ( الإسهال ، الصيام ،القياء ) .

**اللا عرقية Anhidrosis :**

يشير هذا المصطلح إلى نقص كبير في إفراز الغدد العرقية كما في خلل تنسج الوريقة الظاهرة .

**اللا عـرقيـة مع نقـص الأشـعـار Anhidrosis Hypotrichotica [ كريست Christ 1913 ] :**

*المرادفات :* خلل التنسج المتعدد الأديمي الظاهري ، خلل تنسج الأديم الظاهر اللا معرق .

يورث المرض بصبغي صاغر مرتبط بالجنس ، حيث يوجد نقص في الغدد العرقية الناتحة . كما تنقص أيضاً الغدد العرقية المفترزة والغدد المخاطية في منطقة المجرى الأنفي البلعومي ونتيجة لذلك ، يحدث التهاب ملتحمة ، والتهاب بلعوم والتهاب أنف جاف ( نتن الأنف Ozena ) . ويلاحظ أيضـاً نقص أشعار وشذوذات سنية ( نقص الأسنان أو انعدامها ) . ويفقد الجلد وظيفـة التنظيم الحروري بسب غياب إفراز العرق . ولهذا لا يحتمـل المريض الحر بشكـل كبير ، ويصعب عليه العمل في أجواء الصيف الحارة فيصاب بالحمى ، وتسرع القلب ، وميل للإصابة بوهط دوراني ، ومن العلامات المرافقة القحف المربع مع جبهـة أولمبيـة ، وتباعد العينين Hypertelorism ، وأنف سرجي ، وأذان منتصبة Satyr Ears وتبارز الذقن والشفتين ، واضـطـرابـات في الجمـلة العصبيـة . ويكون الجلد متوسفاً والوسـوف سماكيـة رقيقـة وجافة . ويصـاب الوجه بتوسع الشعيرات .

**التشخيص التفريقي** : خلل تصنع الأديم الظـاهر العرضي ، الشياخ ، تبكل الجلد الخلقي .

**المعالجة** : عرضية فقط تنظيم الحرارة والعناية بالجلد .

**الدخنيات Miliaria :**

*المرادفات :* الحرارة الواخزة ، حمى التعرق ، التهـاب الجلد المعرق والموسف بارتفاع الحرارة ، حصاف ( أبوقراط ) .

**التعريف** : يؤدي انسداد القناة العرقية إلى إحصار العرق مع تشكل حطاطات حاكة ويحدث بسبب تأثير حراري .

**الحدوث** : شـائعة في المناطق الإستوائية ، وخاصـة عند غير المتأقلمين لهذا المناخ . ويتسـاوى الجنسين بالإصابة ، غير أنها تصيب الأطفال بشكل خاص . وفي أوروبا ، تؤهب الملابس الكتيمـة المانعة للتبخر للإصـابة بالدخنيات خلال الصيف ، وخاصة لدى الأطفال .

**الإمراض** : تنجم عن انسـداد القنوات العرقية الناتحة .

وتصـنف الدخنيـات إلى الأشكـال التـاليـة حسب توضع الانسـداد .

**الدخنية البلورية Miliaria Crystallina ( راجع الشكل ٣٠ – ٧ ) :**

*المـرادفـات :* الدخنيـة البـلوريـة Sudamina ( روبنسـون ١٨٨٤ ) .

**الإمراض** : يحدث الانسـداد ضمن الطبقة المتقرنة ويمكن أن ينتج عن الأسباب التالية :

- تعرق شديد .
- جلاد التهابي مع خطل تقرن ( التهاب جلد ضيائي ، التهاب جلد بالتماس ) حيث يتحطم الالتفاف الحلزوني الأيمن للقناة داخل الطبقة المتقرنة .
- عوامل خارجية تعمل على ترسب البروتين ، إذ تغير هذه العوامل القرنين في الخلايا القرنيـة السطحيـة وبهذا تنسد مسام العرق ( يمكن استعمال الفورمالين ، كلوتارالدهيد

أو حمض الخل ثلاثي الكلور ) . وهذه الأسس تساعد بشكل جزئي في علاج فرط التعرق .

**الموجودات السريرية** : نادراً ما تشاهد اندفاعات المرض بسبب قصر مدة أعراضه . وتسببه عند الرضع والولدان الثياب الكثيرة والأخماج الحموية والتعرق ( حمامات الساونا والتعرض للشمس ) . تتظاهر الدخنية البلورية بحويصلات بقد رأس الدبوس ، وهي متوترة ، شفافه ، ولا ترافقها تغيرات التهابية . سقوفها رقيقة جداً وتشبه قطرات العرق على الجلد ، وتتوضع على الجذع بشكل خاص . تنفجر الحويصلات عفوياً أو بضغط الإصبع الخفيف ويتبع ذلك توسف خفيف ، ويستمر الاندفاع لساعات عدة ولا يحك عادة . ( راجع الشكل ٣٠ - ٨ ) .

**المعالجة** : تجنب التعرق الشديد والثياب الكتيمة ، وتطبق دهونات الزنك عند الضرورة .

## الدخنية الحمراء والدخنية العميقة M. Rubra and M. Profunda :

*المرادفات :* الكلب الأحمر Red Dog ، الحزاز المداري ، الحرارة الواخزة .

**الإمراض** : تنجم عن انسداد القناة العرقية الانتهائية في البشرة وذلك في الدخنية الحمراء ، بينما يتم الانسداد في الجزء المستقيم من القناة أو في منطقة انتقالها إلى الأدمة الحليمية في الدخنية العميقة . ويؤدي احتباس العرق داخل القناة إلى ارتشاحه في الأنسجة المجاورة ، وقد يؤدي إلى تمزق القناة وإلى تفاعل التهابي . وتنجم هذه الأذية في نهايات الأقنية عن الأسباب التالية :

- حرارة مدارية مع رطوبة عالية ، ويؤدي ذلك إلى انتفاخ الطبقة المتقرنة وبالتالي إلى انسداد القنوات واحتباس العرق .
- ذيفانات جرثومية ، حيث تتكاثر الجراثيم على سطح الجلد مرافقة للآفة .
- أملاح معدنية ، منظفات سامة ، ووجود شوارد ثبت بالتجربة أنها تلعب دوراً في الإمراض .

**الموجودات السريرية** : تشاهد هذه الحالة بشكل رئيسي في المناطق المدارية حيث التعرض الطويل للمناخ الحار والرطب . وفي المناخ المعتدل ، تحدث هذه الدخنية لدى العاملين في بيئة حارة ذات رطوبة عالية . وقد تصيب الذين يعانون من فرط تعرق محدث بالجهد . ويعاني الأطفال من فرط التعرق الناجم عن ارتفاع الحرارة تحت الحفاض ، وبذلك فقد يتعرضون للإصابة .

تتظاهر بحطاطات صغيرة متناظرة في المناطق المستورة من الجسم ، وخاصة على الجذع ، ( راجع الشكل ٣٠ - ٩ ) . ولا تصيب الوجه أو الذراعين أو الأخمصين عادة . ويمكن أن تظهر في المناطق المذحية ( الثنيات ) وتصبح نازة وتصاب بالتقوبؤ والتبثر . أما الأعراض الشخصانية فهي الحكة وحس الوخز والحرقان .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد حويصلات في الأدمة أو تحت البشرة مع رشاحة التهابية حول الأقنية العرقية .

**السير** : تظهر الآفة عند المسافرين إلى المناطق المدارية والحارة خلال أسابيع أو أشهر . وإذا ما كانت الدخنية الحمراء شديدة فقد ينجم عنها مشكلة التنظيم الحراري مع عدم تحمل واضح للحرارة . وقد يؤدي ذلك إلى صدمة حرارية بسبب التعرق الناجم عن احتباس العرق .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي مع الدخنية الحمراء الأمراض التالية : التهاب الجلد الجريبي ، التفاعل الدوائي الجريبي ، التهاب الجلد المثي الجريبي . علماً بأن الدخنيات ليس لها علاقة بالجريبات .

**المعالجة** : تجنب التعرق الشديد وذلك بالبقاء داخل البيوت المكيفة مع لبس ثياب خفيفة . ويمكن استعمال دهونات مجففة مثل محلول الزنك الكحولي أو المساحيق المجففة . ويمكن عند الضرورة اللجوء إلى العلاجات الموضعية المضادة للجراثيم لتجنب التقوبؤ الثانوي .

# الفصل الواحد والثلاثون

# آفات الأشعار

# Diseases of the Hair

د . نزار الدقر

تراجعت أهمية شعر الإنسان في التطور العرقي الوراثي ولم يبق له وظائف حيوية ليقوم بها . وعلى أيٍّ حال فإن الشعر في مناطق متعددة من الجلد يقوم بحماية الجلد من أشعة الشمس ( التقران الشمسي والسرطانات الجلدية لدى الصلع ) ، ويقي من الحرّ والبرد ويزيد الحساسية لحس اللمس . هذا وإن العناية بشعار الرأس والذقن ، حفظها وتمشيطها ، أمرٌ هامٌّ جداً لأسباب جمالية واجتماعية . وكثيراً ما يُراجع الطبيب من أجل تبدلات تحصل في الأشعار سواء من ناحية النمو ، أو لفقدان الأشعار البقعي أو المنتشر ، أو لتبدلات تطرأ على غمد الأشعار أو على لونها . ويمكن للتبدلات الصريحة التي تصيب الأشعار كفقدها الكامل وخاصة لدى النساء والأطفال ، فقد الحاجبين أو الهدبين ، أو فرط الأشعار الشديد ، أن تؤثر على العلاقات بين الأفراد ويمكن أن تؤدي لاضطرابات نفسية شديدة .

## تطور الأشعار ، نموها وبنيتها

## Development, Structure and Growth of the Hair :

### تطور الجريب ونموه

### Development and Growth of the Follicle :

منذ الأسبوع التاسع للحياة الجنينية تنمو من الطبقة القاعدية للبشرة خلايا ظهارية مشكلة مطارق الأشعار البدئية . أما حليمة الشعرة فتنمو بدءاً من النسيج الضام المتسمك والخلايا اللحمية المتوسطية Mesenchymal وأرومات الليف . يصل الحبل الظهاري إلى الحليمة وينتفخ مشكلاً بصلة تحتوي ضمنها الحليمة . وفي نفس الوقت ، تتكون الغدد الزهمية والعضلات الناصبة للأشعار . ولا يحدث تشكل لجريبات جديدة بعد الولادة .

يشمل الجريب الشعري المتطور بشكل كامل على كل من الظهارة والنسيج الضام . يغذي النسيج الضام الأشعار ويحوي على الأوعية الدموية والأعصاب ويشكل الحليمة الأدمية التي تتبدل باختلاف مراحل نمو الأشعار . ويتشكل أيضاً غمد الشعرة من النسيج الضام . ويؤدي تخرب الحليمة إلى فقد أشعار غير عكوس . ويعتبر مَطرِق الشعرة Hair Matrix المجاور للحليمة القسم الظهاري الأهم من الجريب ، حيث أن تقرنه يعطينا مرَّة واحدة الأقسام الثلاثة من سقيبة الشعرة : اللب Medulla ، القشرة Cortex والجليدة Cuticle ، بالإضافة إلى الغمد الداخلي لجذر الشعرة . ويحتوي مَطرِق الشعرة أيضاً على الخلايا الملانية التي تعطي الأشعار لونها . ويمكن اعتبار تشكل الأشعار معادلاً لإفراز الغدد المنفرزة (Holocrine Gland) . وهناك قسم ظهاري آخر من الجريب هو قناة الشعرة التي تسير من البشرة باتجاه العمق وتحوي الشعرة . وتعد قناة الشعرة شكلاً معدّلاً من التقران الظهاري السطحي متعدد الطبقات . وتسمى المنطقة التي تقع فوق فوهة انفتاح الغدة الزهمية بالقِمْع Infundibulum ، وتحتها يقع البرزخ Isthmus والغمد الظهاري للجذر Epithelial Root Sheath .

### شكلياء الأشعار وكيمياؤها

### Morphology and Chemistry of the Hair :

يمكن التمييز شكليائياً بين جذر الشعرة الموجود ضمن الجريب وبين سقيبة الشعرة ، الذي ينطلق حُراً فوق سطح الجلد . وتحوي سقيبة الشعرة في الأشعار الثخينة على اللب ، المشكل من خلايا كبيرة متعددة الأضلاع . ويغيب اللب في الأشعار الرقيقة وأشعار الأطفال ( الشعر الوبري Vellus H. ) . ويحيط باللب القشرة ، وهي مكونة من خلايا مغزلية طولانية تحوي صباغاً وقيراتيناً ، ونجد حولها الجليدة Cuticle والمكونة من خلايا متقرنة مرصوفة ومتراكبة كالقرميد أو كمخاريط الصنوبر ، يبلغ سمكها حوالي ٠,٤ µm ، وهي مسطحة أو محدبة وتغطي كامل الشعرة .

تتكون الأشعار كيميائياً من بروتين صلب هو القِراتين أو القرنين Keratine ، والذي إذا قورن مع قِراتين الجلد ، فإنه يحوي تركيزاً عالياً من السيستين ( أكثر من ٢٠٪ ) . ويحوي جزيء القِراتين الخطي على ارتباطات طولية ومستعرضة ترتبط مع بعضها بواسطة جسور ثنائية الكبريت Disulfide وارتباطات ملحية وروابط هدروجينية ، ويملك بذلك ثباتاً كيمياوياً وآلياً كبيرين . ويمكن أن نميز بالدراسة البنيوية المستدقة للقِراتين الطولاني في قشرة الشعرة خيوطاً من الألياف قطرها ٨ نانومتر ملتفة بشكل حزم وملتصقة ببعضها بمادة لاصقة أليفة التناضح Osmophilic . وتكون الخيوط القِراتينية الأدق لخلايا الجليدة مرتصة بشكل غير منتظم .

## أنماط الشعر Types of Hair :

يستبدل الشعر الزغبي Lanugo Hair لدى الجنين قبل الولادة، بشعر دقيق غير مصطبغ هو الشعر الوبري Vellus Hair . وحين البلوغ ، وتحت التأثير الهرموني ، تظهر أشعار أثخن وأكثر تصبغاً ، ومحتوية في العادة لبّاً هي الأشعار الانتهائية Terminal Hair للرأس والأهداب والحاجبين وأشعار الإبطين والعانة والأشعار على الجذع والأطراف .

## تأثير الهرمونات على الأشعار :

إن الجريب الشعري الذي يعطي في المرحلة الجنينية الأشعار الزغبية ، هو نفسه الذي يعطي في الطفولة الأولى الأشعار الوبرية ، وعند الكهول الأشعار الانتهائية . وعندما يصلع الرجل مع تقدم العمر يحدث تبدل تراجعي يؤدي إلى تشكل شعر وبري من جديد . من ذلك يبدو أن جريب الأشعار يخضع لتأثير وراثي وآخر هرموني . وتلعب الأندروجينات دوراً رئيساً في تطور نمط الشعر . ونميز من وجهة نظر الغدد الصم ثلاث أنماط من الأشعار :

ـ *الأشعار الجنسية (Sexual Hair)* : ويخضع نمو هذه الأشعار لتركيز الأندروجين في المصورة . ويشكل الشعر الجنسي كل من الذقن ، وشعر أعلى مثلث العانة وحتى السرّة ، والشعر في الأذنين .

ـ *الأشعار في كلا الجنسين Ambisexual Hair* : وترتبط هذه الأشعار بتركيز الأندروجين في المصورة كما يحصل بشكل سويّ لدى النسوة الشابات . ويتواجد هذا الشعر في الإبطين وأسفل مثلث العانة لدى كل من الجنسين .

ـ *الأشعار اللاجنسية Nonsexual Hair* : وهو الشعر الذي لا يتحرض بالأندروجين كشعر الأهداب والحاجبين . يتشكل الأندروجين ( التستوسترون Testosterone ) في الكظرين والمبيضين والنسيج الشحمي تحت الجلد عند النساء . أما عند الرجال فيتشكل أيضاً في الخصيتين . علاوة على ذلك قد يكون هناك تستوسترون خارج غدي أو قد يعطى كعلاج . وتنتقل الأندروجينات إلى الدم بعد اتحادها مع بروتين ناقل يسمى الغلوبلين الرابط للهرمون الجنسي Sex Hormon Binding Globulin . وحين يبلغ التستوسترون هدفه ، خلايا رحم الشعر مثلاً ، فإنه يدخل إلى الخلايا متحولاً إلى دي هدروتستسترون بواسطة ٥ ألفا ـ ريداكتاز ($5\alpha$ – Reductase) الهيولية . ويرتبط الدي هدروتستسترون بمستقبلات هيولية منتقلاً بهذا الشكل إلى النواة . وفي نواة الخلية يغلب أن تتحد مستقبلات الأندروجين المعقدة بالدنا DNA عبر تحريض الرنا الرسول Messenger RNA مؤدياً لتشكيل بروتينات خاصة .

والأندروجينات هي المسؤولة أيضاً لدى الذكور عن التحول التراجعي لنمط الشعر في الجبهة وإكليل الرأس مؤدية إلى الصلع . وتحت تأثير التركيز العالي للأندروجينات في مصل الدم يمكن ، وحتى النساء ، أن يصبن بالصلع ( الحاصّة الأندروجينية من النمط المذكّر ) .

## دورة الأشعار Hair Cycle :

لا تنمو الأشعار بشكل مستمر كما في نمو الأظفار ، وإنما لكل جريب ، وبشكل غير متواقت مع الجريبات الأخرى ، نظام دوري للنمو مع مراحل راحة ، وفي نهاية كل مرحلة راحة تسقط الشعرة ، وتبدأ مرحلة نمو جديدة لتشكل أشعاراً جديدة ( راجع الشكل ٣١ : ١ ) .

ونميز في دورة الأشعار المراحل ( الأطوار ) التالية : آ ـ مرحلة النمو Anagen ، ب ـ مرحلة التراجع Catagen ، جـ ـ مرحلة الراحة Telogen .

*مرحلة النمو* : إن جذر الشعرة ، بجريبه الكامل التشكل ، يمتد عميقاً في الأدمة وفي النسيج الدهني تحت الجلد . وتتشكل الشعرة مع لبّها وقشرتها وجليدتها وغمدها الداخلي من النشاط التكاثري العالي والمستمر لخلايا مَطرِق Matrix الشعرة والتي تباشر انقساماً جديداً مرة كل ٢٤ ساعة . ويصبح الغمد الداخلي لجذر الشعرة هيالينياً ، ويتحلل على مستوى فوهة الغدة الزهمية . وإن الشعرة في مرحلة النمو تكون ملتصقة بشدة بجذر الشعرة ولا تسقط من نفسها ، ويكون نزعها مؤلماً . وتؤدي مرحلة النمو إلى نمو الشعرة حوالي ٠,٣٥ ملم يومياً وتستمر حوالي ٣ ـ ٦ سنوات .

*مرحلة التراجع أو المرحلة الانتقالية* : وتستمر أياماً فقط ، وتشمل كل الحدثيات الشكليائية للتحضير لمرحلة الراحة ، يتوقف التكاثر فجأة ، وتتقرن البصلة ويبقى فيها عدد قليل من خلايا ظهارية غير متميزة ، وتتجه نحو الأعلى باتجاه سطح الجلد .

*مرحلة الراحة* : خلال هذه المرحلة يكون الجريب متوضعاً مباشرة تحت فوهة الغدة الزهمية . ويحوي شعرة تشبه مضرب الطبل محاطة بكيس ظهاري . تستمر فترة الراحة في أشعار الفروة لدى الإنسان حوالي ٣ ـ ٤ شهور . وحين بدء دورة جديدة يعود الجريب إلى عمق الأدمة بانياً جذراً مشابهاً لشكل البصلة بدءاً من خيط من الخلايا اللامتميزة ويشكل شعرة جديدة . هذا ويمكن سحب الشعرة في مرحلة الراحة دون ألم . وفي نهاية هذه المرحلة فإن الشعرة تسقط من نفسها أو أثناء

التمشيط . تعود كل الأشعار التي تسقط أثناء تمشيط الشعر لهذه المرحلة . تتحدد دورة الأشعار وراثياً لكل جريب ، ولكل منطقة من مناطق الجسم . وحين نقل الجريبات من منطقة لأخرى ( مثلاً من المنطقة القفوية إلى المنطقة الجبهية لدى الصلع ) تبقى الأشعار محافظة على وتيرتها الأصلية ( المعطي السائد ) .

**مخطط الأشعار ( حالة جذر الشعرة )**
**Trichogram (Hair Root Status) :**

إن فترة كل مرحلة من مراحل ( أطوار ) دورة الشعرة والحالة الوظيفية لفروة الرأس ، كقدرة الأشعار على النمو ، تنعكس حسب النسبة بين الأشعار في مرحلة النمو والأشعار في مرحلتي التراجع والراحة في أية منطقة من مناطق فروة الرأس . ويمكن معرفة المرحلة التي يتواجد فيها كل جريب ليس فقط بالدراسة النسيجية إنّما وبكل بساطة بنزع الأشعار .

*الطريقة :* تُنزَع خصلة من الشعر مكونة من ٥٠ – ٧٠ شعرة دفعة واحدة ، بشدة وبسرعة بواسطة ملقط شرايين ، من منطقة سبق تغطيتها بالمطاط . أما إذا نزعت هذه الخصلة ببطء فإن النتائج تكون مضللة بإضافة أشعار حثلية كاذبة . إضافة لذلك يجب أن لا يكون قد تم غسيل الشعر في فترة ٥ – ٧ أيام قبل الفحص وذلك لتجنب حدوث انكماش جذور الأشعار . توضع الأشعار المنزوعة مباشرة في علبة بتري تحوي قطنة مبللة لتفيد كغرفة رطبة ، وتوضع الأقسام الدانية من جذور الأشعار بين شريحتين زجاجيتين مع محلول ملحي فيزيولوجي ونلقي بالأقسام القاصية . كما ويمكن إجراء محضرات دائمة . وتفحص جذور الأشعار تحت مجهر ذو عينيتين أو بمجهر مشرّح Dissecting Microscope وبتكبير ١٠ – ٣٠ K . ويمكن أن نميز الأنماط التالية لجذور الأشعار ( راجع الشكل ٣١ : ٢ ) :

– *أشعار مرحلة النمو :* تنقصم الشعرة عادة أعلى بصيلتها فتبدي منطقة نيّرة بين المنطقة المتقرنة العتمة من سقيبة الشعرة والمنطقة العتمة المقابلة من بصيلة الشعرة . ويمكن أن نلاحظ أيضاً الغمد الداخلي والخارجي للجذر يحيط بالشعرة النامية ، إنما قد يغيب هذان الغمدان أيضاً .

– *أشعار مرحلة التراجع :* وتشبه في طورها الأول الأشعار الحثلية . أما في الطور الثاني والثالث فتأخذ شكل المضرب إنما تبقى محصورة ضمن غمد الجذر وتبدي مناطق متقرنة .

– *أشعار مرحلة الراحة :* هي أشعار تكون بشكل مضرب الطبل ، فاقدة لأغماد الجذر والمناطق المتقرنة ، وقد تكون جذورها بشكل مضرب الطبل ويغلفها كيس ظهاري .

– *الأشعار الحثلية Dystrophic Hairs :* تشاهد في ظروف مرضية وتكون نحيلة ( رقيقة ) دون غمد يغطي جذرها ، وتستدق نهايتها القاصية وتنقطع هناك ، ويختلف طول القسم المستدق حسب زمن وشدة العامل المخرب .

*مخطط الأشعار السويّ :* بشكل اعتيادي تكون ٨٥٪ من أصل ١٠٠,٠٠٠ شعرة في فروة الرأس في مرحلة النمو ، ٠,٥ – ١٪ في مرحلة التراجع و ١٥٪ في مرحلة الراحة . وتختلف نسب هذه الأشعار بشدّة في الحالات المرضية . وإنّ الفقد اليومي لحوالي ٧٠ – ١٠٠ شعرة من أشعار مرحلة الراحة هو أمر فيزيولوجي .

## تبدلات سقيبة الشعرة

## Changes in the Hair Shaft :

### تأذي الأشعار من منشأ خارجي :

إن تأذي الأشعار من منشأ آلي يصيب الجليدة خاصة . وينجم بسبب استعمال الفرشاة أو التمشيط أو الغسل المتكرر بمنظفات تحل الدّهن بشدة ( الغسل الاعتيادي هو مرة كل ٢ – ٥ أيام ) كل هذا قد يخلّص الأشعار من موادّها الدهنية ومن محتوياتها المنحلة في الماء مؤدياً إلى زيادة هشاشة الأشعار ونقص لمعانها وإلى انشطار طولاني في نهايتها الحرّة . وإن الطرق المستعملة لصبغ الشعر ، أو إزالة لونه ، أو لإحداث تجعيدات دائمة ، يمكن أن تؤدي إلى تأثر البنية الشكلية والكيميائية للأشعار ، وخاصة إذا لم تطبق هذه الوسائل بشكلها الصحيح ( راجع الشكل ٣١ – ٣ ) .

*صبغ الشعر وإزالة لونه :* يستعمل لصبغ الشعر الأصبغة المعدنية أو النباتية أو أصبغة الأنيلين . وإذا تكررت كثيراً فإنه يحدث تأذي في سقيبة الشعرة . وتُجرى إزالة اللون بفوق الأكاسيد مثل فوق أكسيد الهدروجين بتركيز ١٠٪ في محلول قلوي ، مما يؤدي إلى تأكسد الميلانين في الأشعار ومن ثم إلى مركب عديم اللون ، وتنكمش الحبيبات وتنحل . وإضافة لتأثير العملية على الصباغ فإن الجسور ثنائية السولفيد في القِراتين تنشطر وتتأكسد ، هذه الجسور ذات الأهمية في ثبات الأشعار .

### التبدلات في شكل الأشعار :

*التبدلات المؤقتة :* وهي تبدلات يمكن أن تحصل إذا عومل الشعر الرطب باللفافات الحارّة ، أو برهيات الأشعار أو بإرذاذاته ويُحصل على تموجات الأشعار أيضاً باستعمال ملاقط التجعيد . وفي كل هذه الحالات لا تحدث تبدلات رئيسية في الأشعار .

*تجعيد الشعر الدائم :* حلّت الطريقة الحديثة بالتجعيد البارد

( راجع الشكل ٣١ – ٤ ) . محل الطريقة القديمة بالتجعيد الحار . ويقوم مبدأ التجعيد البارد على كسر الجسور ثنائية السولفيد وإعادة وصلها من جديد بعد ذلك . والأسهل حلُّ أملاح الوصل أو الروابط الهدروجينية بين جزيئات القِراتين ( القرنين ) الخيطية في الأشعار . ويتم تحويل الجسور ثنائية السولفيد إلى مجموعات سلفيدريلية باستعمال محلول تيوغليكولات الأمونيوم بنسبة ٨٪ ، باهاء ( pH ٩,٥ ) وبدرجة ٣٧° مئوية ( المحلول المُظهر Developing Solution ) ، فيوضع الشعر في الشكل المطلوب ويثبت في شكله الجديد بإعادة أكسدة المجموعات السولفيدريلية من جديد بفوق أكسيد الهدروجين ٠,٥ – ٢,٥٪ ( المحلول المثبت Fixing Solution ) . تعدّل بعد ذلك المواد القلوية الباقية بحمض عضوي خفيف . وقد تؤدي هذه الطرق الكيميائية التي تصيب بنية الأشعار إلى حدوث تأذي فيها . وإذا كان التركيز عالياً ، والباهاء قلوياً بشدة ، أو إذا ترك لفترة طويلة ، فإن تأذياً شديداً في الأشعار قد يحدث ، وقد يؤدي إلى فقدان كامل لكل الأشعار المعالجة وذلك بتقصفها . وحتى التجعيد البارد ، يمكن لدى الأشخاص مفرطي الحساسية ، وخاصة ذوي الشعر الأشقر الناعم ، أن يؤدي إلى تخرب في سقيبة الشعرة . وإذا حصل مثل هذا التأذي فيمكن للمريض أن يراجع الطبيب طالباً العون أو الخبرة في حال الادعاء بطلب تعويض .

وإذا لم تصب الفروة بحالة التهابية فلن يكون هناك تأذي في جذور الأشعار ، وتكون كل التبدلات عكوسة حيث يمكن للشعر أن ينمو من جديد . وإضافة لما يحدث من تخرب في الأشعار ، فإن المواد المستعملة في الصباغ وإزالة اللون والتجعيد الدائم ، قد تسبب التهابات أرجية انسمامية حادّة في جلد الفروة ( التهاب جلد تماسّي أرجي أو انسمامي ) وذلك إذا لم تطبق حسب التعليمات .

### تشخيص التبدلات في سقيبة الشعرة :

إنّ العلامات السريرية لتأذي الأشعار بسبب خارجي هي : الجفاف ، نقص اللمعان ، هشاشة غير طبيعية ( تكسر الأشعار Trichoclasia ) ، الانشطار الطولي في النهاية الحرة للأشعار ( انشطار الأشعار Trichoptilosis ) . وأخيراً قد تأخذ الأشعار شكل الفرشاة . وإن التبدلات الملاحظة في سقيبة الشعرة تحت المجهر الضوئي وبتكبير ضعيف هي على الخصوص التوضع غير المنتظم وانشطار خلايا الجليدة . وقد ثبت أن دراسة سقيبة الشعرة بالمجهر الالكتروني الماسح هو مفيد أيضاً . وتتجلى أذيات التجعيد الدائم بانكماش سقيبة الشعرة وتسننها بما يشبه جذع الشجرة وتخرب خلايا الجليدة .

## مظاهر سريرية خاصة : Special Clinical Pictures

### تقصُّف الشعر العقد Trichorrhexis Nodosa :

[ Wilson : ١٨٤٩ ]

**التعريف** : تُبدي الأشعار عقيدات محددة يمكن رؤيتها مجهرياً كبُؤر متكسرة ومشعثة مشابهة لأسنان الفرشاة ، وتتكسر الأشعار بسهولة في هذه النقاط .

ولا يمكن اعتبار تقصّف الشعر العقد كآفة محددة واضحة بل كمظهر لتأثيرات خارجية وداخلية معممة أو موضّعة ، ولادية ( تقصف الشعر العقد الولادي ) أو مكتسبة . وقد وصفت حالات مفردة من تقصف الشعر العقد الولادي سببه اضطراب في استقلاب الحموض الأمينية ويزداد فيها إفراز حمض سوكسينيك الأرجنين في البول . أما تقصف الشعر العقد الذي يصيب بعض الأشعار فقط فينجم غالباً عن أذيّة خارجية تصيب الأشعار .

**الموجودات السريرية** : تكون الأشعار متقصفة على علوّ عدة سنتمترات فوق سطح الجلد ، ويكون الشعر خشناً فاقداً بريقه . وفي الحالات الولادية يستحيل تمشيط شعر هؤلاء الأطفال ( شعر غير قابل للتمشيط ) ، ويكون له مظهر القشّ ويكون كامِدَ اللون ( راجع الشكل ٣١ – ٥ ) .

*أشكال خاصة : حثل الأشعار الكبريتي Trichothiodystrophy* تقصف الأشعار في هذا الشكل يقع مكان وجود العقد كما في تقصف الأشعار العقد . ويحدث في هذه الآفة عدم انتظام في محيط سقيبة الشعرة والجليدة ، وتكون نسبة الكبريت في الأشعار متناقصة بشدة . قد ينتقل هذا الاضطراب وراثياً بالصبغي الجسدي السائد ويترافق مع تأخر في النمو واضطرابات نفسية ، ونقص في الذكاء ، ونقص الخصوبة عند الرجال .

**التشخيص** : تشخص الآفة بسهولة بالمجهر الضوئي وتحت التكبير الضعيف . ويبدو الشعر في مكان العقد وكأن فرشاتين أدخلتا ببعضهما . والمنظر بالمجهر الالكتروني معبّر عن ذلك تماماً .

**المعالجة** : إذا كان السبب خارجياً فيجب تجنب الإفراط في تصفيف الشعر ، وتطبق المستحضرات الزيتية .

### تقصف الأشعار المنغلف Trichorrhexis Invaginata :

[ Netherton : ١٩٥٨ ]

*المرادفات :* الشعر الخيزراني ، الأحمرية سماكية الشكل الولادية Erythrodermia Ichthysifomis Congenita ، متلازمة

تعقد الأشعار ، السّماك الخطي المنعطف (Comél) .

**التعريف** : هذه التظاهرة إحدى علامات متلازمة Netherton الوراثية والتي قد تنتقل بالصبغي الجسدي الصاغر . ويكون الشعر مبعثراً ، جافاً ، هشاً ، يشبه مجهرياً قضيب الخيزران ومشابهاً لمنظر تقصف الشعر العقد . ويلاحظ انغلاف في منطقة العقد ولا ينمو الشعر عادة لأكثر من ٣ ــ ٤ سم . يلاحظ زيادة في طرح حمض سوكسينيك الأرجنين (Succinic Arginin Acid) في البول .

**المعالجة** : غير متوفرة .

**تعقُّد الأشعار Trichonodosis** :
[ Michelson : ١٨٨٤ ]

**التعريف** : تكون الأشعار مضفورة بشكل حلقات ، وعادة ما يكون الشعر مجعداً .

**الإمراض** : تنجم هذه الآفة عن عدم العناية بتمشيط الشعر أو بسبب الجلادات الحاكة التي تصيب الفروة .

**الشعر الحلقي Pili Annulati** : [ Karsch : ١٨٤٦ ]

*مرادفات* : الشعر الطوقي (Ringed Hair) ( راجع الشكل ٣١ : ٥ ــ ب ) .

**التعريف** : تبدي الأشعار المصابة تناوب شرائط نيرة وأخرى داكنة بطول ١ ــ ٣ ملم على طول الشعرة والسبب الظاهر لشرائط النيّرة زيادة انعكاس النور بسبب كمية الهواء غير الطبيعية الموجودة في اللب . ويمكن أن يكون هناك تناوباً في شدة التصبغ في لب الشعرة . الازعاج التزويقي خفيف و **المعالجة** غير ممكنة .

**المسببات** : لا يعرف سبب لهذا الاضطراب النادر ، وقد وصف تكرار الحدوث العائلي .

**الشعر المنفتل ( الشعر الملتوي ) Pili Torti** : [ شولتز Schultz : ١٩٠٠ ]

*مرادفات* : الشعر المبروم .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٣١ : ٥ ــ د ) يصادف الشعر المنفتل ( الملتوي ) في الطفولة الباكرة وتكون الأشعار ملساء ملتوية بشكل حلزوني حول محورها الطولي ، وتبدو بشكل متناوب ، قسم دقيق وقسم ثخين ، ربما بسبب انعكاس النور ، رغم أن ثخانة ولون الشعر هو نفسه على طول الشعرة . وتكون الأشعار هشّة وقد تحصل حاصّة في بعض الحالات . وأكثر ما يصاب الصبيان والبنات ذوي الشعر الأشقر ، وقد تحسنت بعض الحالات عند البلوغ .

**الإمراض** : يتداخل في إحداث الآفة عامل آلي بسبب مداخلات الحلّاقين وعامل وراثي . وقد وصفت حالات وراثية بالصبغي الجسدي السائد . وقد تتشارك أحياناً مع اضطرابات أخرى تصيب ميناء الأسنان والأظفار واضطرابات في سقيبة الشعرة ، وقد تترافق مع تأخر عقلي وصمم في الأذن الداخلية ( متلازمة Bjornstad : ١٩٦٥ ومتلازمة Crandall ) .

**المعالجة** : لا تعرف أية معالجة ، ويجب الامتناع عن تزيينات الأشعار العنيفة ويوصى بالشعر المستعار في الحالات الشديدة .

**الشعر المنفتل ( الملتوي ) مع عوز النحاس Pili Torti with Copper Deficiency** : [ منكس Menkes وزملاؤه ١٩٦٢ ]

*المرادفات* : الخثل الشعري السنجابي Trichopoliodystrophy ، متلازمة Menkes ، داء الشعر الملتوي .

**التعريف** : متلازمة تورّث بالصبغي الصاغر المرتبط بالجنس وتتميز بوجود آفة عصبية تنكّسية مترقية ناجمة عن عدم قابلية الأمعاء لامتصاص النحاس وعدم قابلية نقله عبر النسج وتبدأ في عمر من ٥ أسابيع وحتى ٥ شهور .

**الموجودات السريرية** : في هذا الشكل من الشعر المنفتل ( الملتوي ) يكون شعر الفروة ناقص الصباغ ، هشاً ، فاقد اللمعان ، وباللمس يعطي مظهر الصوف الزجاجي Glass Wool ، ويصاب الحاجبان أيضاً . وعلاوة على ذلك ، يكون هناك تأخر نفسي حركي ، ومعص Cramp ، واضطرابات في النمو وتبدلات في العظام مشابهة للبثع Scurvy مع زيادة في تعرجات الشرايين وتواجد أمهات دم فيها .

**الإنذار** : لا يمكن التأثير على الخلل المركزي في فعالية الإنظيمات المتعلقة بالنحاس والمسؤول عن كل الأعراض . ويموت هؤلاء الأطفال عادة في السنة الرابعة أو الخامسة من العمر .

**التشخيص** : نقص غير طبيعي في مستوى النحاس والسيرولوبلازمين Ceruloplasmin في المصل .

**المعالجة** : محاولة إعطاء بديل النحاس .

**متلازمة الشعر غير القابل للتمشيط Uncombable Hair Syndrome** : [ Dupré, Rochiccioli و Bonafé : ١٩٧٣ ]

*المرادفات* : الشعر غير القابل للتمشيط .

**التعريف** : متلازمة وراثية تتميز بما يعرف بالشعر الأخدودي (Grooved Hair) ، حيث يكون المقطع العرضي للشعرة مثلثي ، أو بيضوي ، أو كلوي الشكل . يشكو بعض المرضى

أيضاً من الشعر المنفتل أو من حاصة مترقية غير ضمورية ، ومن إكزيمة تأتبية ومن أورام عابيّة Hamartomas .

**الحدوث** : نادر جداً وربما وراثي ينتقل بالصبغي الجسدي السائد .

**الإمراض** : عيب وراثي في الأديم الظاهر . لا توجد علاقة بين هذه المتلازمة وبين الاضطرابات الأخرى كالأشعار المنفتلة أو متلازمة Menkes . وتحدث تبدلات مشابهة في نقص الأشعار الولادي الوراثي .

**الموجودات السريرية** : يكون شعر الرأس منذ الولادة خشناً وغير قابل للتمشيط يترافق غالباً مع نقص أشعار معمم ورقة في أشعار الحاجبين والأهداب ، وفي مرحلة متأخرة خفة في أشعار الإبطين والعانة . يكون الشعر عادة أشقر اللون جافاً متجعداً ، وقاسياً وخشن الملمس ( راجع الشكل ٣١ — ٦ ) ينتصب على الفروة دون نظام ، ولا يمكن تمشيطه أو إخضاعه بالفرشاة ، والتحسن ممكن مع مرور الزمن .

وبالمجهر الالكتروني يلاحظ أخدودٌ أو أكثر على طول الشعرة ، ويكون مقطع الشعرة العرضي غير مدوّر بل كلوي الشكل ، بيضوي أو زاويّ ( الشعر الأخدودي Pili Canaliculi ) . وربما تتوافق هذه الموجودات مع الاضطراب الذي وصفه Stroud و Mehregan عام ١٩٧٤ باسم الشعر الزجاجي المغزول .

**التشخيص التفريقي** : يميز عن الشعر الصوفي ، والأشعار المنفتلة ، ومتلازمة Menkes ، وتقصّف الشعر العقد الولادي والشعر الزجاجي المغزول .

**المعالجة** : غير ممكنة ويمكن استخدام المستحضرات الزيتية .

### الشعر السُبحي Monilethrix :

*المرادفات :* الشعر ذو الشكل المغزلي ، لا تنسج الأشعار المتقطع Aplasia Pilorum Intermittenns .

**التعريف** : تبدي غالبية الأشعار وعلى مسافات أقل من ١ ملم تضيقات فاتحة اللون وانتفاخات أغمق .

**الحدوث** : آفة تورث بالصبغي الجسدي السائد ذات نفوذية عالية High Penetrance وتعبيرات متغيرة .

**الإمراض** : الآلية الإمراضية مجهولة ، بنية الجريب النسجية ، والكيميا — نسجية طبيعية ، تتناوب أطوارٌ من زيادة تشكل الشعر في مرحلة النمو ( مغازل ) مع نقص في تشكل سقيبة الشعرة ( التضيقات ) .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٣١ — ٧ ) : تنكسر الشعرة من مكان التضيق قرب جلد فروة الرأس معطية مظهر بقايا شعرية ، وتبدو الأشعار قصيرة جداً وكأنها محترقة وقد تنحصر الأشعار المشوهة ضمن الجريب مؤدية إلى ظهور عقيدات بحجم رأس الدبوس ، لونها أحمر كاللحم النيء معطية للجلد مظهر جلد الأوز .

**المعالجة** : لا يوجد علاج فعّال ويوصى بوضع الشعر المستعار .

### الشعر الصوفي Woolly Hair : [ Gossage : ١٩٠٨ ]

الشعر المجعّد الصوفي شبيه بشعر الزنوج ونادراً ما يشاهد لدى البيض كتغير عائلي ويرتبط وراثياً بالصبغي الجسدي السائد .

### وحمة الشعر الصوفي Woolly Hair Nevus :

وهو تعبير يستعمل لوصف بؤر محددة في فروة الرأس يكون الشعر فيها مجعّداً كما هو لدى السود ، وتظهر عادة لدى اليفعان وغالباً ما تكون مترقية .

### الأشعار الراجعة Pili Recurvati :

وتشاهد خاصة لدى السود ذوي الشعر الأجعد ، حيث تشاهد بعض الأشعار في الذقن وفي منطقة الفك السفلي والرقبة ، تنمو خارجة من فوهة الجريب بشكل منحنٍ وتؤدي زاوية الانحناء بشكل يجعلها تعود للجلد من جديد . ومن نتائج هذه الظاهرة حدوث تفاعل التهابي لجسم أجنبي والذي يعرف باسم التهاب جريبات أشعار اللحية الكاذب Pseudofolliculitis Barbae ( راجع الفصل : ٤ ) .

### الأشعار الملتفة Rolled Hair :

*المرادفات :* كيسات الأشعار الملتفة .

ويشاهد هذا العيب غير الضار في أسفل البطن وخاصة عند البدينين ، كما يتوضع على الظهر وعلى المناطق الباسطة للأطراف حيث تنسدُّ فوهات الجريبات بسدّادة قرنية وتلتف الأشعار كالحلزون تحت الطبقة المتقرنة . ويمكن أن تعالج كمعالجة الأمراض المرافقة كالسُّماك والتقران الجريبي . تشاهد الأشعار الملتفة أيضاً لدى الكبار دون وجود اضطراب تقران صريح ( راجع الشكل ٣١ — ٨ ) .

## شذوذات سقيبة الشعرة في الاضطرابات الاستقلابية Anomalies of the Hair Shaft in Metabolic Disorders :

تشاهد أشعار رقيقة مبعثرة وهشة في حالات سوء الامتصاص وفي متلازمات نقص التغذية والدنف ، وفي التأثيرات السمّية على رحم الشعرة ، وكعرض مرافق في الاضطرابات الاستقلابية الولادية كما في بيلة الفينيل كيتون

Phenylketonuria ، وفي متلازمة حمض سوكسينيك الأرجنين ، وفي متلازمة شديـاق هيكـاشي Chédiak – Higashi ( خلل في استقلاب التريتوفان ) ، وحتى الكهول المصابين بمتلازمة هرلر Hurler ( خلل في استقلاب عديدات السكريد المخاطية ) ، وفي متلازمة الأشعار الملتوية (Menkes) تلاحظ أشعار نموذجية مبعثرة شاحبة ومتجعدة ، وخاصة حينما يكون هناك خلل متواقت في استقلاب النحاس وفي تركيب الحموض الدسمة في المادة السنجابية من الجهاز العصبي المركزي . وتشاهد كذلك أشعار رقيقة نحيلة جافة فاقدة اللمعان في حالات قصور الدرقية والوذمة المخاطية وفي حالات القصور عديد الغدد .

## تبدلات لون الشعر

## : Changes in Hair Color

إن لون الشعر يأتي من البنية الكيمياوية للملانين (Eumelanin and Pheomelanin) إذ يختلف عدد وحجم وتوزع حبيبات الملانين في سقيبة الشعرة ، وغالباً ما يتأثر كل من هذه العوامل بمورثات متعددة . وقد يكون خلل تلوّن الأشعار ولادياً أو ناجماً عن عوامل داخلية وخارجية .

**تغير الألوان Heterochromia :**

وهي ظهور ألوان متعددة للشعر لدى نفس الشخص . وإن اختلاف اللون بين شعر الرأس وشعر الذقن أو الجسد هو أمر شائع . وينجم وجود خصل داكنة اللون بين الشعر الأشقر عن وحمة صباغية . أما وجود خصل متعددة الألوان فقد تكون وراثية أو علامة لمزيق جسدية Somatic Mosaic إذا لم تكن ناجمة عن صبغ خصل من الشعر .

**المهق Albinism :**

المهق الشامل هو آفة وراثية ولادية صاغرة . وينتج عن عيب في تركيب الملانين ( عوز التيروزيناز ) . وينقص الملانين في كل من البشرة ، القزحية ، المشيمية وفي كل الأشعار ، والتي تبدو فاقدة اللون ، بيضاء ، أو بيضاء مصفرة ( راجع الفصل ٣٠ ) . وفي الحالات العائلية الأكثر شيوعاً نشاهد المهق الجزئي Partial Albinism أو Piebaldism حيث نلاحظ على الفروة بؤراً من الشعر الأبيض تأخذ غالباً شكل مثلث أبيض قرب منتصف الجبهة ( الخصلة البيضاء ) ، وتنجم عن عدم تشكل الملانين في الخلايا الملانية .

**الشيب المبكّر الموضع Poliosis :**

**التعريف** : نقص تصبغ موضع في مناطق معينة من الشعر ( راجع الشكل ٣١ – ٩ ) .

**الموجودات السريرية** : تحدث هذه الآفة في البهاق ، وفي متلازمة فوكت — كوياناجي Vogt – Koyanagi وفي التصلب الحدبي ، وأحياناً في الليفومات العصبية على الفروة المشاهدة في داء ريكلنفهاون ، وبعد تخرب الخلايا الملانية بآليات التهابية : حين عودة نبت الأشعار في الثعلبة أو بعد الحلأ النطاقي أو بعد المعالجة بالأشعة السينية .

**المعالجة** : غير ممكنة وفي حالات الضرورة يمكن اللجوء إلى صبغ الأشعار .

**الشيب Canities :**

هو ابيضاض الشعر الفيزيولوجي أو أخذه اللون الرمادي بشكل مترقٍ ودائم .

**الإمراض** : لا يتحول لون الأشعار إلى الرمادي بالمعنى الحرفي للكلمة ، كما أنه ليس ناجماً عن فقاعات هوائية في الأشعار ، بل إن ما يوحي باللون الرمادي هو اختلاط الشعر الأبيض بالأشعار ذات اللون الاعتيادي أو الأشعار ناقصة الصباغ . في البدء يتوقف عمل التيروزيناز في جذور الأشعار . وهناك علامات واضحة في المجهر الالكتروني تدل على تنكس الخلايا الملانية . وفي مرحلة متأخرة تزول الخلايا الملانية تماماً ولا نجد حبيبات ملانية في جذور الأشعار ، وبمعنى آخر ، تبقى الأشعار التي تتحول إلى اللون الأبيض سليمة . هذا وإن القليل من الناس يحافظون على لون شعرهم حتى سنّ متقدمة من العمر .

**الشيب الفيزيولوجي** : يبدأ عادة حوالي سن ٣٠ — ٤٠ سنة من الصدغين منتشراً إلى إكليل الشعر وأخيراً إلى القسم الخلفي من الرأس . وقد تتحول أشعار اللحية لدى الرجال إلى اللون الرمادي باكراً . بينما تأخذ أشعار العانة والإبطين والحاجبين اللون الرمادي بشكل متأخر ، وأخيراً وفي سنٍ متقدمة يصبح الشعر الرمادي أبيض . وهناك اختلافات فردية كبيرة في سرعة شيب الشعر ، وشوهدت ، بشكل نادر جداً ، عودة تصبغ الشعر العفوي في داء أديسون أو في البرفيرية .

**المعالجة** : استعمال صبغة الأشعار في حالة الضرورة . وقد ثبت أن الحمض البانتوتيني المعروف بتأثيره المضاد للشيب لدى القوارض عديم الفعالية عند الإنسان .

**الشيب المبكر C.Praecox** : يسمى الشيب مبكراً إذا بدأ تحول لون الأشعار للون الأبيض لدى اليفعان . وفي العرق

الأبيض يمكن أن تشيب الأشعار قبل سن العشرين ، ولدى السود قبل سن الثلاثين . ويمكن للشيب المبكر أن يكون عائلياً . وقد يكون الشيب أحد أعراض المتلازمات النادرة كمتلازمة Böök ( ١٩٤٩ : وتترافق مع فرط تعرق وشذوذات في الأسنان ) . وفي الشياخ Progeria ومتلازمة ورنر Werner أو متلازمة روثموند Rothmund .

**الشيب العرضي Canities Symptomatica** : ذكر التحول السريع للون الشعر إلى اللون الرمادي بعد الحميات الحادة وفي الاضطرابات الغديّة الوخيمة ( فرط الدرقية ) ، وفي سوء التغذية ، وفقر الدم الوبيل ، وكذلك في سياق الأورام الخبيثة ، كما قد تحدث بشكل مفاجىء في حالات من الشدة الانفعالية ( موت عزيز ) . وقد ذكر تحول الشعر للون الأبيض خلال ليلة أو خلال بضعة أيام وقد وصف ذلك بشكل مقنع ، وقد يكون السبب هو السقوط المفاجىء للشعر الأسود والذي يكون أشد تأثراً تجاه العامل المسبب كما في الثعلبة ( المنتشرة ) ذات البدء الفجائي بينما تبقى الأشعار البيضاء أو الرمادية ثابتة في مكانها .

**الشيب المحدث بالأدوية** : قد تنمو الأشعار بلون أفتح بعد المعالجة بمضادات البرداء ( الكلوروكين ) لفترات طويلة . وقد شوهدت حوادث لدى ذوي الشعر الأشقر والأحمر وليس عند ذوي الشعر الداكن ، وعدا ذلك يندر أن تؤثر الأدوية المأخوذة داخلاً على لون الشعر ( Mephenesin ، Triparanol ) .

### تبدل لون الأشعار من منشأ خارجي
### Exogenous Heterochromia :

من المعروف أن المعالجات التزويقية قد تستعمل لتغيير لون الشعر . إذ من الممكن إجراء الصبغ المؤقت أو الدائم . وإن محاولة إزالة اللون بعد صبغ الشعر عن طريق الخطأ أو بسبب تغيير الرأي قد تخرب الأشعار . ويمكن أن يتلون الشعر الأبيض باللون الأصفر أو البني بسبب دخان السجائر . كما أن النحاس يمكن أن يلون الشعر باللون الأخضر ( راجع الشكل ٣١ ـ ١٠ ) . ويلون الكوبالت وصباغ النيلي Indigo الأشعار باللون الأزرق ، بينما يلون الحمض البيكري Picric الأشعار باللون الأصفر عند العمال الصناعيين . ويمكن لبعض العلاجات الموضعية أن تغير لون الأشعار : كالريزورسين والأنترالين ( ديترارنول ) والشامبو الحاوي على أملاح الكادميوم .

وقد يحصل تبدل اللون بسبب الصباغ الذي تفرزه بعض المتعضيات الصغيرة كما في البصرة Piedra أو الفطار الشعري الإبطي Trichomycosis Axillaris .

## شذوذات نمو الأشعار
## Abnormalities of Hair Growth :

*فرط الأشعار* : زيادة في نمو الأشعار مع تحول الشعر الوبري الناعم ، عديم اللون ، القصير ، عديم اللب ، إلى أشعار مصطبغة ثخينة وبطول الأشعار الانتهائية المحتوية على لب . ويختلف طراز انتشار ونموه وتوزعه بين فرد وآخر حسب العوامل الوراثية ، والعمر والجنس والعرق ولذلك فإن الحدود بين فرط الأشعار المرضي ونمو الأشعار السويّ ليس محدّداً دائماً . ولفرط الأشعار أسباب متنوعة ، وقد يكون معمماً أو موضّعاً . وتحصل كثافة نمو الشعر لدى الشبان وبشكل أندر لدى الشّابات ، وغالباً ما تكون عائلية وقد تكون وراثية دون إمكانية الكشف عن وجود اضطرابات هرمونية . لا تلعب الأندروجينات الدور الرئيسي ، ومن المهم أخذ قصة سريرية واضحة .

*الزبب أو الشعرانية Hirsutism* : هي ثخانة وقوة مرضية تصيب الأشعار والتي تتميز بطراز نموّ ذكري تحت تأثير الأندروجينات وذلك لدى النساء والأطفال . تشاهد هذه الأشعار فوق الشفة العليا وفي الذقن والخدين والصدر والخط الأبيض على البطن وأعلى مثلث العانة ، وفي الوركين والإبطين . يتحرض الزبب بالأندروجينات سواء بزيادتها أو بزيادة حساسية الجريب الشعري لها .

*الاسترجال Virilism* : ويكون لدى المريضة ، علاوة على الزبب ، تذكير في أعضاء أخرى كالخاصة من النمط الذكري المرتبطة بالأندروجينات ، وزيادة المثّ ، وغلظ الصوت ، وضمور الثديين ، وضخامة البظر ، وتذكير في شكل الجسم وانعدام الطمث . ويتم الاسترجال دوماً نتيجة تناول الأندروجينات أو عن زيادة تشكلها .

### فرط الأشعار Hypertrichoses :

**فرط الأشعار الزغبية** : ( *المرادفات* : فرط الأشعار الزغبي الولادي ، الشعر الثابت الزغبي لبنكوس Pinkus ، فرط الأشعار الزغبية المتعمم ، فرط الأشعار المتعمم ) . وتشمل حالات نادرة جداً ، وراثية أحياناً ، على نمو الأشعار الواسع حيث يبدو زغب كثيف أبيض اللون ، ودون لب ، وأحياناً بطول عدة سنتمترات . وفي الحالات الشديدة يغطي هذا الزغب كامل الجسد بما في ذلك الوجه والذي يتغطى بالوبر كالفراء ، لا يوجد علاج معروف .

**فرط الأشعار الزغبية الكسبي Hypertrichosis Lanuginosa Acquisita** : يلاحظ بشكل نادر جداً ، فرط

شعر كسبي كمتلازمة مواكبة للأورام ، وتبدو عادة في حالة لـ ضة لأعضاء الداخلية الانتقالية ( متلازمة Herzberg – Gebauer Potjan ١٩٦٩ ) .

**فرط الأشعار الوحماني** : فرط الأشعار المتوضع على وحمات عصبية الخلايا هو شائع وكذلك في وحمة بيكر Becker .

**فرط الأشعار الموضع على شكل الذيل في المنطقة العجزية** : وهذه الآفة قد تكون دالّة على السنسنة المشقوقة Spina Bifida .

**فرط الأشعار العرضي** : يلاحظ فرط أشعار خاصة على الجبهة والصدغين في حالات البرفيرية الكبدية ومولدة الحمر . كما وصفت حالات من فرط الأشعار في سوء التغذية ، والقهم العصبي ، واعتلال الغدد الصم في الدماغ البيني Diencephalon والنخامية ( ضخامة النهايات ) ، والتهاب الجلد والعضل ، وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي ، وفي الوذمة المخاطية أمام الظنبوب .

**فرط الأشعار المحدث بالأدوية Drug – Induced Hypertrichosis** : لوحظ حين التناول المديد لبعض الأدوية ، صوف وثخانة وزيادة تصبغ الأشعار الوبرية ، من هذه الأدوية : الهيدانتوئين ، الديازوكسيد ، المينوكسيديل ، الستربتومايسين ، البنسلامين والبسورالين ( راجع الشكل ٣١ ـ ١٣ ) . وبشكل خاص فإن المينوكسيديل الذي جرب استعماله بالتطبيق الموضعي لتحريض إعادة نبت الأشعار في الصلع من الطراز المذكر ، ما يزال مثار تساؤلات !. ويجب أن نميّز فرط الأشعار هذا عن تقوية الأشعار المحرّض بالأندروجينات وتطبيق الستيروئيدات في مناطق يتواجد فيها الشعر لدى الذكور ( الزبب ) .

**فرط الأشعار المحدد الكسبي Acquired Circumscribed Hypertrichosis** : وتحدث إثر رضّ أو التهاب أو احتكاك آلي مستمر . والسبب الأكثر شيوعاً هو الناجم عن التطبيق الموضعي المديد للستيروئيدات القشرية السكرية . وفي كل هذه الحالات لا تعرف الآلية الإمراضية لفرط الأشعار وغالباً ما تكون هذه الحالات عكوسة بعد إزالة السبب .

**الزبب ( الشعرانية ) Hirsutism** :

تتحرض الجريبات الشعرية في كل أنحاء الجسم باستثناء شعر الرأس ( المناطق التي تصبح صلعاء لدى الرجال ) ، والحاجبين والهدبين ، بواسطة الأندروجينات . ولهذا السبب فإن النسوة المصابات بالزبب يجمعن بين قوة وثخانة أشعار الجسم ومنطقة الذقن مع صلع جزئي أو كامل من الطراز المذكر ، إضافة إلى ارتفاع مستوى الأندروجينات . والمهم هنا هو الجزء الحرُّ من الهرمون ( غير المرتبط بالبروتين ) . وإن الحساسية الفردية لكل جريب والمحددة وراثياً تلعب دوراً هاماً . ويمكن أن نميز للزبب أشكالاً حسب السبب ( الجدول ٣١ ـ ١ ) . ( راجع الشكلين ٣١ ـ ١١ و ٣١ ـ ١٢ ) .

**الجدول ٣١ ـ ١** : أشكال الزبب ( الشعرانية ) Hirsutism

*الزبب الغامض أو الأساسي Idiopathic Hirsutism*

*الزبب العرضي Symptomatic Hirsutism* :

- كظري : فرط تنسج كظري ولادي ( المتلازمة الكظرية التناسلية ) .
  الغدّومات المفرزة للأندروجينات .
  سرطانة قشر الكظر .
- مبيضي : المبيض متعدد الكيسات Polycystic Ovaran .
  الأورام المفرزة للأندروجين .
  متلازمة فرط البرولاكتين الدموي مع قصور القند .
  الورم اللوتيني المذكر في الحمل .
  ضخامة النهايات Acromegaly .
- الأشكال الخنوثية Intersexual Forms
  خلل تكوّن القند .
  الخنوثة المؤنثة الكاذبة

*الزبب المحرّض بالأدوية* :

الأندروجينات ، مشتقات البروجسترون ( مشتقات ١٩ ـ نورتستسترون والدانازول ) ، الستيروئيدات القشرية السكرية و A.C.T.H. ، الأدوية غير الستيروئيدية ( Diphenylhydantoin, Diazoxide ، هكزاكلوروبنزين ، البنسيلامين ، مينوكسيديل ) .

*أسباب متفرقة* :

القهم العصابي ، البرفيرية ، الآفات العصبية .

---

*الزبب العرضي Symptomatic Hirsutism* : وينجم عن أسباب مبيضية أو كظرية أو نخامية أو مواكبة لورم خبيث . فمن أسباب ارتفاع مستوى الأندروجينات هي الأورام المولدة للأندروجين السليمة والخبيثة ، سواء كانت في الكظرين أو المبيضين ، وفي متلازمة كوشينغ ، أو المتلازمة الكظرية التناسلية الولادية ، أو بعد البلوغ وحالات الخنوثة Intersexual كالخنوثة الأنثوية الكاذبة ، وخلل تكوّن القند . وتوجد في متلازمة Stein – Leventhal مبايض متعددة الكيسات مترافقة مع انعدام الطمث وارتفاع مستوى الأندروجينات في الدم مع نسبة سويّة أو مرتفعة قليلاً لإفراغ ( ١٧ – كيتوستيروئيد ) . ويبدو أن الزبب من منشأ مبيضي هو أكثر شيوعاً من الزبب من منشأ كظري .

*الزبب المحدث بالأدوية Drug – Induced Hirsutism* :

بعض الأدوية كالأندروجينات ، والابتنائيات Anabolics ، ومشتقات البروجسترون ، ومانعات الحمل ، ومستحضرات الإياس ( حسب نسبة احتوائها على الأندروجين أو الجستاجين Gestagen والتي تستقلب إلى أندروجين ) والهرمون الموجه لقشر الكظر .A.C.T.H والستيروئيدات القشرية السكرية ، يمكن لها جميعاً ، وذلك حسب الجرعة ودرجة حساسية الجريب الشعري عند كل فرد ، أن تسبب الزبب وأحياناً مع علامات استرجال أخرى .

*الزبب الأساسي أو الغامض* ***Idiopathic Hirsutism*** : وتشكل المجموعة الأكبر ، إنما وبعد إيجاد طرق نوعية ودقيقة لمعايرة الأندروجينات ، انخفض عدد المصابات بالزبب دون أن يكون عندهن زيادة في الأندروجين ويوضع هذا التشخيص إذا كانت الصورة السريرية غير شديدة مع غياب علامات الاسترجال ، وتكون نسبة التستسترون أو دي هيدروايبي أندروسترون Dehydroepiandrosteron (DHEA – S) Sulfate طبيعية أو قريباً منها . ويجب القبول بوجود فرط حساسية الجريب الشعري للأندروجين مثلاً نتيجة وجود مستقبلات أندروجينية غير سوية في هيولى الخلايا الظهارية للجريب الشعري أو زيادة فعالية ( ٥ ـ ألفا ريدوكتاز ) وما يتلو ذلك من زيادة تشكل الدي هدروتستسترون من التستُسترون .

*الزبب في متلازمات نادرة* : متلازمة Morgagni ومتلازمة Achard – Thiers (١٩٢١) لدى النساء المسنّات وتتميز بزبب وخاصة في منطقة الذقن مع استرجال وسمنة وفرط التعظم الجبهي الباطن وداء سكري . وإضافة لما سبق فقد وصف الزبب في تثلث الصبغي Trisomy في متلازمة هولر Hurler ( داء عديدات السكريد الوراثي ، ١٩٢٠ ) ، وفي متلازمة كورنيليا دو لانغ Cornelia De Lange ( تشارك عدد من التظاهرات التنكسية مع سحنة تشبه سحنة المهرج : ١٩٣٣ ) .

**التشخيص :**

*القصة السريرية* : ويجب أن تشمل العوامل العرقية والعائلية ، وبدء حدوث ترقي فرط الأشعار وعلاقتها مع اضطرابات الطمث والخصوبة المحرضة بالهرمون ، والتبدلات الهرمونية المشاهدة في سن البلوغ ، والحمل وسن الإياس وكذلك التأثير المحتمل لبعض الأدوية ، أو وجود أسباب وراثية ، أو سوء استعمال دوائي ، وكذلك فرط الأشعار في المتلازمات النادرة التي ذكرت أعلاه . ويجب تجنب إجراء تشخيصات مخبرية مكلفة .

*الموجودات السريرية* : وتشمل توضع الأشعار وكثافتها ، وكذلك علامات التذكير الأخرى ، آخذين بالحسبان إفراز المث ، والعدّ الشائع والخاصّة الأندروجينية ذات الطراز المذكر .

*التشخيص الهرموني* : ويفيد للتمييز بين الزبب العرضي والأساسي ( الغامض ) ، ويجب إجراء الفحوص المخبرية الهرمونية إذا أمكن نفي احتمال وجود دواء مسبب أو عدم وجود عامل وراثي ، والأهم هو تحديد نسبة التستسترون في المصل ( السوي ٠,٢ ـ ١ ، حوالي ٠,٤ نغ/مل ) ونسبة DHEA – S ( السوي ١٠٠٠ ـ ٣٠٠٠ ، حوالي ١٧٠٠ نغ/مل ) . وإذا وجدنا قصة سريرية طويلة دون وجود علامات استرجال ، ودون موجودات نسائية إيجابية ، مع نسبة أندروجينات سوية ( تستسترون و DHEA – S ) والمجراة لعدة مرات ، عندها لا نحتاج إلى دراسات مخبرية إضافية ، وحين وجود علامات استرجال أو قصة سريرية قصيرة أو كليهما معاً مع زيادة سريعة للزبب فإن الأمر يحتاج لدراسة مخبرية مفصلة ( بما في ذلك اختبار تثبيط الدكساميتازون واختبار التحريض بالهرمون .A.C.T.H ) .

*الفحص النسائي* : ما يجب إجراؤه هو الجس ، ودراسة المبيضين بفائق الصوت Ultrasound أو بالتفريسة Scan لنفي احتمال وجود أورام فيها أو تبدلات عديدة الكيسات . وفي حال الضرورة تجرى قثطرة الأوردة المبيضية ، وحين الشك بوجود ورم ، تجرى دراسة مقطعية محوسبة ، أو تنظير جوف البطن (Laparoscopy) .

*التشخيص الكظري* : ويشمل الدراسة بفائق الصوت والتصوير المقطعي للجهاز البولي لنفي احتمال وجود أورام ، وإذا أمكن إجراء دراسة انتقائية للكظرين باستعمال قثطار Catheter ، وتصوير الأوعية ، وإجراء التخطيط الومضاني ، وتصوير مقطعي محوسب (Computer Tomography) ، وأخيراً تنظير جوف البطن .

**المعالجة** : وتتعلق بالآفة المسببة وبعد ذلك يمكن المحاولة لإزالة الأشعار تزويقياً .

*النتف* ***Epilation*** :

*النتف الدائم* : ويقوم على تخريب رحم الشعرة والحليمة الأدمية بواسطة الحل الكهربي (Electrolysis) وذلك باستعمال إبر النتف « لكروماير Kromayer » أو بالتخثير الكهربي ويمكن أن يتم ذلك بيد خبراء التجميل . ويعود حوالي ٣٠٪ من الشعر المنزوع في جلسة واحدة للنمو من جديد . ولذلك نحتاج إلى عدة جلسات . ولم يعد النتف الدائم باستعمال الأشعة السينية

مستعملاً لخطورة تأثيراته الجانبية .

النتف المؤقت : ويتم باستعمال طرق آلية مختلفة كالملقط والحلاقة والجموشات ( إزالة الأشعار ) Depilatory كيميائية . إن المادة الفعالة في الجموشات هي السولفيد القلوي الأرضي Earth Alkali Sulfide الذي يحلُّ مادة الكيراتين ( القرنين ) ويكون قلوياً بشدة ( مثل سولفيد الباريوم ) أو التيوغليكولات . هي مسوّقة بشكل مراهم وبودرات ، وإن استعمالها المتكرر غير مستحسن بسبب تأثيرها المخرش للجلد ( التهاب جلد تماسي سمّي ) . وإن محذور الحلاقة والجموشات الكيمياوية أنها تزيل في نفس الوقت الأشعار الزغبية الخفيفة والتي يمكن بسبب ذلك أن تتحول إلى أشعار انتهائية . وينطبق هذا أيضاً على تطبيق الجموشات اللاصقة المستعملة لإزالة شعر الساقين . وإن إزالة لون الأشعار الانتهائية السوداء بواسطة الماء الأكسجيني ( بنسبة ٥٪ ) يفيد تزويقياً حيث أن الأشعار التي أزيل لونها تصبح أقل وضوحاً على الجلد الأبيض .

*معالجة الزبب العرضي :*

وتحتاج إلى معونة اختصاصي الأمراض الداخلية والغدد الصماء ( مثلاً في حالة داء كوشينغ والمتلازمة الكظرية التناسلية ) ، واختصاصي الأمراض النسائية ( في حالة كيسات المبيض أو متلازمة شتاين – لوفنثال ) ، وأحياناً إلى معونة الجرّاح أو الاختصاصي في معالجة الأورام . تزال الأورام المولدة للأندروجينات جراحياً . وإن عمر المريض ودرجة خباثة الورم يحددان الاستطباب في متلازمة شتاين – لوفنثال . ويتحسن الزبب بعد المعالجة الهرمونية وخاصة المقادير القليلة من مضادات الهرمون المذكر ، وتفيد تماماً في الحالات الخفيفة .

*معالجة الزبب الأساسي ( الغامض ) :*

في حالات الزبب الخفيف وخاصة المترافقة بالعد الشائع والمث ، نحصل على نتائج جيدة بالتأثير المضاد للهرمون المذكر للجستاجين Gestagen Chlormadinone Acetate المشرك مع الاستروجين (Mestranol) ( لمدة ٢١ يوماً بمقدار ٠,١ ملغ مسترانول ولمدة ١٠ أيام كلورمادينون أستات ) . وإن مشاركة سبروتيرون أستاتت ( ٢ ملغ لمدة ٢١ يوماً ) مع الايتنيل استراديول ( ٠,٠٣٥ ملغ ) له تأثير أشد . وفي حالات الزبب الشديد وصف إعطاء ٠,٠٥ ملغ من ايتنيل استراديول لمدة ٢١ يوماً ( من اليوم ٥ – ٢٥ من الدورة ) مشركاً مع ٢٥ – ١٠٠ ملغ خلات السيبروتيرون لمدة ١٠ أيام ( ٥ – ١٤ من الدورة ) [Hammerstein's Schedule] .

*الزبب لدى النساء بعد استئصال الرحم أو في الإياس :*

يوصى بجرعة مستمرة من ٢٥ – ١٠٠ ملغ سيبروتيرون حيث يؤدي هذا العلاج المضاد للذكورة إلى تراجع الزبب في أغلب الحالات بعد أقل من ٦ – ٩ شهور ، غير أن النكس متوقع على أيّ حال إذا لم يستمر العلاج بالجرعات العالية ، أو على الأقل الاستمرار بجرعات خفيفة من السيبروتيرون الحاوي على مانع حمل .

*مضادات الاستطباب والأعراض الجانبية للمعالجة بمضادات الأندروجين :*

يعتبر الحمل خاصة والدوالي والتدخين والآفات القلبية الوعائية والعضلوم الرحمي من مضادات الاستطباب . أما الأعراض الجانبية الملاحظة فهي : التعب ، وزيادة الوزن ، والاكتئاب ، ونقص الرغبة الجنسية ، وآلام الثدي ، والاضطرابات الطمثية والصداع . وإن العلاجات الهرمونية الفعالة والتي تطبق موضعياً غير متوفرة في الوقت الحاضر . ويوصى بالتعاون مع اختصاصي الأمراض النسائية واختصاصي الغدد الصم .

## الحاصّات Alopecia :

**التعريف** : هي حالة فقد أشعار موضّع أو منتشر . وإن الحدثية الحركية لفقد الأشعار والتي تؤدي إلى الحاصة تسمى النفحة ( تساقط الشعر ) : Effluvium أو Defluvium .

**الإمراض** : يكون لَمطرِق الشعرة خلال مرحلة النمو فعالية انقسامية عالية وبالتالي يكون حساساً تجاه الانسمامات ، ومن ناحية أخرى ، فإنه خلال مرحلة الراحة والتي يكون فيها الجريب الشعري بحالة توقف في فعاليته الانقسامية ، يكون غير حساس نسبياً . وإن ردّة فعل الجريب الشعري في مرحلة الفعالية تجاه الأذيات الخارجية والداخلية لا ترتبط بنوع الأذيّة بل بشدتها وبمدة تأثيرها وبالحساسية الخاصة لكل جريب .

### الحاصّة من النمط المتأخر Alopecia of Late Type :

*المرادفات :* نفحة مرحلة الرّاحة Telogen Effluvium ، فقد أشعار مرحلة الراحة ، حاصة مرحلة الراحة .

تؤدي الأذية الخفيفة لمطرق ( رحم ) الشعرة الفعّالة إلى إنهاء مبكر فيزيولوجي ، لمرحلة النمو ، وتحول الجريب إلى مرحلة الراحة مع تشكل شعرة بشكل مضرب الطبل . وهنا تسقط الأشعار في النهاية الفيزيولوجية لمرحلة الراحة أي بعد حوالي ٢ – ٤ أشهر ، وإذا أصيبت دفعة واحدة كبيرة نسبتها ٨٥٪ من الجريبات التي هي في مرحلة النمو والفعالية في فروة الرأس ، كما يحصل إثر الآفات الخمجية المترافقة بترفع حروري

شديد ، أو الانسمامات أو الولادة ، فإن ذلك يؤدي إلى فقد أشعار مرحلة الراحة ( نفحة مرحلة الراحة ) وبالتالي إلى نقص شديد فجائي في كمية أشعار الفروة .

وحيث أن نفحة مرحلة الراحة لا تظهر إلا بعد ٢ ـ ٤ شهور من تأثير العامل المؤذي ، فقد سميت الحاصة التالية لها بالحاصة من النمط المتأخر ويكون مخطط الأشعار ( نسبة أشعار مرحلة الفعالية والنمو إلى أشعار مرحلة الراحة ) مائلاً لصالح أشعار الراحة ، ونسمي غزارة أشعار الراحة ، ونقص الشعر التالي ، بصرف النظر عن السبب ، واستناداً لآليتها الإمراضية بحاصة الراحة Telogen Alopecia أو نفحة الراحة .

**الحاصّة من النمط الفوري ( العاجل )**
**Alopecia of Immediate Type :**

*المرادفات :* النفحة الحثلية في مرحلة النمو Anagen – Dystrophic Effuvium ، نقص الأشعار الحثلي في مرحلة النمو ، الحاصلة الحثلية في مرحلة النمو Anagen Dystrophic Alopecia .

يؤدي التخريب الأشد للجريب في مرحلة النمو ( الفعالية ) وربما حساسية الجريب المفرطة تجاه بعض الأذيّات ، خلال ساعات وأحياناً خلال أيام ، إلى تحول الجريب من مرحلة النمو والفعالية إلى الفعالية الحثلية . وإن النهي ( التثبيط ) الأشد للاستقلاب والفعالية الانقسامية يؤثر على المطرق المولد للشعرة ويؤدي إلى نقص حجمه ، ويحدث بالتهالي نهي لتشكل الشعرة والغمد الداخلي للجذر ، مما يجعل جذر الشعرة نحيفاً خيطياً ينكسر من النقطة الأقرب وتسقط الشعرة أخيراً كشعرة حثلية . وأحياناً لا تتكون شعرة في المطرق المصاب بالحثل والذي تحرك إلى الأعلى ضمن الأدمة ( طور الراحة في مرحلة النمو Anagen – Rest Phase ) .

وإذا ارتكس عدد كبير من الجريبات بهذه الطريقة نتيجة أذية مخربة شديدة ، سواء أكانت التهابية ( حاصة بقعية ) أو سمية ( الحاصة الموقفة لنمو الخلايا Cytostatic Alopecia ) ، فيمكن لعدد كبير من الأشعار أن يسقط بعد أيام من الأذية وتتطور حاصّة من النمط الفوري . ويظهر مخطط الأشعار نسبة سويّة من أشعار مرحلة الراحة ، إنما هناك نقص في أشعار مرحلة الفعالية ( النمو ) مع زيادة نسبة الأشعار الحثلية في مرحلة النمو ( بالحالة الطبيعية ١ ـ ٢٪ ) . ونسمي ذلك طراز حثل جذور الأشعار والنفحة الحثلية في مرحلة النمو ويمكن تسمية الحاصّة استناداً إلى آليتها الإمراضية « الحاصة الحثلية في طور النمو » أو النفحة الحثلية في مرحلة النمو .

*التنكس الحاد في مطرق ( رحم ) الشعرة :* عند حدوث تخرب شديد أو مفاجىء في مطرق الجريب الفعّال ، يمكن لكامل المطرق أن يتخرب بحدثية تعرف باسم « التنكس الحاد للمطرق » ، حيث تتكسر الأشعار أعلى المنطقة المتقرنة وتسقط . ويشكل المطرق المتنخر مع جزيئات الملانين ، وبقايا الغمد الداخلي للجذر ، والقِراتين المتبقي من الشعرة ، حادثة تعرف بتليف الشعرة التنكسي وتنطرح هذه البقايا عبر قناة الجريب . ويلاحظ في فوهات الجريبات سدّادات نقطية سوداء تعرف باسم « الأشعار الجيفية Cadaverised Hair (Besnier) » . والأشعار الجيفية نموذجية وخاصة في الثعلبة ذات الترقي السريع . ويحدث تنكس مشابه لمطرق الشعرة في تليف الأشعار ( Trichomalacia Miescher – ١٩٤٢ ) الحاصل في هوس نتف الأشعار . وقد يتشكل لاحقاً جريب شعري جديد من خلايا مطرق الشعرة التي بقيت سليمة في الحليمة الأدمية السليمة .

*التخرب الكامل لمطرق الشعرة :* يمكن لكل من الخراجات الموضعية أو الالتهابات الحبيبومية ، أو تبدل الجلد من الضمور إلى التندب ، الارتشاحات التنشؤية أو التأثيرات الخارجية الحادة ( الأشعة السينية أو الحروق ) ، أن تؤدي إلى تخرب كامل في الجريب الشعري وبالتالي إلى فقد أشعار نهائي . إلا أن المهم بالنسبة للطبيب ليس فقط الآلية الإمراضية التي أدّت للحاصة ، بل عليه أن يكون مستعداً لوضع الإنذار النهائي بالنسبة لمريض يغلب أن يكون متأثراً تأثراً نفسياً شديداً تجاه فقد أشعاره . وبناء على هذه الأسباب فقد صنفت الحاصّات إلى دائمة ( غير عكوسة ) ومؤقتة ( عكوسة ) .

**الحاصّات الدائمة Permanent Alopecia :**

السبب في الحاصات الدائمة وغير العكوسة هو غياب الجريب الشعري بسبب سوء تشكل ولادي أو بسبب تخربه لاحقاً ، ويشاهد في الصلع فقط ، سواء من النمط الذكري أو الأنثوي ، أن الجريب لا يكون متخرباً بل مصاباً بتبدلات مترقية غير عكوسة تحوّله إلى جريب قزم .

**الحاصّة الولادية ونقص الأشعار**
**Congenital Alopecia and Hypotrichosis :**

**المَرَط ( فقدان الأشعار ) Atrichia :**

قد يكون فقد الأشعار الولادي متعمماً ( المرط الولادي المنتشر Atrichia Congenital Diffusa ) أو موضعاً ( المرط الولادي المحدد ) . وقد يكون الشكل المنتشر كخلل معزول أو كعلامة مشتركة مع عيوب ولادية أخرى كما في ثدن ( خلل تنسج ) الأديم الظاهر من النمط المعرّق أو مانع العرق أو في الشيّاخ Progeria .

**خاصة المثلثية الولادية Alopecia Triangularis Congenitalis** : [ سابورو : ١٩٠٥ ]

مرادفات : الحاصة المثلثية الصدغية الولادية ، الحاصة الصدغية الولادية .

التعريف : حاصة ولادية غير قابلة للعلاج تتوضع بشكل مثلثي على الصدغين .

الحدوث : يبدو أنها ليست نادرة المصادفة لكنها غير معروفة كثيراً . تصيب الإناث وتصبح واضحة في سن ٣ سنوات من العمر أو بعد ذلك .

الإمراض : نقص محدود ولادي في الجريبات الشعرية بشكل مثلثي أو بيضوي على جلد منطقة الصدغين .

الموجودات السريرية : تلاحظ في المنطقة الصدغية بدءاً من خط الأشعار بؤرة خفيفة الشعر قطرها من ٢ ـ ٤ سم ، لا يبدي الجلد عليها أيّ تبدل أو ضمور وتكون البقعة في المنطقة الجبهية الصدغية مثلثية عادة ، قاعدة المثلث هي خط الأشعار ، لا تزداد الآفة حجماً مع تقدم سيرها .

التشريح المرضي النسجي : الجلد طبيعي ، تغيب فيه الجريبات الشعرية الناضجة .

السير : غير متبدل .

التشخيص التفريقي : هام جداً حيث أن النظرة السريعة تجعلنا نلتبس بالثعلبة ، ويوضع التشخيص الصحيح من خلال القصة السريرية والدراسة النسيجية . تؤدي حاصة الشدّ إلى ضمور نهائي في جلد الفروة وفي الجريبات .

المعالجة : غير ممكنة .

**خفة الأشعار Hypotrichosis :**

هو نقص ولادي في طراز الشعر (Hair Pattern) ، حيث نجد لدى بعض المجموعات العرقية ، وخاصة الأسيويين وبعض الأفارقة ، نمو أشعار مبعثرة في الذقن والجسم ، وهو شكل فيزيولوجي ولا يدل على نقص في مستوى الهرمونات الجنسية المذكرة . وتكون خفة الأشعار علامة في عدد من المتلازمات ، حيث نشاهد نقصاً ليس في كمية الأشعار وحسب ، بل نجد تبدلات في سقيبة الشعرة ، ومن أمثلتها متلازمة روثموند ومتلازمة تومسون ومتلازمة نيثرتون . التبدلات الشكلية في سقيبة الشعرة والتي وصفت سابقاً كالأشعار المنفتلة ( الملتوية ) ، والشعر السبحي ، والاضطرابات الاستقلابية ، تترافق كلها عادة بأشعار مبعثرة بشكل خفة أشعار .

المعالجة : من غير الممكن معالجة الحاصّات الولادية أو خفة الأشعار الولادي . وأفضل طريقة لتجنب حدوث الاضطرابات النفسية هي وضع الشعر الاصطناعي .

**الحاصّة الندبية Scarring Alopecia :**

كل الظروف التي تؤدي إلى التندب تسبب تخرباً في الجريبات الشعرية وبالتالي إلى نقص أشعار وحاصّة غير عكوسة . إن أنماط التخربات العميقة والمؤدية إلى تندب الجلد هي الهرس والحرق والسمط ( حرق الماء المغلي ) وحرق الحموض . كما أنّ آفات الجلد التقرحية تؤدي أيضاً إلى التندب ، وقد تؤدي الإصابة ببعض الحمات إلى تندبات مشابهة كخمج الحلأ النطاقي المواتي ، وبعض الأخماج الجرثومية كالسل والجذام والدمامل والحمرة الحميدة ، والإفرنجي الثالثي ، والتهاب جريبات الفروة المشكل للخراجات والمحتفر ، والداء البثري الحمضي ، والجلاد البثري التقرحي في الفروة ، والفطارات العميقة ، والتنشؤات المقرّحة كالوعاؤومات الدموية ، واللمفومات الخبيثة ، والسرطانة قاعدية الخلايا أو الملانومات الخبيثة .

**الحاصّة الضمورية Atrophic Alopecia :**

خلال سير آفات الجلد الضمورية يمكن للجريب الشعري أن يضمر بدوره مؤدياً إلى حاصة غير قابلة للتراجع . ويمكن أن نميز سريرياً بقعاً جلدية ضامرة تتميز برقة أشعارها وغياب فوهات الجريبات الشعرية . وتكون الحاصّة الضمورية عادة واضحة الحدود ، وتبقى أحياناً أشعارٌ سليمة مبعثرة في البقعة الضامرة .

**حالة الثعلبة الكاذبة (Pseudopelade State)** : يمكن أن نعرف الأسباب السريرية والنسيجية للحاصة الضمورية إذا كان لدينا معلومات واضحة عن القصة السريرية أو إذا بقيت بؤر فعالة من الآفة المسببة على الفروة أو على أجزاء أخرى من الجلد أو الأغشية المخاطية ( الحزاز المسطح مثلاً ) . ومن المهم العناية بدراسة القصة السريرية وإجراء فحص جلدي كامل . وفي حالة الآفات الضمورية كثيراً ما لا يمكن معرفة الآفة المسببة ويكون لدينا حالة ثعلبة كاذبة ، كما في المراحل الانتهائية من الحاصة الضمورية البؤرية غير محددة السبب .

**الجدول ٣١ ـ ٢** : الجلادات التي تحدث حالة ثعلبة كاذبة
( عن Braum – Falco وجماعته : ١٩٨٩ )

*الجلادات المكتسبة الشائعة :*

الأنماط الضمورية للحزاز المنبسط .
الذأب الحمامي القريصي .
صلابة الجلد المحدّدة .
التهاب الجريبات الحاص .

*الجلادات المكتسبة النادرة :*
القرعة .
الأورام ( الانتقالات ) .
الحمامى التندبية محجبية المنشأ Ulerythema Ophryogenes .
الغرناوية Sarcoidosis أو ( داء Boeck ) .
البلى الفيزيولوجي الشحماني .

*الجلادات الوراثية :*
السُّماك الشائع ( الصبغي X الصاغر ) .
السماك الولادي ( صبغي جسدي صاغر وأشكال سائدة للصبغي X ) .
سلس الصباغ (Block – Sulzberger) .
متلازمة كونرادي – هونرمان Conradi – Hünermann ( صبغي جسدي صاغر ) .
ثدن غضروفي منقط Chondrodysplasia Punctata ( الصبغي السائد X ) .
انحلال البشرة الفقاعي الوراثي الحثلي (Hallopeau – Siemens) ( صبغي جسدي صاغر ) .
التقران الجريبي الشوكي الخاص ( الصبغي السائد X ) .

---

**الأسباب** : من الأسباب الممكنة للحاصّة الضمورية التي تشكل ثعلبة كاذبة لدينا : الحزاز المسطح الضموري ( الحزاز المسطح الجريبي ، متلازمة (Graham – Little) ، والذأب الحمامي القريصي ، وصلابة الجلد المحددة ، والبلى الفيزيولوجي الشحماني ، والغرناوية ، وانحلال البشرة الحثلي الوراثي ، والفقاعاني الندبي ، والداء الموسيني الجريبي ، والذأب الشائع ، والقرعة ، والتهاب الجريبات الخاص ، والجلاد البثري التآكلي في الفروة ، والسرطانة قاعدية الخلايا التصلبية ، والبرفيرية . كما يمكن للإشعاعات المؤينة أن تؤدي لالتهاب جلد فعّال وحاصّة غير عكوسة .

**الثعلبة الكاذبة Pseudopelade : [ Brocq : ١٨٨٤ ]**

*المرادفات :* الحاصة البقعية الضمورية Alopecia Areata Atrophicans .

**التعريف** : هي بقع صغيرة من فقد الأشعار ، مزمنة ، وغير عكوسة ، أسبابها مجهولة . ويلاحظ الضمور في البقع سريرياً ونسجياً . ولا يزال قيد المناقشة فيما إذا كانت الثعلبة الكاذبة هي حالة مستقلة ، حيث أنه في أغلب الحالات ، يكون المظهر السريري كبقع من الحاصات الضمورية والتي هي الحالة الانتهائية للآفات الجلدية المضمّرة المذكورة سابقاً . وفي بعض الحالات وخاصة عند النساء بين ٣٠ – ٥٥ من العمر لا نجد سبباً للضمور ونحتفظ بتسمية الثعلبة الكاذبة لبروك لمثل هذه الحالات .

**الموجودات السريرية** : تبتدىء الثعلبة الكاذبة لبروك ببؤرة أو بعدة بؤر ، تتوضع عادة عند إكليل الشعر أو على مؤخرة الرأس ( راجع الشكل ٣١ : ١٤ ) . غالباً ما يكون البدء خفياً ، وحين يراجع المريض طبيبه تكون حالة الثعلبة الكاذبة قد تشكلت . ويزداد حجم هذه البقع ، وتكون مدوّرة أو غير منتظمة ومحددة بأشعار سليمة . وقد تتصل هذه البؤر بعضها مشكلة بقعة واسعة خالية من الأشعار بحجم الكف . نجد في البقع المصابة بأن الجلد يأخذ اللون الأبيض المصفر ، ويكون مشدوداً لامعاً ورقيقاً بسبب الضمور ، غائراً قليلاً عن مستوى الجلد السويّ . وتكون فوهات الجريبات الشعرية غير مرئية ، ويكون الشعر في المناطق غير المصابة طبيعياً تماماً . ولا توجد علامات التهاب ولا فرط تقرن جريبي عادة ( الشكل ٣١ – ١٥ ) .

**الأعراض** : لا توجد أعراض شخصية إلا في حالات نادرة ، وقد ذكر حس شدّ وحكة ، والشكاية الرئيسية هي التأثر النفسي بسبب مظهر الآفة .

**التشريح المرضي النسجي** : رشاحة لمفاوية معتدلة متوضعة حول الأوعية والجريبات . والنتيجة النهائية هي التصلب ، مع تخرب الألياف المرنة وتنخر الجريبات . وتدلنا حزم المغراء التي تتجه عمودياً باتجاه سطح الجلد على الجريبات السابقة . تبقى العضلات الناصبة للأشعار في مكانها .

**السير** : مزمن وقد تتشكل حاصات شديدة بعد سنوات من سير الآفة ، إنما في غالبية الحالات يبقى فقد الأشعار خفيفاً نسبياً حتى بعد عقود .

**التشخيص التفريقي** : إذا عرف سبب الضمور سواءً من القصة المرضية أو سريرياً أو نسجياً أو بالمناعة النسيجية ، فإنه يضاف اسم الآفة المسببة ، مثلاً : حالة ثعلبة كاذبة تالية للذأب الحمامي القريصي . ومن المهم تمييزها عن الثعلبة ، وخاصة وأن الإنذار مختلف ، والاختلاف الرئيسي هو غياب الضمور في الثعلبة وتبقى فوهات الجريبات سليمة ، ووجود الأشعار الثعلبية النموذجية والأشعار النحيلة في محيط البؤر . ويجب إجراء فحص نسجي في كل الحالات ، وينفى الذأب الحمامي بالتشريح المرضي المناعي ( اختبار شريط الذأب Lupus Band Test ) .

**المعالجة** : لا تعرف معالجة فعّالة .

*جهازياً :* تعطى المعالجة الداخلية المضادة للبرداء . وجربت أيضاً مضادات الالتهاب والنتائج مشكوك فيها .

*موضعياً :* نظراً للعلاقة المحتملة مع الحزاز المسطح الضموري فقد جرب الحقن الموضعي بمحلول التريامسينولون المبلّر ممدداً بنسبة ١ : ٥ مع المصل الفيزيولوجي أو مع بنج موضعي ، كما

تطبق المعالجة الموضعية الستيروئيدية القشرية السكرية تحت ضماد كتيم .

**الحاصّة المبقّعة Alopecia Parvimaculata :**

[ Dreuw : ١٩١٠ ]

**التعريف** : حاصة ندبية ذات بقع صغيرة من منشأ مجهول .

**الموجودات السريرية** : بقع صغيرة حجم كل منها عدة مليمترات مبعثرة على الفروة وخاصة على منطقة القفا ( راجع الشكل ٣١ ـ ١٦ ) . لا يرافقها في المراحل المبكرة أي ضمور ، إلا أن هذا يظهر لاحقاً ، فالحاصات ضمورية وغير عكوسة .

**المسببات** : لا يوجد تفسير للآفة ، وقد نفيت علاقتها بالثعلبة الكاذبة لبروك وقد يكون السبب بقايا التهاب جريبات شعرية غير نوعي .

**المعالجة** : لا يوجد معالجة معروفة .

## الحاصّات بسبب الضغط والشّد

**: Alopecia Caused by Pressure and Traction**

يؤدي الشد والضغط المستمرين إلى تبدلات تراجعية في الجزء من الجريب المولد للشعرة ، مما يؤدي إلى توقف كامل في تكونها . أو يعطي أشعاراً نحيفة وقصيرة من النوع الزغبي . ونشاهد في مخطط الأشعار ، أشعارٌ في مرحلة الراحة أو نمط جذر الأشعار المختلط .

*الحاصة الناجمة عن الضغط المزمن :* تكون دوماً واضحة الحدود وغالباً ما تنجم عن أسباب مهيئة . مثلاً الحاصة لدى النساء اللواتي يحملن سلالاً على رؤوسهن وقد تنجم أيضاً عن تزيينات الشعر الثقيلة الوزن ، قبعات الراهبات ، أو الأربطة الضاغطة .

*الحاصة الناجمة عن الشّد المزمن :* وتظهر نتيجة بعض أشكال تسريحات الشعر ( ذيل الفرس ) . والشكل النموذجي هو الحاصة الهامشية الرضحية ( راجع الشكل ٣١ ـ ١٧ ) (Alopecia Marginalis Traumatica) حيث ينحسر الشعر عن الجبهة والصدغين أو عن مؤخر الرأس . وتنجم عن بعض تسريحات الشعر التقليدية ( بعض تمشيطات الشعر لدى السود ، وحاصة المزارعات في منطقة Hessen ) ، أو لفافات الشعر المشدودة والتي تؤدي غالباً المنطقة الهامشية من الأشعار .

**الإنذار** : غير جيد ، إذا حصل ضمور في جذور الأشعار فعلينا أن لا نتوقع عودة نبت الأشعار .

**المعالجة** : غير فعالة ، والوقاية ضرورية .

## الحاصّة الذكرية الأندروجينية

**: Androgenetic Male Alopecia**

*المرادفات :*الصلع الهيبوقراطي **Calvities Hippocratica** ، الصلع من الطراز المذكر **Male Pattern Balding** ، فقد الأشعار الذكري ، النفحة الأندروجينية ، الحاصة من الطراز الذكري .

**التعريف** : فقد أشعار معينة وراثياً ، ويتأثر بالأندروجينات ، وله مظهر متميز ، ويجب النظر إلى الصلع من الطراز المذكر كحاصة ذكرية ثانوية وليس كمرض .

**الحدوث** : يتعلق شيوع الحاصة الذكرية بعوامل عرقية وعائلية . وهي كثيرة الشيوع في العرق الأبيض وتشكل ٩٥٪ من كل أشكال الحاصّات .

**الإمراض** : العوامل الثلاث التي تقرر حدوث الآفة : العامل الوراثي ، والعمر ، والأندروجينات . وأن الميل لحدوث الصلع المذكر تورث بالصبغي الجسدي السائد . يبدي الذكور متماثلي الزيجوت **Homozygous (AA)** ومتغايري الزيجوت **Heterozygous (Aa)** هذه التبدلات ، إنما حين بلوغ عمر معين مع مستوى أندروجينات سوي . أما إذا لم يكن هناك صلعٌ عائلي وكانت نسبة الهرمونات سوية فلا تحصل حاصة . ومن ناحية أخرى لا يصاب الخصيان بالصلع رغم وجود استعداد وراثي بسبب نقص الأندروجينات . وعلى أية حال ، إذا خصي الذكر قبل سن البلوغ ، سواء كان متماثل ، أو مغاير الزيجوت ، ثم عولج بالأندروجينات بسبب النقص التالي للجراحة ، فيمكن أن يتطور لديه فقد أشعار من الطراز الذكري . بهذه الطريقة نبسّط أثر العوامل الوراثية . ويمكن لهذا النمط من فقد الأشعار أن يظهر حتى عند النساء إذا كنّ متماثلات الزيجوت أو كان لديهن تشكل مفرط للأندروجينات ( مثلاً في المتلازمة الكظرية التناسلية ) .

تتحدد وراثياً الاستجابة الفردية لكل جريب حسب مناطق الفروة وحسب مراحل الحياة . ومنذ زمن أرسطو وحتى اليوم لم يتبين لأي كان كيف تؤثر الأندروجينات على تحريض نمو أشعار اللحية وشعر الجسد ، وتؤدي في الوقت نفسه إلى الصلع في فروة الرأس . ومن المعروف أن فعالية إنظيم ٥ ـ ألفا ريدكتاز $5\alpha$ – Reductase في الجريب الشعري ، هذا الإنظيم الذي يحول التستسترون إلى مستقلبه الفعال ( دي هدروتستسترون ) ، تلعب دوراً هاماً . ويرتبط الديهدروتستسترون بمستقبلات هيولية خاصة ويدخل النواة الخلوية ومن هناك يتابع تأثيره .

وإن السبب في فقد الأشعار من النمط المذكر هو أنّ عدداً

أكبر من الجريبات في فروة الرأس تدخل مرحلة الراحة أو/و أن فترة الراحة تكون أطول ، وتصبح مرحلة النمو ( الفعالية ) أقصر فأقصر في الدورات اللاحقة ، وتصبح الأشعار الناتجة أقصر وأنحل . وأخيراً ينتج نوع من الشعر النحيل جداً ، عديم اللون ( التحـول التـقـهـقـري أو التراجعي Regressive Metamorphosis ) . ولدينا في مخطط الأشعار طراز جذور أشعار مرحلة الراحة حيث يسمى هذا النوع من فقد الأشعار ( حاصة مرحلة الرّاحة Telogen Alopecia ) . وبشكل أندر نجد أحياناً نمط جذور أشعار مختلط . وقد جرت محاولات ناجحة جزئياً لتنشيط الجريب من النمط الزغبي ليشكل أشعاراً سويّة من جديد باستعمال المينوكسيديل موضعياً ، إنما بصورة عامة فإن الطراز الذكري لفقد الأشعار والصلع المذكر التالي هما غير عكوسان .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي تحولاً تقهقرياً ، أي العودة إلى الجريب الزغبي الصغير في أعلى الأدمة .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الحاصة الأندروجينية لدى الذكور في سن البلوغ وتؤدي أول الأمر إلى تراجع خط الأشعار عن الجبهة ، ومع ترقيها ، يمكن أن نميّز عدة درجات من الصلع المذكر :

الدرجة I : بدء تراجع الشعر في الصدغين .

الدرجة II : إضافة لما سبق ، بدء خفة الأشعار في قبة الجمجمة ( أعلى القسم القفوي ) .

الدرجة III : رقة وتحول الأشعار في منطقة الإكليل ( التاج ) يؤدي إلى التحام المناطق المجردة من الأشعار .

الدرجة IV : وأخيراً تبقى الأشعار فقط في المنطقة الهامشية من الخلف والجانبين كحدوة الحصان وتسمى هذه الحالة بالصلع الهيبوقراطي .

يكون الصلع واضح الحدود . ويبقى نمو الشعر طبيعياً في مناطق الرأس الجانبية . ولا يكون الجلد في المناطق الجرداء ضامراً بل يبدو رقيقاً بسبب ضمور بصيلات الأشعار التي تأخذ حيّزاً في الأدمة . تبقى فوهات الجريبات في مكانها حاوية زغباً نحيلاً جداً ، قصيراً وغير مصطبغ ، ولا تحوي هذه الأشعار الزغبية لباً . وتكون المناطق الصلعاء زهمية بشكل واضح بسبب استمرار عمل الغدد الزهمية ، هذا الزهم الذي يجعل سطح الجلد دهني الملمس لعدم وجود أشعار ينتشر عليها .

**الإنذار** : ويتحدد بعوامل عرقية ، عائلية ووراثية . وتظهر الحاصة الأندروجينية في بعض العائلات بشكل مبكر جداً ، مباشرة بعد البلوغ ( الحاصة المبكّرة ) . وتؤدي سريعاً إلى الصلع الكامل . أما إذا تطورت ببطء في العقد الرابع أو الخامس من الحياة فإن إنذارها يكون أفضل بكثير وتبقى محدودة . وإن الرجال الذين لا يصابون بفقد أشعار من النمط الذكري وحتى العقد الرابع أو الخامس من العمر ، يغلب ألا يصابوا بالصلع .

*مخطط الأشعار* : تزداد نسبة أشعار مرحلة الراحة وذلك حسب شدة النفحة ( تساقط الأشعار ) وترقيها وهكذا فإن لمخطط الأشعار دلالة على الإنذار .

*المؤذيات الإضافية* : الإكزيمة الحاكة في الفروة ، المثّ ، ونخالية الرأس ( النخالية البسيطة في أشعار الرأس Pityriasis Simplex Capillitii ) ، والحاصّات الحادة المنتشرة إثر الآفات الخمجية ، والأدوية وبعض المؤذيات الأخرى . فقد تبين نتيجة الخبرة السريرية أنها تؤهب لفقد أشعار من الطراز المذكر . وينطبق ذلك أيضاً على فقد الأشعار الأندروجيني لدى النساء . وإن بعض العوامل التي كانت تعد هامة في السابق ، كعدم العناية بالشعر ، وغطاء الرأس الكتيم ( الخوذات الفولاذية ) ، واضطرابات التروية الموضعية ، لم تعد تعتبر في الوقت الحاضر ذات علاقة بفقد الشعر لدى الذكور .

**المعالجة** : لا يوجد علاج فعّال للصلع لدى الذكور . وإن المحاليل الحاوية على الاستروجينات والتي تعتبر مفيدة من الناحية العملية ، لم تثبت فائدتها علمياً بشكل قاطع . وإذا استعملت بتراكيز عالية فيجب الانتباه إلى إمكانية امتصاصها . أما العلاج الداخلي بمضادات الأندروجين والمفيد حتماً لدى الذكور فإنما هو نوع من الخصي الدوائي وتطبيقها موضعياً غير متوفر في الوقت الحاضر . وإن المعلومات الوراثية تبقى في الجريب حتى بعد نقله إلى منطقة أخرى من الجسم ( المعطي السائد ) ، وهكذا فإن عملية نقل غرسات صغيرة من الشعر بواسطة المخرمة (Punch) حسب طريقة Orentreich من المناطق الجانبية إلى المناطق الجرداء هو ممكن . وللوصول إلى نتائج تزويقية مقبولة نحتاج إلى عدة جلسات لكن كلفتها المادية الكبيرة تمنع انتشارها . هذا وإن كثيراً من المرضى مهيؤون لوضع شعر مستعار بسبب وضعهم المهني والاجتماعي أو النفسي ، ويمكن تأمينه من قبل الضمان الصحي إذا كان يساعد على حل مشاكل المريض النفسية . ومن المهم أخيراً أن نعالج بشكل مُحافظ المظاهر المرافقة لفقد الشعر من الطراز المذكر والتي تسيء إلى الحالة المرضية كالمث الشديد وقشرة الرأس والاحمرار الالتهابي في الفروة والحكة أيضاً . وتفيد الشامبوهات الخاصة والمحاليل الموضعية . وقد ظهر حديثاً إثر استعمال المينوكسيديل ، داخلاً وموضعياً ، تحريضه على نمو الأشعار في المناطق الجرداء لدرجة معينة . وإن مستحضر المينوكسيديل (٢٪) لعلاج الصلع المذكر موضعياً متوفر في الأسواق ويمكن أن يوقف تطور الحاصة لدى بعض المرضى المستجيبين وذلك

حتى استمر المريض في تطبيق العلاج .

### الحاصّة الأنثوية الأندروجينية
### Androgenetic Female Alopecia :

*مرادفات :* الحاصة الأندروجينية لدى النساء ، الحاصة المنتشرة مزمنة لدى النساء Chronic Diffuse Alopecia in Women ، فقد الأشعار من الطراز الأنثوي .

إن الحاصة الأندروجينية هي أقل شيوعاً وأقل وضوحاً لدى النساء مما هي عليه عند الرجال . وتشكل عندهن حوالي ٩٠٪ من كل الحاصّات . وإذا كانت الحاصة الأندروجينية عند الذكور لا تعتبر مرضاً إلا أنها قد يكون لها تأثير نفسي شديد . وإن كل الرجال تقريباً يبدون درجة من الصلع قلت أو كثرت حسب استعدادهم الوراثي . لكن هذه الظاهرة لدى النساء إنما تدل على زيادة مفرزات الأندروجينات عندهن ( حالات المتلازمة الكظرية التناسلية ) ، أو حين تناولهن لعلاجات لها تأثير أندروجيني أو حين يبدين زيادة في حساسية الجريبات الشعرية لمستوى الأندروجين الفيزيولوجي، وهكذا فإن للحاصة الأندروجينية عند النساء دلالة مرضية مزدوجة . فزيادة مستوى الأندروجين يشير إلى اضطراب في الغدد الصم ، ويشكل الصلع بحد ذاته آفة مشوهة للمصابات ، ولذا فهي تعتبر معضلة نفسية هامة .

**الموجودات السريرية :**

*الحاصة الأندروجينية ذات الطراز المذكر لدى الإناث :* وهي نادرة وفي حالاتها الوخيمة قد تأخذ الحاصة الأندروجينية لدى النساء نفس السير المشاهد عند الرجال . عندها تكون سريرياً مشابهة للحاصة الأندروجينية لدى الذكور من تراجع خط الأشعار في الصدغين وحتى إلى ظهور صلع كامل من الطراز الذكري ، في مثل هذه الحالات ، يكون لدى المريضة ، إضافة للاستعداد الوراثي ، زيادة صريحة في مستوى الهرمونات الأندروجينية ( المتلازمة الكظرية التناسلية ، الأورام المنتجة للأندروجينات ) . ونجد عادة علامات تذكير إضافية كالزبب والاسترجال .

*الحاصة الأندروجينية ذات الطراز الأنثوي لدى النساء :* عندما يكون العامل الوراثي موجوداً ، وفي نفس الوقت ، يكون ارتفاع مستوى الأندروجينات معتدل وغير صريح ، تحدث خفة أشعار منتشرة ( الشكل ٣١ ـ ١٨ ) ، عادة بين سن العشرين والأربعين وخاصة في منطقة الإكليل ( التاج ) على الفروة (راجع الشكل ٣١ ـ ١٨). وفي الحالات النموذجية يبقى خط الأشعار في الجبهة في مكانه وتزداد الحاصة في منطقة الإكليل ( التاج ) تدريجياً لدرجة أن جلد الرأس يصبح مرئياً .

ومن النادر جداً أن يغيب الشعر كليّة في منطقة الإكليل ، وهكذا نجد صلعاً في منتصف الفروة محاطاً بإكليل من الأشعار . ومن الأعراض النموذجية المرافقة المث وزيادة رقة الأشعار .

*مخطط الأشعار :* يبدي حاصة مرحلة الراحة .

**التشخيص :** توضح القصة السريرية وجود عوامل وراثية . ويبدي الفحص السريري غالباً ، علاوة على خفة الأشعار في مناطق الرأس النموذجية ، شعرانية واسترجال . ومن المهم معرفة بدء وتطور النفحة وعدد الأشعار الساقطة يومياً حيث يطلب من المريضة أن تجمعها في مغلّف وتعد الأشعار التي تسقط أثناء التمشيط يومياً ، ولعدة أيام ، وذلك بعد غسل الأشعار لمدة خمسة أيام . وفي بعض الحالات يكون لدى المريضة تقدير خاطيء لعدد الأشعار الساقطة دون ظهور خفة أشعار صريحة ( الحاصة الكاذبة النفسية المنشأ Psychogenic Pseudolopecia ) . ويجب فحص مجموعة عشوائية من نماذج الأشعار ، ويمكن معرفة الأشعار المتساقطة فعلاً من الأشعار المقصوصة . وللقصة السريرية أهمية لكشف مرض سابق أو تناول أدوية وذلك لنفي الأسباب الأخرى للحاصّات . ويجب التأكيد بشكل خاص على الحمل وعلى الهرمونات مانعة الحمل وفي حالة الشك بوجود إفراز مفرط للأندروجينات يمكن تحديد نسبة كبريتات التستسترون وكبريتات دي هيدرو ايبي اندروستيرون Dihydroepiandrosterone Sulfate في المصل .

**المعالجة :**

*الجهازية :* بما أن الحاصّة الأندروجينية وزيادة المث لدى النساء تترافقان عادة بنسب عالية من الأندروجينات أو زيادة حساسية الجريب الشعري للأندروجين لذا فإن مضادات الأندروجين فعالة في هذه الحالة . ومضادات الأندروجين ( خلات السبروتيرون ) هي جيستاجينات إنما لها تأثير ناهٍ ( مثبط ) لإفراز الأندروجين ، وتأثير على المستقبلات الهيولية في العضو الهدف إضافة لذلك فإن الاستروجين وبعض مشتقات البروجسترون ، كخلات الكلورمادينون ، تنقص تأثير الأندروجينات على العضو الهدف . ويفعل الاستروجين على رفع قدرة الربط للهرمون الجنسي مما ينقص نسبة التستسترون الحر . وتؤثر خلّات الكلورمادينون نتيجة تثبيط إنظيم 5α – Reductase الذي يعمل على تحويل التستسترون الحر إلى شكله الفعال 5α – Dihydrotestosterone . هذا ويجب أن نتذكر دوماً النقاط التالية :

– لا تعطى المعالجة المضادة للأندروجينات للرجال .

– يمكن للنســاء في الإيـاس أن يتنـاولن بشكـل مستمر ٢٠ – ٢٥ ملغ من خلات السبروتيرون يومياً . إنما إذا بُدىء بالعلاج في سن متقدمة فإن التحسن يكون قليلاً نسبياً .

– يمكن للشابات اللواتي يستعملن مانعات الحمل الهرمونية أن يستعملن ، دون محذور إضافي ، أحد المستحضرات الحاوية على مضادات الأندروجين . ويمكن الحصول على تأثير مضادٍّ أندروجيـني أشـدّ بـاستعـمـال مستحضر وحيد الطور Diane – 35 ، Dianette ( ٢ ملغ خلات السـبروتيرون ، ٠,٠٣٥ ملغ إيتينيل استراديول ) والتي تعطى مع الدورة ولمدة ٢١ يوماً مع استراحة لمدة ٧ أيام . يعطي هذا العلاج عند ٥٥٪ من المرضى تحسناً في الحاصة الأندروجينية ، خلال ١٢ شهراً . وإن إعطاء مضاد أندروجيني أشد يوقف سقوط الأشعار لدى ٧٠٪ من المرضى ويقوي نمو الأشعار لدى ٤٠٪ ( حين البدء بـالعـلاج بـاكراً فقط ) ويخفف الإفراز الزهمي في أكثر من ٩٠٪ . ونوصي لهذه المعالجة بطريقة معدلة ثنائية الطور حسب ما وصفه Hammerstein ( انظر الشكل ٣١ – ١٩ ) . وحين بدء نجاح المعالجة يمكن تجربة إنقاص جرعة مضـاد الأندروجين إنما إذا أوقفت تماماً يحصل النكس عادة . ويجب الانتباه لمضـادات الاستطباب والأعراض الجانبية المعروفة للمعالجة الهرمونية وبالحاصة مضادات الأندروجين .

*الموضعية* : يمكن للاستعمال الموضعي المديد للمحاليل المقوية للأشعار والحاوية على الأستروجينات أن تؤثر بشكل جيد على نبت الأشعار . وبالإضافة لتأثيرها الموضعي يمكن أن تحدث تـأثيرات جهـازية بسبب امتصـاصـه . وإن استعمـال الستيروئيدات القشرية السكرية لمدة محدودة يؤثر بشكل جيد على الأعراض الالتهابية المرافقة ( نخالية الرأس البسيطة ، الهبرية Dandruff ، الإكزيمة المثية في الفروة ) . ويجب معالجة الهبرية والإفراز المثي الشديد بأنواع من الغسولات أو الشـامبوهات الحاوية على مضادات جرثومية .

## الحاصّات المؤقتة Temporary Alopecias :

**التعريف** : هناك أشكال مؤقتة أو عكوسة من الحاصّات نتيجة تأثيرات عابرة ، خارجية أو داخلية ، تخرب مرحلة الفعالية ( النمو ) للجريب الشعري وتؤدي إلى فقد أشعار ، سواء كان معمماً أو موضعاً ( نفحة Effluvium ) وبالتالي للصلع ( حاصة Alopecia ) .

### الحاصّة المؤقتة المنتشرة :

وتكون عادة دموية المنشـأ . وتتعلق كثافة خفة الأشعار بشدة الأذية ومدة استمرارها . فبعد التخريب الشديد ، مثلاً بعد جرعة عالية من معالجة كيميـاوية بموقفـات نمو الخلايا ( راجع الشكل ٣١ – ٢٠ ) ، تبدأ الأشعار بالسقوط بعد عدّة أيام وحتى ٣ أسابيع . وتكون هذه الحاصة المنتشرة من النمط الفوري ( العاجل ) ، وتبدي مخطط أشعار حثلي أو طراز حثل جذور الأشعار في مرحلة الراحة (Telogen Dystrophic) أو ( نفحة مرحلة النمو Anagen Effluvium ) . وفي كل هذه الأشكال من الحاصّات يبقى الجلد غير متبدل . ومن الواضح أن التخريب في الحاصة المنتشرة يصيب الجريب الشعري في فروة الرأس ولا يصيب أشعار باقي مناطق الجسم ، ربما لأن نسبة الأشعار الحسّـاسة في مرحلة النمو تبلغ حوالي ٨٥٪ . وأما الجريبات غير الفعالة في مرحلة الراحة والتي تبلغ ١٥٪ فقط فإنها لا تتأثر . وأشعار مرحلة الراحة هذه تشكل في مناطق أخرى مثـل الحاجبين نسبة ٨٠ – ٩٠٪ ، وفي العـانـة ٦٠ – ٨٠٪ ، وفي الإبطـين ٧٠٪ ، وفي الأطـراف ٦٠ – ٨٠٪ . ولا تتأثر جذور أشعار مرحلة الراحة بالأذيات وبالتالي تبقى حتى نهاية فترة راحتها .

والحاصة المنتشرة هي حالة سريرية تحتاج إلى تحليل سببي دقيق . وللحاصة المنتشرة العكوسة أسباب متنوعة .وقد نشاهد فقد أشعار حاد ومزمن وذلك حسب شدة ومدة استمرار العامل المؤذي .

*الأخماج* : الحمى التيفية ، النزلة الوافدة ، الإفرنجي الثانوي ( الحاصة المأكولة بالعث ) ، الحمرة ، كلها قد تسبب حاصّات من النمط المتأخر مع طراز جذور أشعار مرحلة الراحة .

*المؤذيات المزمنة والأدوية* : الحاصة الانسمامية ، الحادة عادة أو تحت الحادة بسبب التاليوم ( سم الجرذان ) ، موقفات نمو الخلايا ، الفيتامين آ ومشتقاته ( الريتينوئيد ) ، ومضـادات التخثر ( خاصـة الهيبارين وأعداله ) هي الأكثر مصـادفة . وحسب الجرعة المأخوذة ، وطول الفترة الزمنية التي أثرت بها تكون الحاصة إما من النمط الفوري مع تطور طراز جذور أشعار حثلي ، أو من النمط المتـأخر مع طراز جذور أشعار مرحلة الراحة . ويؤدي التاليوم والمقادير العالية من موقفات نمو الخلايا إلى حاصة منتشرة من النمط الفوري . وهناك واقع لا يمكن تفسيره ، وهو أنّ الجريب الشعري يمكن أن يعتاد على الجرعات التي تسبب النفحة عادة ، ويعود الشعر للنمو من جديد دون الحاجة إلى أية معالجة .

*الاضطرابات الهرمونية* : الحاصة بعد الوضع Postpartum هي الأكثر شيوعاً والتي تكون عادة حاصة مرحلة الراحة من النمط المتأخر ، وتظهر بعد ٢ – ٤ شهور من الولادة ، وتتراجع عفوياً في العادة بعد عدة أشهر . ويفسر فقد الأشعار بعد الوضع بأن الأشعار في مرحلة الحمل تبقى مدة أطول في مرحلة النمو

( انفعالية ) ، وفي هذه المرحلة أيضاً تتناقص تبدلات الأشعار الفيزيولوجية . بعد الوضع تصل الجريبات بأعداد كبيرة إلى مرحلة الراحة ( حوالي ٣٠٪ ) وتسقط في نهاية مرحلة الراحة الفيزيولوجية ، أي بعد ٢ ـ ٤ شهور . ويمكن أن تتحول نفحة بعد الوضع إلى حاصة أندروجينية لدى نساء لديهن استعداد وراثي مناسب . وقد وصف سابقاً تأثير مانعات الحمل وعلاقتها بالحاصة الأندروجينية لدى النساء . وإن تناول مانعات الحمل قد يؤدي لظهور حاصة منتشرة مزمنة . وتظهر هذه الحاصة خلال الدورات الأربع أو الست الأولى لتناول المرأة لمانعات الحمل ، بعد ذلك يمكن أن تزول عفوياً لدى العديد من المريضات رغم استمرار تعاطيهن العلاج . ومن ناحية أخرى يمكن أن تظهر حاصة منتشرة بعد ٢ ـ ٤ أشهر من وقف مانعات الحمل الهرمونية ، وهي شكل من الحاصة عقب الوضع .

إن اضطراب عمل الغدة النخامية ( نقص عمل النخامة ) والغدة الدرقية ( الوذمة المخاطية ، داء بازدو ) يمكن أن يؤدي إلى حاصة مرحلة الراحة المنتشرة والتي تكون مزمنة في العادة ، وتؤدي غالباً إلى ظهور أشعار نحيلة تحل محل الأشعار السويّة . وقد تؤدي آفات المبيضين أيضاً إلى حاصة . وإن معاوضة الاضطراب الهرموني يعيد غالباً نبت الأشعار إلى طبيعته .

*الآفات المزمنة :* الأحمريات الجلدية ، التهاب الجلد والعضل ، الذأب الحمامي المجموعي ، الداء السكري ، الأمراض المؤدية للدنف بما في ذلك الإيدز والتنشؤات الخبيثة يمكن لها كلها أن تؤدي إلى ظهور الحاصّات . حيث يصبح الشعر نحيلاً ، وعديم اللمعان ، وناقص الصباغ . وتبدي النفحة المزمنة مخطط أشعار طراز مرحلة الراحة أو جذور الأشعار المختلط ( حاصة من النمط المتأخر ) .

ويجب التأكيد أن عوز الحديد لدى النساء قد يؤدي إلى فقد أشعار معمم لذلك يوصى بمعايرة حديد المصل . وبعد تعويض النقص يمكن للشعر أن ينمو من جديد .

*حالات الكرب الحاد* ***Acute Stress*** *:* يمكن للحالات الانفعالية الشديدة أن تؤدي لفقد أشعار حاد أو مزمن حيث نلاحظ خفة أشعار حادة ومتعممة أثناء الحروب وبعد الحوادث والمداخلات الجراحية ، وتظهر عادة كحاصة من النمط الفوري وتتميز بطراز جذور أشعار حثلي أو حثل أشعار مرحلة الراحة . ويتميز هذا النوع من الحاصّات بالميل للشفاء العفوي .

*فقد الأشعار الفيزيولوجي لدى الوليد :* قد يصاب الوليد في الأسبوع الأول من الحياة بفقد أشعار متعمم ، وهذا ما يقلق الأم عادة . ويعلل سقوط الشعر لدى الوليد ، أن أشعاره تدخل في نهاية الحمل في مرحلة الراحة وتسقط في نهاية هذه المرحلة ، وهذه الحدثية قد تكون سريعة أو بطيئة ويجب توقع عودة نمو الشعر من جديد وبشكل كامل ، ويبدي مخطط الأشعار طرازاً متميزاً لجذور أشعار مرحلة الراحة .

*الحاصّة البقعية المنتشرة أو الثعلبة* ***Alopecia Areata Diffusa*** *:* تشكل الثعلبة عادة آفات بؤرية ، إنما قد تبتدىء كحاصّة منتشرة . ويحتاج وضع التشخيص في مثل هذه الحالات إلى إجراء فحص نسجي لخزعة من فروة الرأس لكشف وجود رشاحة لمفاوية حول البصلة ، وتغيب هذه الرشاحة في كل أشكال فقد الأشعار المنتشر الأخرى . ويساعد على وضع التشخيص فقد أشعار الأهداب أو مناطق أخرى من الجسم . وقد تلاحظ أيضاً تبدلات في الأظفار .

**التشخيص** : إن الأمر الأهم لوضع التشخيص هو القصة السريرية التي يجب أن تأخذ بالحسبان كل الأسباب المذكورة سابقاً . ويساعد مخطط الأشعار للتمييز بين الطراز الحثلي وطراز مرحلة الراحة ويعطينا معلومات حول تطور الآفة . وفي حالات فقد الأشعار الانسمامي الحاد قد يحدث لدينا اضطراب في نمو الأظفار ( خطوط بو ـ ريل **Beau – Reil** ) . ومن المهم نفي الإفرنجي ، وفاقة الدم بعوز الحديد ، واضطراب الغدة الدرقية والغدد الصم الأخرى . وإذا كان هناك شك بوجود حالة انسمامية فيجب إجراء دراسات سمّية ( كشف التاليوم في البول ، والشعر والأظفار ) . وفي حالة الشك بالثعلبة المعممة ، فمن الضروري إجراء خزعة من فروة الرأس .

**المعالجة :**

*الجهازية :* وتقوم على معالجة المرض المستبطن ( المؤهب للإصابة ) . لا توجد علاجات خاصة لسقوط الشعر عقب الولادة أو الحالات الحمجية وتوصف المستحضرات الهلامية **Gelatin** والفيتامين د ٣ ( ٦ ملغ يومياً ولمدة ٦ ـ ٨ أسابيع مع الحذر من مضادات الاستطباب ) ، مستحضرات الفيتامينات المركبة ، وعلى أي حال فليس لواحد منها أثرٌ أكيد . ومن الضروري إعطاء الحديد عن طريق الفم في حال عوز الحديد . أما المعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية فغير مستطبة هنا . وأثناء تطبيق المعالجة بموقفات نمو الخلايا ، فإن للمعالجة القرية **Cryotherapy** الوقائية نجاح كبير ، حيث تطبق قبل ١٠ دقائق من إعطاء الحقنة العلاجية وتكرر حسب مواعيد إجراء الحقن بالعقارات الموقفة لنمو الخلايا . ويتوفر في الوقت الحاضر مقنعة **Hood** الخاصة والمخفضة للحرارة .

*الموضعية :* العناية بالشعر وفروة الرأس .

**الحاصّة المؤقتة المحوطة**
**Circumscribed Temporary Alopecia :**

يظهر فقد الأشعار المحدد إثر أذية خارجية أو داخلية تصيب الجريب الشعري والتي تؤدي إلى وقف مؤقت في تكوّن الأشعار . الأسباب الممكنة لهذه الأذيّة : فيزيائية ، وكيمياوية والرضوح الآلية المزمنة أو الالتهابات الموضعية .

**الأنماط الفيزيائية للحاصّات**
**Physical Types of Alopecia :**

**الحاصة الانضغاطية الطفلية**
**Infantile Pressure Alopecia :**

في الأيام الأولى لحياة الوليد تكون أشعاره في مرحلة الراحة وتسقط هذه الأشعار في أشهر الحياة الأولى ويزداد هذا الفقد الفيزيولوجي للأشعار في مؤخرة الرأس بسبب الاضطجاع والفرك على الوسادة . ويمكن لهذه الحاصة النموذجية ( صلع الرضيع القذالي أو القفوي ) أن يشغل بال الأم ، إلا أن الشعر هنا يظهر من جديد حال بدء الدورة الشعرية الجديدة .

**هوس نتف الأشعار Trichotillomania :**
[ Hallopeau : ١٨٩٩ ]

*المرادفات :* شد الأشعار المرضي (Morbid Hair Pulling) .

**التعريف** : رغبة مرضية بنتف الأشعار من منشأ نفسي قد تترافق أحياناً بأكل الشعر Trichophagy ( بلع الشعر : Swallowing Hair ) .

**الحدوث** : شائع خاصة لدى الأطفال .

**الموجودات السريرية** : بقع محددة ، جبهية جدارية أو جبهية صدغية ، في الجهة اليسرى عادة لدى الأيمن وفي الجهة اليمنى عند الأعسر ( راجع الشكل ٣١ – ٢١ ) . المريض نفسه يلف الشعر حول أصبعه وينزعه . والآفة أكثر شيوعاً لدى الأطفال بين سن الرابعة والعاشرة وتدل على مشاكل انفعالية وأحياناً على اضطرابات نفسية خطيرة . وغالباً ما يقوم الطفل بهذا العمل وهو في السرير ولذا لا يشعر الأهل به . يشاهد في مناطق الإصابة أشعاراً قصيرة في أعمار مختلفة . ونقطة هامة تميزها عن الثعلبة وهي وجود نزوف حديثة في فوهة الجريبات ، وكذلك وجود نقاط تشبه الزؤان وهي علامة مميزة لهوس نتف الأشعار . الآفة نادرة لدى الكهول . وإذا وجدت فإنما تدل على وجود اضطرابات نفسية خطيرة أو على التمارض . وكثيراً ما ينزع المريض أشعار حاجبيه أو أهدابه أو ذقنه ، وكثيراً ما تترافق الآفة لدى الأطفال ، كما لدى بعض الحيوانات ، مع أكل الشعر ( يجب تحري ذلك في البراز ) . وآلية هوس نتف الأظفار وأكلها مشابه لذلك .

*مخطط الأشعار Trichogram :* نجد نسبة قليلة من أشعار مرحلة الراحة ( ٥٪ تقريباً ) ، ونجد في المنطقة السليمة سريرياً من الفروة أن نمط جذور الأشعار هو طبيعي بالنسبة للأطفال ( ٩٥٪ في مرحلة النمو و ٥٪ في مرحلة الراحة ) وغالباً ما تكون الأشعار التي يجلبها المريض معه متقصفة أو حثلية .

**التشريح المرضي النسجي** : تلاحظ نزوف نموذجية ضمن الجريب وحوله دون وجود علامات التهابية . وكذلك فإن سقيبة الأشعار تكون مبرومة ، ملتوية دودية الشكل Vermiform . الجريبات ضامرة ومليئة بمواد ناجمة عن تحلل رحم الشعرة كالقِراتين وجزيئات صباغية أو بقايا غمد الجذر الداخلي ، وهذا ما يعرف بتلين الأشعار (Miescher) Trichomalacia . وقد نلاحظ عدداً من الأشعار في مرحلة التراجع .

**الإنذار** : حسن لدى الأطفال .

**المعالجة** : نفسية باستشارة طبيب نفساني ، وإيضاح الآفة للأهل ، يفيد حلق الشعر لدى الصغار لتخليصهم من عادة النتف ، المعالجة النفسية غير ضرورية عادة .

**هوس قطع الأشعار Trichotemnomania :**
[ Braun – Falco و Vogel : ١٩٦٨ ]

رغبة لا تقاوم في تقطيع الأشعار في مناطق معينة ، وقد لوحظت لدى المصابين بأعراض زورانية (Paranoid) ، وفي إصابة الدماغ بمتلازمات عضوية ( تصلب مخي ... ) . يلاحظ هذا الاضطراب بشكل طاغ عند النساء بعد الإياس وهو مشابه لرهاب الطفيليات Parasitophobia . وتصبح الفروة هنا هدفاً لرفض المحيط . والمعالجة الوحيدة هي المعالجة النفسية .

**الحاصة المحوطة عقب الخمجية**
**Circumscribed Postinfection Alopecia :**

وتحصل عقب تخريب سمّي يصيب بصلة الجريبات الشعرية في القوباء السارية ، والدمامل ، والجمرة ، والحمرة ، والفطارات ، والاندفاعات الإفرنجية وغيرها ... وإذا كان الجريب متخرباً فالآفة الناجمة حاصة ندبية غير عكوسة . أما إذا لم يتم التخرب فإن الشعر يعود للنبت من جديد خلال أسابيع . وإن ما يحصل هو خثل يصيب رحم الشعرة ناجم عن الذيفانات الجرثومية مع فقد أشعار تالٍ .

**الحاصّة المحوطة الالتهابية**
**Circumscribed Inflammatory Alopecia :**

وتحدث هذه الحاصة في مناطق مصابة بجلادات التهابية

مزمنة ، والآفة عكوسة إذا لم تسبب ضموراً : الإكزيمة المزمنة ، والحزاز البسيط المزمن ، والصُّداف الشائع . ويمكن للتخريش الفيزيائي كالفرك المستمر والحكة في الجلادات الحاكة أن تسبب خفة في الأشعار إضافة إلى الالتهاب .

## الحاصّة البقعية ( الثعلبة ) Alopecia Areata :

*مرادفات :* الثعلبة (Pelade) ، الحاصّة المحوّطة (Alopecia Circumscribed) .

**التعريف** : هي فقد أشعار بؤري التهابي ، وهي عكوسة عادة ، سببها مجهول ويمكن أن تؤدي إلى فقد أشعار معمم وتبدلات ظفرية .

**الحدوث** : شائعة ، وهي الحاصة الالتهابية الأهم ، تصيب الأطفال والكهول من كلا الجنسين بنسبة متساوية ، إلا أن بعض التقارير تفيد أنها تصيب الذكور أكثر من الإناث . وهي عائلية في ٢٠٪ من الحالات وكثيراً ما ترتبط مع التأتب .

**المسببات** : مجهولة السبب . ويؤخذ بعين الاعتبار بعض العوامل المؤهبة . ويساند فكرة التأثير الوراثي وجودها في بعض العائلات وترافقها مع الأمراض الولادية كتثلث الصبغي ٢١ ( متلازمة داون Down ) أو ( متلازمة Vogt – Koyanagi ) . كما لوحظت الآفة بعد حالات من الشدّة النفسية . لم تثبت علاقتها الوثيقة مع بعض اضطرابات الغدد الصم وخاصة الغدة الدرقية ، وكذلك بالنسبة للأخماج البؤرية . ويعتبر البعض أن العامل المسبب هو عوز كامن للزنك ، كما أمكن الكشف عن عوامل مناعية مسببة لم تتوضح بعد بالتحديد . ويدعم هذا الرأي وجود التهاب باللمفاويات التائية في منطقة الجريب الشعري ، وهذا ما يمكن إيضاحه نسجياً . وقد تترافق الثعلبة مع التأتب ، والشرى ، أو مع اضطرابات في الجملة المناعية الذاتية كالذأب الحمامي والبهاق وفقر الدم الوبيل ( الخبيث ) . وقد أمكن إثبات وجود خلل في المناعة الخلوية . ويدل وجود اضطراب في نمو الأظفار أن الثعلبة ليست آفة محددة في الجريبات الشعرية .

**الإمراض** : الثعلبة هي حاصة التهابية ناجمة عن تفاعل التهابي في منطقة بصلة وحليمة الشعرة الأدمية يغلب فيه اللمفاويات التائية . يضطرب الاستقلاب في الخلايا التي تكوّن مطرق الشعرة Matrix وتتوقف فعاليتها الانقسامية ، ويتوقف أيضاً تركيب الملانين . ويمكن أيضاً وجود تفاعل من النوع المتأخر المتواسط بالخلايا : شكل من التهاب جلدي في الجريب الشعري . ويتعلق التأثير على تشكيل الشعرة بشدة التخريب الالتهابي الخلوي واستمراره ، ويقوم التبدل على دخول مطرق الشعرة في مرحلة الراحة والخثل والتنكس الحاد ، إلا أنه بعد توقف الحالة الالتهابية يعود الجريب إلى إنتاج الشعر من جديد .

**الموجودات السريرية** : بقعة أو عدة بقع ، مدورة أو بيضاوية ، واضحة الحدود بدون أعراض شخصية ، فلا يلاحظ المريض سوى فقدٍ مفاجيء وكامل للأشعار في هذه البقع ( راجع الشكل ٣١ – ٢٢ ) . يكون الجلد مكان البقع غائراً بسبب فقد الأشعار وتراجع حجم بصلاتها ، ويكون لون الجلد عادة عاجياً أو قد يكون محمراً احمراراً التهابياً خفيفاً . لا يوجد ضمور وتبقى فوهات الجريبات موجودة . وإن فحص الأشعار في محيط الآفة هام للتشخيص ولوضع الإنذار . وإن سحب الأشعار من محيط الآفة بسهولة ودون ألم يدل على أن الآفة مترقية ؛ وإذا كانت الأشعار عالقة بشدة فإن ميل الآفة للترقي والانتشار يكون خفيفاً . والأشعار المحيطية التي يمكن سحبها هي غالباً حثلية تستدق باتجاه نهايتها وخالية من أغمدة الجذور ( الشعرة بشكل علامة التعجب ) . ويتعلق طول هذه الأشعار النحيلة بالمدة التي انقضت على إصابة مطرق الشعرة بالحثل . وكذلك ننظر إلى وجود الأشعار الثعلبية ( راجع الشكلين ٣١ – ٢٣ و ٣١ – ٢٤ ) في محيط البؤرة المترقية دليلاً على سوء الإنذار ، وتكون هذه الأشعار بطول ٠,٢ – ٠,٧ سم ، صباغها خفيف ونهايتها منتفخة أو مترققة . وعلامة أخيرة تدل على سوء الإنذار ، هي وجود الأشعار الجيفية (Cheveux Cadaverisées) [ راجع الشكل ٣١ – ٢٥ ] . وتبدو هذه الأشعار سريرياً كسدّادات سوداء تشبه الزؤان في فوهة الجريبات ويظهر الفحص المجهري على أنها عبارة عن استحالة تلينية شعرية لبقايا مطرق الشعرة مع جزيئات صباغية ، والأغماد الداخلية للجذور ، وبقايا الشعرة . ودلالتها الإنذارية سيئة حيث أنها المعادل الشكلي السريري للاستحالة الحادة في مطرق الشعرة ، وتوحي بالانتشار السريع للبؤر . هذا ويمكن لبؤر الإصابة أن تظهر في أي منطقة ، إلا أن المناطق الأكثر إصابة على الفروة هي القفوية والصدغية ، ويمكن أن تصيب أيضاً منطقة الذقن والحاجبين والأهداب ( راجع الشكل ٣١ – ٢٢ ) أو أي منطقة مشعرة من الجسم . والعلامات السريرية المرافقة هي غير ثابتة وتلاحظ تبدلات في الأظفار في ٢٠٪ من الحالات ، مثلاً : أظفار منقطة ، وحثل أظفار ، وبش الأظفار أو Trachyonychia . وإن مسير وشدة هذه الآفات الظفرية متوافقان مع سير الثعلبة ، ولا تعطي الفحوص المخبرية أية تبدلات نوعية .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الجريبات الشعرية في المناطق فاقدة الأشعار في مكانها ، غير أنها متأذية . وتكون بصلات الأشعار ضامرة بسبب حثل مطرق الشعرة ( جريبات قزمة ) ، وتتوضع في أعلى الأدمة وتنتح قِراتين خلل تقرني . وهناك نقص

متناسب واضح بين الحليات الواسعة نسبياً ومطرق الأشعار الضامر . وتكون سقيبة الشعرة الهشة مكونة من خلايا المطرق وتتواجد حتى فوهة انفتاح الغدد الزهمية ، وفي بعض الجريبات يتوقف إنتاج الشعرة بشكل كامل وتكون فوهات الجريبات متوسعة ومليئة بمواد متقرنة من بقايا الأشعار المصابة بالتلين القِراتيني Keratomalacic . ويتوقف إنتاج الملانين ، ويمكن أن نجده في الحليمة الأدمية . تحاط بصلات الأشعار في المراحل الأولى برشاحة لمفاوية كثيفة « كعش النحل » وتتدخل هذه الرشاحة حتى حليمة الشعرة . وفي مرحلة متأخرة تحصل استحالة هيالينية في الحليمة .

**السير والإنذار** : سير الثعلبة متبدل ولا يمكن تقديره في كل الحالات ، ولا يمكن التنبؤ لا بمدة تطور الآفة ولا بزمن عودة نبت الأشعار . ويبدأ نبت الأشعار عادة بعد عدة أسابيع في البقع الصغيرة التي هي بحجم قطعة النقود ، وفي البدء يظهر شعر زغبي ناقص الصباغ ثم يصبح الشعر قوياً مصطبغاً . أما لدى المرضى ذوي الشعر الشايب فكثيراً ما تسقط الأشعار السوداء فقط وتبقى الأشعار البيضاء . في الحالات الحادة من الثعلبة التي تشمل مساحات واسعة يحصل لدينا الانطباع بتحول الشعر إلى اللون الأبيض خلال ليلة واحدة ، وإن عودة نبت الأشعار غير المصطبغة في الثعلبة تؤدي إلى ما يسمى بالشيب المبكر الموضع Poliosis وكثيراً ما يستمر . وفي بعض الحالات يتوازن ظهور بقع جديدة من الثعلبة مع شفاء البقع القديمة . وفي ثلث الحالات تبقى الهجمة الأولى أقل من ستة أشهر ، وأقل من سنة في نصف الحالات ، وفي ٢٠ – ٣٠٪ من الحالات لا تشفى لعدة سنوات ، ويحصل النكس في ٤٠ – ٥٠٪ من الحالات خلال أسابيع وحتى ٥ سنوات بعد شفاء أول هجمة . وتبلغ نسبة المرضى الذين يشفون دون حدوث نكس حوالي الثلث . وتكون الثعلبة لدى المصابين بالتأتب وخاصة الإكزيمة التأتبية معندة ، وهذا صحيح وخاصة في الشكل الثعباني من الثعلبة . وإذا كانت الآفة مترقية ، سرعان ما تظهر بقع جديدة تتسع وتتحد مع بعضها لتشكل سطوحاً جرداء . ونجد عادة في المناطق الهامشية من الثعلبة أشعاراً حثلية وثعلبية وأحياناً أشعاراً جيفية ، ويمكن نزع خصل من الشعر دون ألم .

*الحاصة البقعية المنتشرة (Alopecia Areata Diffusa)* : في حالة الحاصة البقعية المترقية ، من الشائع أن نجد في نفس الوقت النفحة المنتشرة لمرحلة الراحة والتي تكشف بمخطط الأشعار المجرى على مناطق غير مصابة من فروة الرأس . وقد تظهر الثعلبة كحاصة منتشرة صرفة عندما يصعب تمييزها عن الأشكال الأخرى من الحاصّات إذا لم يثبت التشخيص بالفحص النسجي .

*الثعلبة الثعبانية Ophiasis* : يظهر هذا الشكل الخاص من الثعلبة في المناطق المحيطية من فروة الرأس ، والنقرة ، والصدغين والجبهة . وتميل لأن تكون مترقية لكي يبقى أخيراً بقعة صغيرة من الشعر في منطقة الإكليل ( التاج ) وتشبه بلبدة الأسد Lion's Mane . وتترافق غالباً مع التأتب . ويغلب أن يكون إنذار الثعلبة الثعبانية غير جيد .

*الحاصة البقعية ( الثعلبة ) الكلية Alopecia Areata Totalis أو الثعلبة الخبيثة A.A. Maligna* : يبدأ هذا الشكل الشديد ببقع محددة تتسع بسرعة وتنتهي بفقد كامل أشعار الرأس ، وفي الأشكال الأكثر خطورة من الثعلبة المنتشرة ، تسقط كل أشعار الجسم بما في ذلك الحاجبين والهدبين ( راجع الشكل ٣١ – ٢٦ ) وأشعار العانة . الإنذار في هذا الشكل محتفظ به ، وعلى أي حال ، فإن عودة نبت الأشعار كاملاً هو ممكن حتى بعد عقود والأسباب مجهولة .

**التشخيص** : تتميز الآفة ، بالقصة السريرية ، وبالمظهر السريري حيث تشاهد الأشعار الثعلبية والجيفية ، وخاصة في محيط الآفة . ويبدي مخطط الأشعار في الأشكال ذات الترقي البطيء طرازاً اعتيادياً أو طراز جذور أشعار مرحلة الراحة . وإذا كان الترقي سريعاً فيبدو مخطط الأشعار من الطراز الحثلي لمرحلة الراحة ، ونادراً ما يكون حثلياً صرفاً . وفي حوالي ٦٠٪ من الحالات يكون طراز جذر الشعرة رضحياً حتى في أقسام الفروة التي تبدو سليمة . ويمكن للفحص النسجي أن يميز الحاصة الندبية عن هوس نتف الأشعار . ويمكن نفي الحاصة النوعية في الإفرنجي الثانوي بواسطة الاختبارات المصلية .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق خاصة عن الثعلبة الكاذبة لبروك ، وحالة الثعلبة الكاذبة ، والحاصة النوعية في الإفرنجي الثانوي ، والحاصة الفطرية ( السعفة الجازة ) وعن هوس نتف الأشعار .

**المعالجة** : بما أن سببيات الثعلبة ما تزال مجهولة فليس هناك معالجة سببية ، إضافة لذلك ، وبما أن السير العفوي للثعلبة يختلف من حالة لأخرى ، فمن الصعب تقدير نتائج المعالجة .

*المعالجة الجهازية* : تشكل الستيروئيدات القشرية معالجة موقفة لتطور المرض ، فبتأثيرها القوي المضاد للالتهاب والكابت للمناعة ، ينمو الشعر ، إنما غالباً ما يتساقط من جديد بعد وقف العلاج . ويمكن التفكير بإعطاء الستيروئيدات القشرية داخلاً إذا كانت الآفة مترقية بسرعة ، أو إذا كان الإنذار مشكوك به ، وقد ثبتت فائدة البردنيزولون ، وميتيل بردنيزولون ، وتريامسينولون ، والدكساميتازون . نبدأ عادة بجرعة يومية من ٢٠ – ٤٠ ملغ متيل بردنيزولون أو ما يعادلها من ستيروئيدات أخرى . وبعد ٢ – ٣ أسابيع تنقص الجرعة تدريجياً حتى بلوغ

جرعة الصيانة . وإذا كانت هذه الجرعة مرتفعة وتسبب أعراضاً جانبية نوقف العلاج داخلياً ونعطي علاجات موضعية فقط أو نوصي باستعمال شعر مستعار ، إنما غالباً ما تكفي جرعات الخفيفة والتي يمكن إنقاصها لاحقاً . في حوالي ٢٠٪ من المرضى يستمر نمو الشعر حتى بعد إيقاف العلاج . وإن فائدة المعالجة بالزنك والذي وصف حديثاً لا يزال موضع نقاش . ويمكن إعطاء الساليسيلات عن طريق الفم كما في التهاب المفاصل .

المعالجة الموضعية : يفضل العلاج الموضعي بالستيروئيدات القشرية ، والحقن البؤري ضمن الجلد بمعلق التريامسينولون المبدّد والمدد ١ : ٢ وحتى ١ : ٥ والممزوج بمبنج موضعي هو أفضل طريقة لمعالجة البؤر القليلة . وفي حال إجراء الحقن في الصدغين والجبهة فيجب أن يتم بحذر شديد وبشكل أكيد داخل الجلد . فقد ذكرت حوادث انتقلت فيها البلورات إلى الشرايين الشبكية مما يؤدي إلى العمى . يبدأ نمو الأشعار من جديد بعد ٤ – ٦ أسابيع من بدء المعالجة . ويمكن استعمال الستيروئيدات بشكل رهيات وتحت ضماد كتيم باستعمال ملاءات لدينية Plastic أو قبعة سباحة تترك طوال الليل حتى في حالة الثعلبة المنتشرة ، ويجب الاستمرار بها مدة أسابيع . قد تحدث أخماج ثانوية وعدّ ستيروئيدي على الجبهة . بالنسبة للبقع الوحيدة يمكن دهنها صباحاً ومساءً ولعدة مرات ( ٢ – ٥ مرات ) بستيروئيد قشري على شكل صبغة كالترياامسينولون والبيتاميتازون ، وبعد ذلك تستبدل برهيم ستيروئيدي . ويجب تطبيق العلاج الموضعي بمقدار ١ سم في الجلد السليم زيادة عن محيط الآفة .

وقد ذكرت حوادث نجح فيها إحداث التهاب جلد تماسي أرجي موضعي بواسطة مرهم دي نتروكلوربنزين أو Squaric Acid Dibutylester أو دي فينيل سيكلوبروبينون بعد تحسيس المريض المسبق لها إلا أنّ هناك اعتراضات في الوقت الحاضر حول تحسيس المريض بسبب الشك بالتأثيرات المولدة للسرطان أو المولدة للطفرات والتي تتلو الاستعمال المذكور للدي نتروكلوربنزين (DNCB) . ويؤمل حالياً أكثر باستعمال Diphencyprone كعلاج ممنع موضعي . وإن إحداث التهاب جلد انسمامي بواسطة الأنترالين ( ديترانول ٠,١ – ١٪ ) هو أقل محذور من السابق . وإذا أمكن المحافظة على التهاب جلد حمامي خفيف ولفترة طويلة ، نجد أن الشعر عند ٢٠٪ – ٣٠٪ من المرضى ينمو من جديد بعد ٦ – ٨ أسابيع . إضافة لما سبق ، قد نحصل على عودة نمو الأشعار في الثعلبات القديمة بالعلاج الكيميا – ضوئي الموضعي باستعمال محلول الملادينين ٠,١٥٪ بحذر شديد . وحتى مع هذه المعالجات فإن إيقاف سير المرض هو مؤقت .

أما الثعلبة المنتشرة فهي غالباً ما تنجم عن رضح انفعالي شديد وخاصة لدى النساء والأطفال . ومن المهم توجيه المريض نفسياً . ويجب عدم إعطاء المريض آمالاً قد لا يمكن تحقيقها . وهذا المرض مزعج جداً من الناحية التزويقية إلا أنه لا يؤثر مطلقاً على الصحة العامة . وينبغي عدم وصف علاجات تؤدي إلى نمو الأشعار على حساب محاذير جانبية خطيرة . ومن الأفضل تشجيع المريض على وضع شعر مستعار تتحمل ثمنه التأمينات الصحية إذا كان المريض يشكو من اضطرابات نفسية خطيرة .

# الفصل الثاني والثلاثون

# آفات الأظفار

# Diseases of the Nails

د . سهيل دياب

## لمحة تشريحية فيزيولوجية :

تتكون وحدة الظفر Nail Unit من أربع بُنى ظهارية : رحم الظفر Nail Matrix ، سرير الظفر Nail Bed ، الأشعر ( تحت الظفر Hyponychium ) ، والطيّة الدانية للظفر Proximal Nail Fold . ويشكل عظم السلامية الانتهائية قسماً من مظهر الظفر . ويتواجد الظفر بين أخدودين : الداني والجانبي ، وهذه الأخاديد هي انفلاقات للطيات الظفرية الموافقة ( راجع الشكل ٣٢ ـ ١ ) . وإن ما يعطي الظفر شكله النهائي هو كل من شكل وحجم العظم القاصي Distal Bone ، والصفيحة الظفرية . والنسيج المحيط بالظفر . وتتولد الصفيحة الظفرية من مطرق الظفر الذي يمتد ٣ ـ ٦ ملم تحت طية الظفر الدانية ، ويشاهد قسمه القاصي على شكل بنية نصف دائرية بيضاء تسمى الهليل Lunula . تلتصق طية الظفر الدانية بصفيحة الظفر خاتمة هذه الردبة Cul - de - sac . وتنزلق الصفيحة الظفرية فوق سرير الظفر الذي تلتصق به بشدة ، يكون سرير الظفر غني بالأوعية ويحوي أجساماً كبّية Glomos . وتكون الصفيحة الظفرية شافة يبدو من خلالها سرير الظفر ذو اللون الأرجواني . ويتعلق اختراق الأشعة للصفيحة الظفرية بطول الموجة وبثخانة الصفيحة الظفرية ، حيث يمر عبر الصفيحة الظفرية أقل من ١ ـ ٣٪ تقريباً من الأشعة فوق البنفسجية ب ( U.V.B ) ، وحوالي ٥ ـ ١٠٪ من الأشعة فوق البنفسجية آ ( U.V.A ) وفقط ١٠ ـ ٢٠٪ من النور المرئي . والقسم القاصي من سرير الظفر هو الأشعر ( تحت الظفر ) وهو يشكل امتداداً للبشرة تحت الصفيحة الظفرية ويُنهي الأخدود القاصي . ويتراكم أحياناً تحت النهاية الحرة للصفيحة الظفرية مواد متقرنة . ويتشكل ٠,٥ ـ ٠,٧ ملم من ثخانة الظفر من حوالي ١٠٠ ـ ١٥٠ طبقة من خلايا متقرنة مرصوفة دون نظام . ويمكن الحصول على الخلايا المتقرنة لإجراء الاستقصاءات الشكليائية بطريقة نزع الشريط اللاصق وتكون الخلايا المتقرنة غير منوّاة وهي مسطحة ذات أشكال غير منتظمة يبلغ قدّها ٦٠٠ ن م٢ عند الأطفال ، و ٨٠٠ ن م٢ لدى الكهول و ٩٠٠ ـ ١١٠٠ ن م٢ لدى الشيوخ .

تنمو الصفيحة الظفرية حوالي ٠,٩ ملم أسبوعياً ، وينمو ظفر الأصبع الثالث بسرعة أكبر . وتزداد سرعة نمو الأظفار في عدد من الأمراض الجلدية كالصداف الشائع ، بينما تتناقص في آفات أخرى كالحزاز المسطح . وتكون الشعيرات الدموية مرئية عبر الصفيحة الظفرية الشفافة وفوق الظفر Eponychium . وإن الدراسة المجهرية للشعيرات هي طريقة لتشخيص التبدلات الوعائية في عدد من الأمراض الجلدية ( الصداف ، التهاب الجلد والعضل ، تصلب الجلد المجموعي المترقي ) . وعلاوة على ذلك ، فإن خلل التصبغ ، وفقر الدم ، ووجود الميتيموغلوبين في الدم Methemoglobinemia ، والوحمات ، والملانومات الخبيثة ، والأورام الكبيبة يمكن كشفها غالباً عبر الصفيحة الظفرية . ومن المعروف حدوث المران السافع ( Actinic Elastosis ) في سرير الظفر كتفاعل ضوئي سمّي يؤدي لانفكاك الظفر الضوئي السمّي Phototoxic Onycholysis ( مثلاً : بعد تناول ثاني ميتيل كلورتتراسيكلين ، أو دوكسي سيكلين أو ٨ ـ ميتوكسي بسورالين ) . وإن فقد الماء عبر الطبقة المتقرنة لسرير ظفر سليم هي عالية لدرجة مدهشة ، ويبلغ حوالي ١٠٠ مرة أكثر من الطبقة المتقرنة للجلد الأجرد . ويختلف شكل الظفر كثيراً ، كما يختلف نمو الأظفار لدى الأشخاص البدنيين عما هو عليه لدى الرياضيين أو لدى المصابين بالعملقة الجزئية أو المتعممة ، أو لدى نحيلي الأجسام . ويتعلق شكل الظفر بشكل السلامى الانتهائية . ويصبح كثير من الأظفار منحنياً ومحدباً قليلاً باتجاه الطول ، إنما الانحناء المحدّب بشدة هو القاعدة ، وقد تظهر لدى كبار السن أخاديد طولانية على الصفيحة الظفرية . وكثيراً ما نشاهد سطح ظفر مُخَصّى ( Onychodystrophia Schindelamoides of Stuhmer ) أما حجم وثخانة الأظفار فيختلف من شخص لآخر ويشاهد تمسكٌ في الأظفار في ثخن الأظفار الولادي ( Pachyonychia Congenita ) .

## آفات الصفيحة الظفرية Diseases of the Nail plate :

### انشقاق الظفر Onychoschizia أو Onychoschisis :

وهو انشطار الصفيحة الظفرية إلى صفيحات مرصوفة أفقياً بدءاً من الحافة الدانية الحرة ، ( راجع الشكل ٣٢ ـ ٢ ) وسببه مجهول . وقد بحثت تأثيرات بعض الشذوذات كنقص التحام طبقات الخلايا المتقرنة ، والعوامل الرضحية كالعزف على بعض الآلات الموسيقية كالبيانو والآلات الوترية . وهناك تخرب فيزيا ـ كيميائي مفرط يصيب الصفيحة الظفرية ناجم عن الغسل المتكرر أو كثرة استعمال طلاء الأظفار أو مزيلات

حيوية . ولكنها أسباب ممكنة ويجب التفكير بعوز الحديد أيضاً .

**المعالجة** : تجنب الآليات المسببة أو معالجتها . مراهم الأظفار أو حمامات الأظفار في زيت الزيتون الحار . ويجب عدم استعمال مزيلات الزهم .

### هشاشة الأظفار Onychorrhexis :

وهي أخدود طولاني ضيق يعطي الظفر مظهراً وكأنه خُدِش بإبرة أو « بورق الزجاج » . يلاحظ انعدام لمعان الظفر وتفتته حيث يتكسّر قطعاً ، أو تتشطر حافته الحرّة . ونادراً ما تكون الآفة عائلية ووراثية ، والغالب أن يكون السبب عاملاً خارجياً : كالغسل المتكرر والعمل في وسط رطب ، وحالات الرهم والكحول ( الغول ) ، والعناية المفرطة بالأظافر مع الاستعمال المتكرر لمزيلات الطلاء وتحدث هشاشة الأظفار أيضاً في بعض الأمراض كفرط الدرقية ، وعوز الفيتامين آ و ب . وسوء التغذية ، والآفة شائعة في عوز الحديد وكثيراً ما تترافق مع تقعر الأظفار . وقد نوقش عوز الكالسيوم كسبب محتمل . إنما يغلب بقاء السبب مجهولاً .

**المعالجة** : تتحسن الأظفار بعد تجنب العوامل المسببة وباستعمال مستحضرات : الوذلين ، ومراهم الأظفار ونقع الأظفار في زيت الزيتون الحار .

### انفكاك الأظفار Onycholysis :

كثيراً ما يحصل انفكاك جزئي للصفيحة الظفرية عن سرير الظفر أما السقوط الكامل فهو نادر ( سقوط الأظفار Onychomadesis ) . وغالباً ما نشاهد انفكاك الأظفار الهلالي Onycholysis Semilunaris ( راجع الشكل ٣٢ – ٣ ) . ولا يبدأ انفكاك الظفر اعتباراً من الحافة الحرة في كل الحالات ويمكن لدميوم Hematoma تحت الظفر والناجم عن الرضح أن يؤدي لفك الصفيحة الظفرية عن سرير الظفر . وبما أن الدميوم ينتشر إلى الأمام فإنه يصل أخيراً إلى الحافة الحرة . ويبدو الظفر في المنطقة المنفكة أبيض اللون رغم أن بنيته لا تتغير . وقد تتراكم بقايا قِراتينية في الحيز الحر بين الصفيحة الظفرية وسرير الظفر .

وكثيراً ما يشاهد انفكاك الأظفار الهلالي لدى بعض الأشخاص الذين يتعرضون ، بفعل مهنتهم ، للماء والصابون والمنظفات لفترات طويلة ( ربات البيوت مثلاً ) .

تمتص الحافة الحرة تحت الظفر ، السوائل ولا تطلقها من جديد ( خاصة الشعرية ) . وإن حدوث تعطن تحت الصفيحة الظفرية يمكن أن يزيد من انفكاك الظفر . وتشاهد هذه التبدلات عادة في المهن التي تسبب ضغطاً قوياً على حواف الأظفار . الأكثر مشاهدة هو الانفكاك الهلالي . وإذا بدأ الانفكاك في نقطتين أو ثلاثة من الحافة الحرّة للظفر ، فإن هذه الانفكاكات الهلالية تتحد مع بعضها البعض معطية منظراً متموجاً . وبهذا الشكل يصبح كامل القسم القاصي من الظفر منفكاً . وأكثر ندرة أن يأخذ الانفكاك شكل نفق بعرض ٣ – ٤ ملم باتجاه مطرق الظفر ( انفكاك الأظفار نفقي الشكل Onycholisis Canal Formis ) .

**التشخيص التفريقي** : انفكاك الأظفار الصدافي أو بسبب خمج فطري أو جرثومي يصيب المنطقة تحت الظفرية .

**المعالجة** : إزالة السبب وإبقاء الأظفار قصيرة وتجريب المعالجة بصبغة من الستيروئيدات القشرية .

### هوس قضم الأظفار Onychotillomania [ Alkiewiez ١٩٣٤ ] :

وهو حفر الأظفار بسبب عصابي حتى تتشوه بشكل دائم . ويمكن إجراء الحفر بالمقص أو السكين أو أية أداة أخرى . وهي آفة ظفرية محدثة تشبه هوس نتف الأشعار .

### سقوط الأظفار Onychomadesis :

تطلق هذه التسمية على انفكاك الأظفار الكامل Onycholisis Totalis . وغالباً ما ينفك الظفر بسرعة إثر رضح ( دميوم ) ، أو التهاب ( داحس ) ، أو آفة خمجية ، وخلال سير الحاصات ، والحمى القرمزية ، والحزاز المسطح والأحمريات ، والتفاعلات الضوئية السمية ( التراسيكلين ) أو متلازمة لايل .

### حثل الأظفار Onychodystrophy :

تعبير شامل لاضطرابات متنوعة كثيرة الحدوث تصيب الأظفار مثل ضمور الصفيحة الظفرية ، وثخانة الصفيحة الظفرية ، وتقعر الأظفار مع انشقاقها . وغالباً ما يحدث حثل الأظفار كجزء من متلازمات أخرى مثل خطوط ميز Mees Stripes وخطوط بو – ريل Beau – Reil . وأول ما وصفت هذه التخطيطات ( الخطوط ) من قبل ريل Reil عام ١٧٩٢ ثم ذكرها بو Beau عام ١٨٤٦، ثم ميزها Mees عام ١٩١٩ . تمتد التخطيطات العرضانية لميز لتشكل قوس قزح عبر الظفر ، بينما تشغل التخطيطات البيضاء الناصعة في الوبش ( ابيضاض الأظفار ) عرض الظفر فقط وغالباً ما تكون الخطوط مدببة من طرفيها . وليعلم أن تخطيطات Mess لا تكون بيضاء بل إن الهليل يكون ملوناً .

يبتدىء تشكل تخطيطات وبش الأظفار بشكل متجانس على قاعدة الظفر ولا تسير بشكل محدب عبر كامل الظفر

وتتجه تدريجياً نحو الحافةُ الحرّة مع نمو الظفر ( راجع الشكلين ٣٢ – ٤ و ٣٢ – ٥ ) .

شوهدت التخطيطات في الأصل إثر الانسمام الزرنيخي ( غالباً ما يزداد تركيز الزرنيخ الظفري في مناطق التخطيطات ) وبعد ذلك في الانسمام بالتاليوم . وتنجم عن تخرب سمّي فجائي يصيب رحم الظفر . ويظهر فوج جديد من التخطيطات إذا تكرر الانسمام . وتشاهد خطوط Mees أيضاً إثر الحمى القرمزية والحصبة ، والحمى التيفية ، وتشاهد أيضاً بالوبش أو ابيضاض الأظفار المستعرض ( Transverse – leukonychia ) .

وإذا كان التخريب السمّي أكثر حدّة ، يحصل توقف كامل ومؤقت في تشكل الأظفار بسبب تخرب خلايا مطرقها ويؤدي ذلك إلى ظهور خطوط Beau – Reil ( راجع الشكل ٣٢ – ٦ ) ، أو الأنفاق المستعرضة . وإن ظهور حرف محدب ومنحني يمتد من جهة لأخرى هو نموذجي . وإضافة لتبدلات اللون ، تظهر انخسافات خطية ، وإذا توقف كامل نمو الظفر مؤقتاً فإن هذا التوقف يحدث في محور مستعرض ، وبعد فترة قصيرة يبدأ نمو ظفر جديد . ويعزى هذا التخريب السمي إلى أخماج حمية حادة ( حمى قرمزية ، حصبة ، حمى تيفية ، نزلة وافدة ، حمرة ، وذباح حاد ) ، أو مواد سمية ( الزرنيخ ، التاليوم ، الفلور ، موقفات نمو الخلايا ) ، أو إلى اضطرابات معدية معوية ، أو التهاب كبد ، أو عوز فيتاميني ( بلفرة = Pellagra ) ، أو إلى هجمات حادة للجلادات ( مثل داء رايتر ، الذأب الحمامى المجموعي ، الصّداف البثري المتعمم أو الأحمريات الحادة ) . وإن تأكيد التشخيص ليس سهلاً دائماً . والانسمام الزرنيخي لا يكون وحيد العرض ويصحُّ هذا أيضاً على التاليوم ( الحاصّات ، التهاب الأعصاب ) .

**الوبش ( ابيضاض الأظفار ) Leukonychia :**

التنقطات الظفرية البيضاء هي أكثر تبدلات الأظفار مصادفة ، وأكثر ما تشاهد لدى اليفعان . وتأخذ النقاط أو الخطوط البيضاء إما شكلاً محدداً وهو الأكثر شيوعاً ، أو الشكل النادر والمسمى الوبش الكامل ( Total Leukonychia ) . ولم يفسر بعد سبب هذه النقاط البيضاء ، وربما كان بسبب انحباس الهواء ضمن الصفيحة الظفرية . ومن المعروف أنه بعد تكسّر الحافة الحرّة للظفر فإن منطقة الظفر المهشّم تبدو بيضاء ، وينجم هذا غالباً عن خلايا متقرنة مصابة بخطل التقرن . وكثيراً ما يصادف الوبش في الأظفار المعتنى بها ويمكن لقطع أو كشط الجليدة أن يسبب حدوثه .

*الوبش النقطي* ***L. punctata*** : وهو شائع . حيث نجد عدداً متفاوتاً من نقاط صغيرة بيضاء تظهر على ظفر أو على عدة أظفار . وتقوم معالجة الوبش النقطي على تجنب العوامل الآلية المسببة والمداخلات التزويقية ذات العلاقة بالجليدة .

*الوبش المخطط* ***Leukonychia Striata*** : تبدأ عادة في الهليل ، وتتقدم هذه الخطوط المستعرضة إلى الأمام باتجاه الحافة الحرّة وكثيراً ما تتكرر مما يجعل الظفر مخططاً . وقد تنحصر الخطوط في جزء من الظفر . ويختلف عرضها ، ويكون لونها أبيض غيمياً ومستدقاً من نهايتيها وتشخيصها سهل ( راجع الشكل ٣٢ – ٧ ) .

*الوبش الكامل* : تصيب جميع الأظفار وحدوثها عائلي ، وتورث هذه التبدلات بالصبغي الجسدي السائد وتكون كامل الصفيحة الظفرية بلون أبيض حواري متجانس ، وهي هشة لدرجة أن الحافة الحرة للظفر نادراً ما تصل إلى ما فوق الظفر Eponychium . ويبدي أكثر المرضى كيسات بشروية أيضاً .

**شرائط موهرك Muehrcke's Bands :**

شرائط مزدوجة بيضاء اللون تصيب كامل الظفر ، وتتوزع موازية للهليل ، وتعتبر علامة مميزة لنقص الألبومين الدموي الشديد والمزمن . وعلى أي حال فقد شوهدت هذه الشرائط لدى مرضى ليسوا مصابين بنقص ألبومين الدم ، وتشاهد أيضاً لدى المعالجين بموقفات نمو الخلايا .

**انعقاف الأظفار Onychogryphosis :**

ويسمى أيضاً بالظفر المخلبي Claw Nail وهو تشوه ظفري شديد ( راجع الشكل ٣٢ – ٨ ) ، نادراً ما يصيب أظفار الأصابع ولكنه يصيب أظفار الأباخس غالباً ، وخاصة الأبخس الأول . وقد يحدث لدى الكثيرين تشوهات ظفرية أكثر شدة من انعقاف الأظفار أو أقل تشوهاً ناجمة عن التقدم في العمر . وهناك أشكال شاذة من الظفر المخلبي ذات سماكة وقساوة في مادة الظفر مع انحراف في اتجاه نموّه . ففي الحالة السوية يكون الظفر منحنياً قليلاً ويلتصق بسرير الظفر . أما الظفر المخلبي فإن اتجاهه يكون في مطرق الظفر نحو الأعلى ولذا فإن الظفر ينمو باتجاه الأعلى منحنياً بشكل مائل إلى الأمام . ولذا يظهر فراغ تحت الظفر يمتلىء بمادة لينة مفرطة التقرن . ولكي ينمو الظفر فوق هذه المادّة عليه أن يأخذ سيراً مدوراً شبيهاً بالمخلب . ولا يكون انحناء الظفر طولانياً فقط وإنما عرضانياً أيضاً ، وبهذه الطريقة يتشكل نفق نصف دائري يمتلىء ببقايا قِرانية . وغالباً ما يفقد الظفر اتجاهه وينحرف إلى جهة واحدة تاركاً فراغاً في الجهة المقابلة . ويكون الظفر المخلبي سميكاً وقاسياً ويصعب قصّه .

**الإمراض** : قد يكون لبس الأحذية الضيقة باستمرار هو السبب في هذا التشوه ، لأن الضغط يخرّب ويعفن سرير الظفر ، ويحرّض على تشكيل خلايا متقرنة تحت الظفر . ويحصل هذا خاصة في ظفر الأبخس الأوّل . ويلعب التعطين الناجم عن التعرق والذي يصيب مادة الظفر دوراً في حدوث هذا التشوه . ونادراً ما تصاب الصفيحة الظفرية بالفطور . إضافة لذلك فإن عيوباً أخرى في وضعية القدم كالإبهام الأروح **Hallux Valgus** ، أو قصور وريدي مع ظاهرات احتقانية موضعية لها تأثير محرّض .

أما الحالات النادرة لظهور ظفر مخلبي في اليد فتكون ظاهرة وراثية ، كما يمكن أن يكون تظاهره لعيوب تقران وراثية كما في السُّماك الشوكي وعيوب بشروية أخرى .

**المعالجة** : يمكن إعادة الظفر لحجمه الطبيعي بجلخه بفريزة دوّارة ، والمحافظة على شكله باستعمال لوحة السنباذج **Emery Board** . ويمكن اللجوء إلى نزع الظفر مع مطرقه وإغلاق سرير الظفر جراحياً .

### غِلَظُ الأظفار **Onychoauxis** :

فرط تنمّي يصيب الأظفار فقط . وبالمقارنة مع انعقاف الأظفار فإن تطاول وتشوه الظفر هما من الأعراض الإضافية .

### ضمور الأظفار **Onychoatrophy** :

تشوهات متنوعة للأظفار تتميز بتطور فوضوي للصفيحة الظفرية . وتكون الأظفار في هذه الآفة صغيرة ورقيقة ومشوهة جزئياً . ويحصل هذا التشوه في الآفات الشريانية ، والالتهاب الوعائي الخُثاري المسد **Thromboangitis Obliterans** ، وداء رينو ، وفرط الدرقية ، ويرافق بعض الاضطرابات العصبية ، والدنف ، والمعالجة بالإيتريتينات والإيزوتريتينوين ، ومتلازمة **Netherton** وفي الحزاز المسطح . ويشاهد ضمور الأظفار أيضاً في خشونة الأظفار .

### خشونة الأظفار **Trachyonychia** [ **Alkiewicz** ١٩٥٠ ] :

يكون سطح الظفر خشناً هشاً ، بلون رمادي معتم ، ويتزلق من حوافه الحرّة . وتحدث هذه الآفة نتيجة اضطرابات تصيب رحم الظفر وسريره . وأحياناً ، وخاصة لدى الأطفال ، قد تصيب الآفة كل الأظفار ( حثل الأظافر العشرين **20 – Nail Dystrophy** ) . وقد تقتصر الآفة على بعض الأظفار وقد تدلنا هذه الحالة على أمراض رئيسية كامنة : الثعلبة ، والصداف الشائع ، والحزاز المسطح والتهاب الجلد التأتبي . والتشريح المرضي النسجي مشابه للحزاز المسطح والصداف والتهاب الجلد التسفنجي ، مع خطل تقرن بؤري يشبه المدخنة ويصيب الصفيحة الظفرية . وإذا أمكن نفي كل هذه الأسباب يمكن التحدث عن خشونة أظفار غامضة ( أساسية ) **Trachyonychia Idiopathica** ( راجع الشكل ٣٢ – ٩ ) . وفي حالة الضرورة يجب إجراء خزعة .

**المعالجة** : الستيروئيدات الموضعية وتحت غطاء كتيم .

### حثل ظفر الأبخس الأول لدى الأطفال **Great Toenail Dystrophy in Childhood** [ **Samman** ١٩٧٨ ] :

تبدلات الأظفار في هذه الآفة قد تكون دائمة ، وهي ولادية أو كسبية تظهر مبكرة . تشاهد لدى الأطفال ولها بعض الشبه مع انعقاف الأظفار . وتكون الصفيحة الظفرية للأبخس الأكبر وحيدة أو ثنائية الجانب ، ملونة بلون رمادي مصفرّ وتبدى زيادة انحناءات في محوريها وتسمكاً دون أن تصبح ضخامية . لا يكون شكل الظفر مستطيلاً بل مدوّر الحواف . ويكون طول الظفر أقصر من الظفر السّوي ويكون الثلث الداني من الظفر فقط ملتصقاً بسرير الظفر . ويكون اتجاه نمو الأظفار ، بعكس انعقاف الأظفار ، سويّاً غالباً . وقلما يبدي الظفر أي نمو . أما سبب هذه الآفة فهو مجهول .

**المعالجة** : جراحية .

### سأف الأظفار **Hangnails** :

تكون الجليدة التي تلتصق عادة بشكل وثيق بالصفيحة الظفرية ، مرتفعة جزئياً . ويظهر بين الجزء الملتصق والآخر المنفصل شقّ مؤلم يمتد حتى الطية الظفرية **Nail Fold** . وقد تحصل أخماج كالتهاب حول الأظفار الجرثومي الحاد ، أو الثآليل الشائعة . وأكثر ما تشاهد الآفة في التأتب .

**المعالجة** : رفع كامل الجليدة وإزالتها ، وفي حال الضرورة تطبق مراهم مطرية وضمادات لاصقة .

### الظفر الحرفي **Ridged Nail** :

تملك الصفيحة الظفرية في هذه الآفة حرفاً طولانياً مستقيماً . وهذه الآفة شائعة لدى كبار السن ويختلف لون الظفر من الأبيض الرمادي الكامد إلى الأصفر العتم . ويكون الهليل غير مرئي عادة . وتسمى الأظفار البيضاء لدى كبار السن **Neapolitan Nails** بسبب وجود ثلاثة أشرطة ملونة مشبهين بهذه التسمية بعض أنواع البوظة الإيطالية [ **Horan** ورفاقه ١٩٨٢ ] .

### الأظفار المسطحة **Platyonychia** :

تكون الصفيحة الظفرية مسطحة ( غير مقعرة ولا

محدبة ) ، وتترافق غالباً مع فرط تقرن تحت القسم المتوسط من الصفيحة الظفرية .

**تقعر الأظفار Koilonychia [ Heller ١٨٩٨ ] :**

*المرادفات :* الأظفار الملعقية Spoon Nails ( راجع الشكل ٣٢ – ١٠ ) .

وتكون كامل الصفيحة الظفرية تقريباً مقعرة أو بشكل الملعقة . ويصيب تقعر الأظفار عدة أصابع أو أباخس في الأغلب ، ومن النادر أن يصيب كل الأظفار . وتكون الصفيحة الظفرية رقيقة تميل إلى التهشم من حوافها الحرة ( هشاشة الأظفار Onychorrhexis ) . وذكر أن الأظفار الملعقية ترافق غالباً فاقة الدم بعوز الحديد، وحيث يكون محتوى المادة الظفرية من السيستيئين منخفضاً . وهناك أشكال أخرى من تقعر الأظفار تكون كمرض وراثي بالصبغي الجسدي السائد . وتشاهد أيضاً تبدلات مشابهة في داء رينو أو في ظاهرة رينو . وأخيراً قد تنجم الأظفار الملعقية عن أسباب آلية وخاصة العمل في جو حارّ رطب ، أو التماس المديد مع المواد الكيميائية والمنظفات ، وكذلك نتيجة الرضح المتكرر ( أظافر ميكانيكي السيّارات ، أو أظفر أبخس سائق الدراجة الصغيرة Rickshaw ) .

**المعالجة :** إذا كان السبب هو عوز الحديد ، فإن الأظفار الملعقية تتراجع بسرعة بعد المعالجة المناسبة . ويجب تجنب الأسباب الآلية المسببة . ويؤخر طلاء الأظفار تلين الظفر وحصول التعطين ، إنما يعمل مزيل الطلاء على زيادة الحالة سوءاً . ويفيد ترطيب الأظفار بمرهم دهني طوال الليل ، كما تفيد حمامات الأظفار بزيت الزيتون .

**الأظفار بشكل زجاجة الساعة والأصابع بشكل مضرب الطبل**
**: Watchglass Nails and Drumstick Fingers**

في الأصابع بشكل مضرب الطبل Drumstick Fingers ( راجع الشكل ٣٢ – ١١ ) تكون السلاميات الانتهائية عريضة بشكل الهراوة مسببة تغيراً في شكل الظفر ( الأصابع الأبقراطية Hippocratic Fingers ) ، وقد وصفها أبقراط عند المصابين بالدبيلة ( Empyema ) . وتكون الأظفار عريضة ومدورة ولها شكل محدّب من كل حوافها ( الأظفار بشكل زجاجة الساعة ) . وينجم زيادة عرض السُّلامى الأخيرة على شكل الهراوة عن فرط تنسج في النسيج الخلوي تحت الجلد وفي الشعيرات . ويزداد حجم النسيج اللين ويغيب فرط التنسج العظمي . ويمكن للأصابع بشكل مضرب الطبل أن تكون وراثية . وعلى أي حال فإنها غالباً ما تشاهد في آفات الرئتين ( التدرن ، توسع القصبات ، ذات الرئة الدُّبيلة وأورام الرئة ) ، وكذلك في الاضطرابات القلبية الوعائية ، والآفات العصبية . ويمكن أن تشاهد أيضاً في داء كرون ، وفي التهاب الكولون التقرحي ، حيث أنّ علاقتها مع الآفات القلبية أو الرئوية غير ثابتة إذ ليس لهذه التبدلات دلالة مرضية نوعية .

**الإمراض :** مجهول ، وتدل الأظفار بشكل زجاجة الساعة أيضاً على ثخن الجلد والسمحاق Pachydermoperiostosis ( متلازمة Touraine – Solen - Golé ) والتي تصادف لدى الذكور فقط بين سن ١٠ – ٣٠ من العمر . وتتميز بتسمّك مترقٍ في الجلد ، يبدأ على الفروة ( كما في جلد الرأس المتلفف Cutis Verticis Gyrata ) ، ثم على الراحتين والأخمصين مع تضخم السلاميات الانتهائية للأصابع والأباخس على شكل المخلب وفرط تنسج الغدد الزهمية . ويشك فيه باضطراب في الغدد الصماء .

**الأظفار بشكل قمع الخياطة Thimble Nails :**

تشوهات بشكل نُقَر صغيرة في الصفيحة الظفرية تشبه الأظفار المنقطة . يُظَن أن السبب يعود إلى وجود بؤر من خطل التقرن والتي تنفصل بسهولة عن باقي الصفيحة الظفرية السليمة .

**متلازمة الأظفار الملقطية .Pincer Nail S [ Cornelius و Shelley ١٩٦٨ ] :**

*المرادفات :* الأظفار الأنبوبية ، الأظفار البرجية ، Unguis in Turriculo .

**التعريف :** تشوه ظفري غامض ( أساسي ) ومؤلم ، يصيب الكهول .

**الإمراض :** مجهول ، وقد ذكرت حوادث وراثية لأظفار أنبوبية .

**الموجودات السريرية :** تحدث التبدلات في ظفري الإبهام والأبخس الكبير بشكل خاص ، وتتناول كبار السن . وتصاب النساء أكثر من الرجال . وتترافق في الغالب بتشوهات في القدم كالإبهام الأروح Hallus – Valgus . وإن ازدياد الانحناء المعترض للظفر يجعل الحواف الجانبية للصفيحة الظفرية بشكل الأنبوب بحيث تنغرس في سرير الظفر كالملقط مسببة ألماً شديداً . ومن غير النادر حدوث ارتكاسات التهابية في حواف الظفر على شكل داحس . ويؤدي استمرار هذه التبدلات لفترة طويلة إلى ترقق في العظام والسلاميات وإلى فُصال عظمي Osteoarthritis في المفاصل بين السُّلاميات .

**التشخيص التفريقي :** يجب التفكير بالأظفار الأنبوبية الولادية

وهي حالة تشمل إصابة كل الأظفار .

**المعالجة** : يطبق ضاغط معدني على الظفر لتعديل تحدبه أو يبرد القسم المتوسط من الظفر لتخفيف تحدبه وجعله مسطحاً . ويمكن في حال الضرورة استئصال الأظفار المصابة وتخريب سرير الظفر .

## حثل الأظفار الناصفي القنوي الشكل Onychodystrophia Mediana Canaliformis [ ١٩٢٨ Heller ] :

انخماص طولاني يشبه الريشة أو قناة أنبوبية الشكل تسير من رحم الظفر وحتى حافته الحرّة . قد يصاب ظفر أو أكثر والأغلب إصابة ظفر الإبهام ( راجع الشكلين ٣٢ – ١٢ و ٣٢ – ١٣ ) . وقد تكون الأسباب عيوباً ولادية ، أو رضحية أو بسبب التهاب يصيب مطرق الظفر . وهذا التشوه يغير مظهره مع مرور الزمن .

**المعالجة** : تجنب الرضوح ، وعدا ذلك لا توجد أية معالجة باستثناء تزييت الظفر .

## تبدلات الصباغ والتلوّن Pigment Changes and Coloration :

قد تحدث تبدلات في التلوّن على الصفيحة الظفرية أو تحتها وفي خلالها ، وقد يشاهد تلون بني للظفر بشكل شريط ظفري طولاني لدى السود . وقد يظهر شريط أو أكثر بشكل متواقت وعلى أظفار متعددة . وإن تصبغ الخطوط الطولانية للظفر لدى البيض يدل على وحمة ملانية الخلايا ( راجع الشكل ٣٢ – ١٤ ) أو وحمة وحمية الخلايا ( الملانين ) أو ملانوم خبيث من نمط شامات النهايات يصيب رحم الظفر أو سريره أو طياته .

كما يحصل **تصبغ بني منتشر في الظفر** بسبب توضعات ملانية في داء أديسون . وهناك التصبغ الملاني المنتشر في الملانوم الخبيث . وقد يتطور تصبّغ من منشأ خارجي بسبب تشربه لبعض المواد مثل ( الأنترالين ، وبرمنغنات البوتاسيوم ، ونترات الفضة ، والحمض البيكري ، وحمض الآزوت ، ومواد تحميض الأفلام ، والرصاص المتضمن في بعض المراهم .. إلخ . ) . وتصاب في هذه الحالة الطبقات المتقرنة السطحية التي يمكن إزالتها بالبَرْد .

*التصبغ الأخضر المسود أو البني المسودّ* : وينجم عن تشكل جيب بين الصفيحة الظفرية وسرير الظفر ( انفكاك الظفر Onycholysis ) وحبس جراثيم مولدة للون : الزائفة الزنجارية Pseudomonas Aeruginosa (Pyocyaneus) ( راجع الشكل ٣٢ – ١٥ ) ، والفطور ( الرشاشية السوداء : Aspergillus Niger ) .

*التصبغ الأزرق لسرير الظفر* : وخاصة الهليل وتصادف غالباً على الأصابع المعرضة للضياء . ووجودها في أظفار الأباخس فقط يدل على التفضُّض Argyria ( الأظفار الزرقاء الفضية ) ، ( راجع الشكل ٣٢ – ١٦ ) . أما السبب المحدث فهو تناول الأدوية الحاوية على الفضة كبعض الأدوية المستعملة في معالجة القرحة المعدية ، والقابضات الحاوية على الفضة وبعض القطرات الأنفية . وقد يحدث التلوّن المزرق بسبب الزراق Cyanosis في القصور القلبي الوعائي أو وجود الميتيموغلوبين في الدم لدى المعالجين بالدابسون . وعلاوة على ذلك قد يحصل تصبّغ عتم منتشر في داء ولسون ( النحاس ) ، وفي المغرانية Ochronosis ( حمض الهوموجنتزيك Himogentisic ) والصباغ الدموي ( الهيموزيدرين والملانين ) .

*التصبغات المحرّضة بالأدوية* : التي تصيب الأظفار قد تحصل بعد تناول مضادات الملاريا ( كلوروكين ) ، أو الذهب ( التذهّب Chrysiasis ) ، أو الزئبق ( التفضض المائي Hydrargyrosis ) ، أو الفينول فتالئين ( الاندفاعات الدوائية الثابتة ، الهيموزيدرين ، الملانين ) .

**العوامل الفيزيائية** : كالأشعة السينية ( تصبغ الأظفار الأسود بأشعة رونتجن ) والرضوح ( الدميموم تحت الظفر ) ( راجع الشكل ٣٢ – ١٧ ) ، يمكن لها أن تؤدي إلى تبدلات تصبغية عتمة في الأظفار .

## الظفر المتناصف الاصطباغ Half and Half Nail [ ١٩٦٣ Beau و ١٩٦٧ Lindsoy ] :

*المرادفات* : اعتلال الأظفار الآزوتيمي Azotemic Onychopathy .

**التعريف** : يلاحظ لدى المرضى المصابين باليوريمية تلون القسم القاصي من الظفر بلون أحمر بني والقسم الداني بلون أبيض وذلك في أظفار اليدين والقدمين . وتشاهد الأظفار متناصفة الاصطباغ في ٢٠ – ٤٠٪ من المصابين باليوريمية المزمنة . وتزول هذه التبدلات إذا تراجع المرض المستبطن . ويلاحظ زوال الهليل عند ٣٠٪ من المرضى الدياليين ( Dialysis ) .

**متفرقات Miscellaneous** :

في تبدلات اللون المحصورة ، والمؤلمة بالضغط يجب التفكير بالوعاؤومات ، والشعيريات المتوسعة ، والشوكوم القرني ، والورم الكبي ، والغضروم الداخلي Enchondroma ، والكيسات البشروية أو المخاطانية وكذلك التآليل الشائعة تحت

الأظفار والتي تصيب عدة أصابع مرة واحدة وتكون حساسة باللمس ومؤلمة جداً بالضغط ، وتبتدىء بلطخة صفراء بنية مشابهة لبقعة زيت صدافية ( Psoriatic oil spot ) . أما الحليمومات المتقرنة فتنمو في سرير الظفر وترفع ثانوياً الصفيحة الظفرية . وقد يحصل تخرب في الصفيحة الظفرية بشكل تال ، مع فرط تقرن تحت الظفر وضمور في عظم السلامى الأخيرة ناجم عن الضغط . ويكون السير مزمناً ولأكثر من عام غالباً .

## تبدلات الأظفار الولادية Congenital Nail Changes :

نادراً ما تكون تبدلات الأظفار الولادية معزولة ، والأغلب أن تشكل جزءاً من متلازمة .

## تبدلات الأظفار المعزولة Isolated Nail Changes :

### الإصبع الإضافي Digitus Supranumeralis :

تشير هذه الإصابة لوجود إصبع إضافي . الأصابع الرديمة Rudimentary وتظهر عادة على المفصل القاصي . وهي آفة شائعة عند السود ، ونادرة عند البيض . ويختلف هذا العيب التطوري من رديم يحتوي ما يوحي ببدء تشكل صفيحة ظفرية إلى تشكل أصبع كامل بعظمه وغضاريفه ومفاصله وصفيحته الظفرية . وتبقى علامات بصمات الأصابع موجودة . نسجياً ، توجد الألياف العصبية الطولانية والنهايات العصبية . والبنية الهيكلية هي مَعْلمة تشخيصية .

هذا ويجب أن تميز عن الليفومات الأصبعية المكتسبة Acquired Digital Fibromas التي لا تحوي لا على البصمات الأصبعية ولا على الصفيحة الظفرية . كما لا يوجد فيها نسجياً ألياف أو نهايات عصبية .

**المعالجة** : البتر .

### الأظفار بشكل المضرب Racket Nails :

*المرادفات* : Nail en Raquette ، الأظفار بشكل مضرب التنس ( راجع الشكل ٣٢ – ١٨ ) .

تقصر السلامى الأخيرة ، وغالباً ما تكون أعرض قليلاً . أما الصفيحة الظفرية فهي أقصر وأعرض . وتغلب إصابة الإبهام لوحده وأحياناً الأبخس الأكبر . تكون الوراثة بالصبغي الجسدي السائد . وتغلب إصابة النساء بهذا العيب . ونادراً ما تشخص الآفة ، أو تزعج جمالياً وقد تشكل معوّقاً نفسياً .

## عيوب الأظفار في الآفات الوراثية Nail Anomalis In Inherited Diseases :

### ثدن الأديم الظاهر Ectodermal Dysplasia :

تورث هذه المتلازمة بالصبغي الجسدي السائد ، وفي شكلها عديم التعرق تكون الصفيحة الظفرية رقيقة بطيئة النمو وغالباً لا تمتد حتى نهاية الأصبع . وقد تغيب الأظفار تماماً في كثير من حالاتها .

### ثخن الأظفار الولادي Pachyonychia Congenita

[ Jadassohn و Lewandowsky ١٩٠٦ ] :

*المرادفات* : ثخن الأظفار سماكي الشكل ، التقرانات المتعددة الولادية Polykeratosis Congenita (Touraine) .

**التعريف** : خلل تنسج وراثي في الأديم الظاهر يترافق بأظفار متسمّكة تشبه المخلب ( شكل حدوة الحصان ) علاوة على وجود اضطرابات تقرنية أخرى تصيب الجلد والأشعار والأغشية المخاطية والقرنية .

**الحدوث** : نادراً جداً مع ميل لإصابة الذكور أكثر من الإناث ، وغالباً ما تورث كآفة متعلقة بالصبغي الجسدي السائد . وهناك حالات معزولة ترجح الوراثة الصاغرة أو الطفرات العفوية .

**الإمراض** : السبب مجهول . وهناك اضطراب وراثي يؤدي لتنشؤات تقرنية سوية أو خطلة التقرن . ويوجد عادة اضطرابات تقرنية جريبية .

**الموجودات السريرية** : وتتميز بتظاهرات في الأظفار والجلد والأغشية المخاطية والقرنية ، ونادراً ما تحدث اضطرابات في نمو العظام والتسنين المبكر واضطرابات في الذكاء .

*تبدلات الأظفار* : غالباً ما يحدث تسمك بالأظفار شبيه بكل من انعقاف الأظفار والأظفار المخلبية الشكل ( راجع الشكل ٣٢ – ١٩ ) . تصاب عادة أظافر اليدين والقدمين . وتنمو الأظفار المتسمكة والقاسية بشكل مائل وإلى الأعلى .

*تبدلات الجلد* : وتظهر عادة أثناء أو بعد فترة الطفولة وبشكل تقرانات خطية أو تشبه الجزر ، وتصيب الراحتين وأقل من ذلك الأخمصين وغالباً ما تترافق بفرط تعرّق . كما قد تحصل تبدلات تقرانية ، أو جريبية ، أو التهابية محمّرة على الأباخس والمناطق القريبة من الأخمصين أو العقبين ، كما قد تظهر على المرفقين والركبتين ونادراً ما تظهر على المناطق الإبطية أو التناسلية . وهناك انعدام زهم واضح وتبدلات سماكية بدرجات مختلفة تصيب باقي أنحاء الجلد . وقد تظهر على الجلد نفاطات مع تشكلات ثفنية ثانوية أو فرط تقرن .

تبدلات الغشاء المخاطي الفموي : تظهر هذه التبدلات على اللسان وفي زاويتي الفم ، وعلى كامل الغشاء المخاطي الفموي بما في ذلك البلعوم وعلى الغشاء المخاطي للأنف .

تبدلات العينية : وأكثر ما يتجلى خلل التقرن في العين بتسمك وتكثف في القرنية مما قد يؤدي إلى العمى ، وقد شوهدت أحياناً حوادث من الساد .

العلامات المرافقة : وصف الشوك المشقوق الخفي ، والرتاج معوية Diverticulosis ، وعيوب قلبية مع فرط حركية في المفاصل .

أشكال متحولة : هناك شكل يتكون من ثخن أظفار ولادي مع داء نشواني جلدي وفرط تصبغ ( Pidman ورفاقه : ١٩٨٧ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تتجلى المظاهر الجلدية بشُواك وفرط تقرن ، مع خطل وخلل تقرن ، ووذمة في البشرة ، وترتيب غير منتظم للخلايا القاعدية ، والتهاب خفيف حول الأوعية في الأدمة السطحية .

**السير** : يتحمل المريض تطور المرض في البدء عادة ، غير أنه فيما بعد يصبح معوقاً في المشي وفي العمل اليدوي وفي الرؤية .

**التشخيص** : العلامة الرئيسية هي ثخن كل الأظفار منذ الولادة أو في الطفولة الأولى . وحسب تظاهرات المرض يمكن أن نميّز أنماطاً متنوعة :

- النمط I : تبدلات في الأظفار مع تقرانات راحية أخمصية وتقرانات جريبية على الجذع .
- النمط II : تظاهرات النمط I مع إصابة الأغشية المخاطية ( يسمى أيضاً نمط Riehl ) .
- النمط III : ترافق تظاهرات النمط I مع تبدلات قرنية .

وإذا كان قبول هذا التصنيف منطقياً إلا أنه يبقى غير مؤكد . وإن النمط II هو الأكثر مصادفة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تمييز هذه الآفة عن متلازمات ثدن الأديم الظاهر الأخرى .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : بما أن العيب الاستقلابي مجهول فالمعالجة تبقى عرضية ويمكن التفكير بإعطاء الريتنويدات العطرية .

*المعالجة الموضعية* : يمكن برد الأظفار المخلبية المتسمكة بواسطة فريزة دوّارة ، وقد يستطب استئصال الظفر مع سريره . ويمكن التوصية باستعمال حالّات القرنين الموضعية ( حمض الصفصاف في مراهم أو شريط لاصق ) .

**متلازمة الظفر – الرضفة Nail – Patella Syndrome**

[ Chatelain ١٨٢٤ ، Little ١٨٩٧ ، Turner و Rieger ١٩٢٥ و Turner ١٩٣٣ ، Kieser ١٩٣٩ ] :

تتشكل هذه المتلازمة من حثل أظفار يصيب الإبهام خاصة كانعدام الظفر Anonychia ، أو انشقاقه مع لا تنسّج في الرضفة أو نقص تنسّج فيها ، ونقص تنسُّج في رأس الكعبرة مع تحت خلع فيها وتبدلات في عظام الورك ( القرون الحرقفية Iliac Horns ) ، مع عيوب كلوية ، وفرط تعرق راحي أخمصي . تورث الآفة بالصبغي الجسدي السائد . وتشمل الموجودات المرافقة ما يلي ( ويعتبر مهماً منها للتشخيص ما أشير عليه بنجمة ) .

*الأظفار :*

انعدام الأظفار .
نقص تصنع الأظفار .
انشقاق الأظفار .
الهليل المثلثي ( واصم ) .

*الجهاز البولي التناسلي :*

ثدن كلوي Renal Dysplasia .
تضاعف الحالب .
وهط كلوي .
متلازمة كلوية .
متلازمة Goodpasture .
التهاب حويضة وكلية مزمن .

*العيون :*

تبدل لون القزحية .
الزرق .
صغر القرنية .

*الموجودات العظمية الجراحية :* قرون حرقفية خلفية ثنائية الجانب ( واصمة ) .

نقص تنسج الوابلة Capitulum ورأس الكعبرة .
انعدام تنسج الرضفة .
نقص تنسج الرضفة أو تحت خلع .
نقص تنسج الكتف .
الجنف Scoliosis الركبة الروحاء Genu Valgum .
القفد الفحجي Talipes Equinovarus .
نقص تنسج اللقيمة Epicondyle العضدية الجانبية .

**الظفرة الظفرية المنقلبة Pterygium Inversum Unguis**

[ Caputo و Prandi ١٩٧٣ ] :

آفة نادرة ، أحياناً عائلية ، أكثر ما تصيب أظفار الأصابع . يغيب الثلم تحت الظفري ، ويصبح النسيج تحت الظفري

بارزاً وقد يغزو نهاية الإصبع . وغالباً ما يكون هذا الاضطراب مؤلماً .

إن تعبير ما تحت الظفر يعني ، حسب المدرسة الألمانية ، كامل سرير الظفر من النهاية القاصية لرحم الظفر وحتى الحافّة الحرّة . بينما يعني ، حسب المدرسة الإنكليزية ، المنطقة القاصية من سرير الظفر . تتوافق هذه المنطقة مع فرط تقرن أخمصي مع أظفار بشكل أظلاف الحيوانات . وقد يحصل منظر مشابه للظفرة الظفرية المنقلبة في تصلب الجلد المجموعي من نمط إصابة النهايات Acral ( النمط I ) .

## تبدلات الأظفار في الآفات الجلدية Nail Changes in Skin Diseases :

تترافق كثير من الجلادات بتبدلات نموذجية في الأظفار ، تصيب غالباً أظفار اليدين ، تسبق أو تتلو أعراض المرض ، ويندر جداً أن تكون منفردة .

**التهابات الجلد** : كثيراً ما تحصل تبدلات في الأظفار نتيجة لإكزيمة التماس الأرجية المزمنة ، أو التهاب الجلد التأتبي ، أو إكزيمة اليد والقدم الانسمامية التراكمية . فعندما تصاب الطيّات الدانية والجانبية ورحم الظفر بالتهاب الجلد ، تحدث تشوهات الأظفار فيصبح سطحها غير منتظم مع خدوش وأخاديد ، وتنقرات وتفتت ، وقد تتسمك الصفيحة الظفرية ، وانفكاك ظفري ، وتبدلات في اللون ... إلخ . تسمى كل هذه التبدلات بالتهاب جلد أو إكزيمة الأظفار . ويمكن أن نؤمن نمو ظفر سويّ مع تطبيق المعالجة المناسبة للآفة الرئيسية المسببة .

**الصداف** : تنقرات بشكل نقاط زيتية ، انفكاك أظفار ، حثل الأظفار ، الأظفار المعقوفة Crooked Nails وتظاهرات أخرى هي مميزة للصداف . هذا وإن التهاب جلد النهايات المستمر والمقيح Hallopeau هو شكل خاص من الصداف البثري يترافق مع تبدلات شديدة في الأظفار . كما يمكن لخشونة الأظفار Trachyonychia أن تنجم الصداف .

**داء رايتر** : وتتطور فيه تبدلات التهابية عديدة تصيب مطرق الظفر وسريره ، وغالباً مع انفكاك كامل الظفر . وتحصل أحياناً إصابة بؤرية في منتصف سرير الظفر تؤدي لعيب محدد في الصفيحة الظفرية .

**الحزاز المسطح** : يجب أن لا نضع تشخيص الحزاز المسطح إلا بعد فحص الأظفار بسبب التبدلات التي يمكن أن تصيبها . وقد يصاب أيضاً مطرق الظفر ، وقد تشاهد هشاشة في الأظفار ، والخطوط الطولية والمستعرضة ، وخشونة الأظفار ( راجع الشكل ٣٢ – ٢١ ) . وأخيراً فقدٌ لظفر أو عدة أظفار ، ومن النادر فقد كل الأظفار . وإن انعدام الأظفار الثانوي والدائم مع ظفرة وضمور كامل في سرير الظفر ( الحزاز المسطح التآكلي ) هي من نتاج هذه الآفة .

**الحاصّة البقعية ( الثعلبة )** : تنقرات دقيقة ، أخدود طولاني وأحياناً خشونة سطح الظفر هي علامات واضحة للمرض ( الشكل ٣٢ – ٢٠ ) . ومن علامات الحاصّة البقعية : ابيضاض الأظفار ، انفكاك الأظفار ، خشونة الأظفار ، سقوط الأظفار ، كما يشاهد الهليل المنقط في مناطق يغيب فيها اللون الأبيض الرمادي للهليل .

**متلازمة Zinsser – Cole – Engman** : يحصل مظهر مشابهة للظفرة مع ضمور غير عكوس ، وغياب كامل للصفيحة الظفرية .

**انحلال البشرة الفقاعي الحثلي** : يتطور خلال سير هذه الآفة فقد لبعض ، أو كل الأظفار مخلفة ندبات في سرير الظفر .

**متلازمة لايل Lyell** : يمكن أن يؤدي الشكل الناجم عن الأدوية لهذه المتلازمة إلى فقد حاد لكل الأظفار ( سقوط الأظفار ) ؛ إلا أن الأظفار تنمو من جديد بعد الشفاء ، أو أنها قد تتطور نحو الضمور .

**الفقاع الشائع والفقاعاني الفقاعي** : قد تؤدي هذه الآفات لفقد أظفار وإلى آفات تحت الأظفار . ويمكن للظفر أن يعود للنمو بعد السيطرة على المرض المسبب .

**داء داريه Darier** : يبدي بعض المصابين بهذا الجلاد الوراثي تبدلات نموذجية في الأظفار بشكل خطوط طولانية بيضاء تمر فوق الهليل وقد تكون متعددة في الصفيحة الظفرية الواحدة . وقد تصبح هذه الأشرطة الفاتحة بلون أعتم . وقد يرافقها انشقاق حافة الظفر الحرّة مع فرط تقرن بشكل حرف V يتوضع تحت الظفر . وقد يكون الظفر متسمكاً بشدة بسبب فرط التقرن تحته .

**الذأب الحمامي ، التهاب الجلد والعضلات وآفات المناعة الذاتية الأخرى** : تتميز بتلون المناطق القريبة من الطية الظفرية الدانية باللون الأحمر البنفسجي مع توسعات شعيرية أنبورية الشكل Ampulla – like . مؤلمة بالضغط . وقد تحصل تبدلات أخرى في الصفيحة الظفرية كفقد اللمعان وتشكلات خطية .

**النخالية الحمراء الشعرية** : يشاهد فرط تقرن شديد تحت الظفر مشابه للصداف مع تسمك شديد في الصفيحة الظفرية وانحراف كامل فيها .

**الداء النشواني** : ويترافق مع أظفار ضامرة متفتتة أو هشة .

**متفرقات** : هناك أمراض أخرى تعود لزمرة السّماكات

والتهابات الجلد الشعاعية تؤدي إلى فرط تقرن الصفيحة الظفرية وفقد لمعانها ، واضطرابات في اللون ، إلخ . هذا وتتبدل تشوهات الأظفار أثناء سير الآفة .

## تبدلات الأظفار في الأمراض العامة Nail Changes in General Diseases :

**داء ومتلازمة رينو (Raynaud)** : قد يحدث في هذه الآفة نوعائية ، رقة وتفتت وتقصف في الأظفار ، مع خطوط طولانية وتقعر وأعراض أخرى .

**تصلّب الجلد Scleroderma** : يؤدي تراجع وسادات نهايات الأصابع إلى انحناء القسم القاصي من الصفيحة الظفرية على شكل المخلب ، وينمو ما تحت الظفر بشكل مفرط ( تبدلات تشبه الظفرة المقلوبة الظفرية ) كما يتطور ضمور كاذب في وسادة نهاية الإصبع وتوسع شعيري في الطية الظفرية .

**متلازمة الظفر الأصفر Yellow Nail Syndrome** [ Samman و White ١٩٦٤ ] :

آفة نادرة جداً لكنها معبّرة . وقد تصاب جميع الأظفار مرة واحدة أو تصاب عدّة أظفار . تتمسّك الصفيحة الظفرية وتصبح صفراء مخضرة ( راجع الشكل ٣٢ – ٢٢ ) وتنمو ببطء شديد . وقد يتوقف نمو الأظفار تماماً . ويصبح الهليل غير مرئي ، كما يتطور انفكاك الظفر أثناء سير الآفة وذلك بدءاً من المحيط . ومن الأعراض المرافقة : التهاب القصبات المزمن ، وتوسع القصبات ، وتبدلات في الأوعية اللمفية مع وذمة دائمة . تختفي متلازمة الظفر الأصفر خلال عدة سنوات حيث يعود الظفر للنمو من جديد . ومن غير المعروف مدى تراجع باقي الأعراض . تلاحظ هذه المتلازمة لدى المعالجين بالبنسلامين والمحموجين بحمة عوز المناعة المكتسب .

**الأظفار الأبقراطية** : هي الأظافر بشكل زجاجة الساعة والتي تتطور في سياق الآفات الرئوية المزمنة .

**الآفات المعدية المعوية** : غالباً ما يغيب الهليل في التشمعات الكبدية ، وفي الذرب ، والتهاب القولون التقرحي ، وآفات داخلية أخرى . تشاهد الأشرطة الضيقة المزدوجة البيضاء والموجودة بشكل موازٍ للهليل ، والتي تنمو مع نمو الظفر ، في التهاب الكبد الحاد وفي نقص ألبومين الدم وآفات عامة أخرى .

**الآفات الكلوية** : يترافق عديد من الآفات الكلوية بتبدلات في الأظفار . وإن الأشرطة المزدوجة البيضاء في المتلازمة الكلائية Nephrotic Syndrome ، ومظهر الظفر المتناصف الاصطباغ هما علامتان مميزتان ، وفي هذه الحالة ثمة منطقة دانية بيضاء كامدة لا يمكن فيها تمييز الهليل ، ومنطقة قاصية حمراء – بنية أو وردية اللون تمتد شاملة نصف الظفر الآخر وتصل حتى الحافّة الحرّة .

## تبدلات الأظفار المكتسبة Acauired Nail Changes :

**الرضح** : يصاب عادة ظفر واحد ، والرضح هو السبب الغالب لتبدلات الأظفار المكتسبة .

**الدميوم** : تلوّن أزرق مسود ، مؤلم عادة ، يصيب غالباً ظفر الأبخس الكبير . ويمكن أن نكتشف بالاستجواب لبس أحذية ضيقة أو وجود نشاطات رياضية ( المشي ، الجري ، كرة مضرب ، تزلج ... ) ويجب أن تفرق عن ملانوم النهايات تحت الظفر . وقد نحتاج لوضع التشخيص إلى طحن قطعة صغيرة من الظفر والتفتيش فيها عن الحديد ( إيجابيته ليست حتمية ) ، وقد نضطر لإجراء الخزعة .

**التبدلات المحدثة بسبب الفرك** : تؤدي عرّة الفرك الدائمة ، والتي تنتقي ظفر الإبهام عادة ، إلى انكماش ، وإلى تخطيطات طولانية عريضة بسبب تخرب في منطقة الطية الظفرية الدانية . كما أن الالتهاب المزمن حول الظفر يؤدي إلى تخرب الجليدة مع تشكل جيوب تؤهب للتعطين والخمج الثانوي .

**التبدلات المحدثة ذاتياً Self – Inflicted Changes** : نادراً ما يحدث تخرب في الأظفار وتترافق خاصة مع وجود اضطرابات نفسية شديدة .

**قضم الأظفار** : وهو عضُّ الأظفار مع قصر نموذجي في القسم القاصي من الصفيحة الظفرية وأكثر ما تشاهد لدى الشبان . ومن اختلاطاتها الشائعة : الداحس والثآليل الشائعة وخاصة لدى التأتبيين . هذا ويزيد عض الأظفار من سرعة نموها .

**الأظفار اللامعة** : تكون الصفائح الظفرية ملساء لامعة وهذا ينجم عن الحك والفرك بواسطة لب الأصابع كما في الحلادات الحاكة على البطن والصدر ، وخاصة في الجلود المعالجة بالمساحيق أو بمحلول الزنك . وقد تصبح الصفيحة الظفرية رقيقة ، وتتشوّه بسهولة .

**انعقاف الأظفار** : التبدلات التي تصيب سرير الظفر وصفيحته وصفت سابقاً وغالباً ما تستمر بسبب الوضعية الخاصة للأبخس أو بسبب الأحذية الضيقة . والرضوح هي السبب في بدء تشوه الظفر على شكل مخلب .

**العوامل الفيزيائية والكيميائية** : يؤدي التخريش المستمر بالمواد الحالة ، والزيوت ، ومواد أخرى إلى فقد أو تخرب جزئي في الصفيحة الظفرية . تحدث نزوف تحت الظفر بسبب كثير من

الأعمال اليدوية غسل الأطباق أو العمل في ميكانيك السيارات .

**انحلال عظام النهايات** : يحصل في داء البولي فينيل كلورايد قصر في الأظفار واضطراب في نموها .

**الآفات الخمجية** : فطارات الأظفار بسبب الفطور الجلدية ، وزمر المبيضات والجراثيم وقد درست في أبحاثها الموافقة .

**الأدوية** : تؤدي المعالجة بالإتريتينات والإيزوتريتينوين المستعملان في معالجة الصداف ، واضطراب التقران والعدّ ، إلى جفاف في الأظفار وهشاشتها مع رقة في الصفيحة الظفرية وظهور نسيج حبيبي يشبه الحبيبوم المعنق ( Caro Luxurians ) في الطيات الدانية والجانبية لدى بعض المرضى . ومن الممكن حدوث أخماج ثانوية فطرية وجرثومية ، الآلية الإمراضية شبيهة بالتكاثرات الوعائية الملاحظة على ظهر بعض المرضى المصابين بالعد المكبب والمعالجين بالإيزوتريتينوين .

**الظفر الناشب Unguis Incarnatus** :

*المرادفات* : الظفر غير النامي .

**التعريف** : يصف هذا التعبير نمو الأظفار في الطيات الظفرية الجانبية مع حدوث التهابات تالية .

**الموجودات السريرية** : شقوق مؤلمة تؤهب لحدوث أخماج يظهر بعد حصولها التهاب موضعي يؤدي في الغالب إلى تشكل فرط تنشؤ حبيبي ( راجع الشكل ٣٢ — ٢٣ ) . وأكثر ما يشاهد الظفر الناشب في الأبخس الكبير للقدم . والسبب الأهم لهذه الظاهرة هو قص الأظفار غير الصحيح والمدوّر ، أو بسبب زيادة تحدب الصفيحة الظفرية ناجم عن رضوض آلية . وبما أن الحافة الجانبية للظفر لا تستطيع تجاوز سرير الظفر ، فإنها تضغط على طية الظفر . وتزداد الحالة سوءاً بلبس الأحذية الضيقة والضغط الجانبي . ويحدث التهاب تفاعلي مزمن في المنطقة المحيطة بالظفر . وتحصل هذه الآفة أيضاً بعد تداخل جراحي غير ناجح بطريقة Emmet ، وذلك حين ينغرس قسم من الصفيحة الظفرية كالشوكة في طية الظفر الجانبية .

**المعالجة** : وتقوم على قص حوافّ الظفر الناشب ووضع قطعة قطن مغمسة بمحلول معقم مثل صبغة كاستيلاني ، وذلك ريثما ينمو الظفر من جديد فوق سرير الظفر . وإلا تجرى عملية Emmet أو تطبق صفيحة معدنية ضاغطة ( طريقة تقويم الظفر ) .

**متلازمة الظفر الناشب في الأبخس الكبير Ingrown Great Toenail Syndrome** [ Steigleder و Stober – Münster ١٩٧٧ ] :

يترافق الظفر الناشب في الأبخس الكبير مع العلامات التالية إنما بدرجات متفاوتة :

- نسيج حبيبي .
- داء سكري خفي .
- خمج الأبخس الكبير بالعنقوديات المذهبة .
- فرط تعرق الراحتين والأخمصين .
- ازرقاق النهايات في اليدين والقدمين .
- نقص في النمو الطولي مع أقدام وأيدٍ كبيرة .
- تسود الإصابة لدى الرجال .
- الإصابة تحصل غالباً بين ١٢ — ١٦ .

ويبدو أنه لا توجد زيادة عائلية بنسبة الحدوث .

**المعالجة** : مماثلة لمعالجة الظفر الناشب مع معالجة عرضية للأعراض المرافقة .

**العَرَن تحت الظفر Subungual Exostosis** :

كما هو الحال في الظفر الناشب ، يسبب الضغط ألماً شديداً . ويلاحظ أيضاً أن الطيّات الظفرية الجانبية ملتهبة متورمة ، حمراء عتمة ( راجع الشكل ٣٢ — ٢٤ ) . وأكثر ما يصاب القسم المتوسط ثم الجانبي للأبخس الأكبر ، هذا ويمكن كشف الأعران شعاعياً .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي .

**الأورام تحت الأظفار Subungual Tumors** :

**داء بوفن Bowen** : يصيب كبار السن عادة ، وهو وحيد الجانب وقد يصيب عدة أصابع خاصة الإبهام والأباخس الكبيرة . وغالباً لا يوضع له تشخيص ولذلك يحصل خلل في تطبيق المعالجة المناسبة لمدة طويلة . تلاحظ حمامى خفيفة ، وانفكاك ظفري في المناطق الجانبية من الصفيحة الظفرية . وإذا لم يوضع التشخيص فقد تظهر سرطانة وسفية الخلايا . إلا أنها تكون أقل اجتياحاً من التوضعات في أماكن أخرى .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الفطارات الظفرية ، والدميومات ، وملانوم شامات النهايات ، والملانوم اللا ملاني .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي الكامل للنسيج المصاب والأفضل بطريقة المراقبة المجهرية .

**ملانوم شامات النهايات Acrolentiginous Melanoma** : ويحصل غالباً لدى كبار السن على إصبع ( الإبهام ) أو أبخس ( الأبخس الكبير ) . ويندر أن تكشف الإصابة في بدئها بسبب التلون الخفيف الرمادي البني المسودّ وذلك في الطيات الدّانية أو القاصية أو الجانبية أو فوق الظفر . يحصل تبدل في اللون تحت الظفر من البني إلى الأحمر إلى الرمادي . ولمعرفة التفصيلات راجع بحث الملانوم الخبيث في مكانه .

**الثآليل الشائعة تحت الأظفار** : راجع البحث الخاص بأمراض الجلد بالحمات الراشحة .

**الشوكوم القرني تحت الظفر Subungual Keratoacanthoma** : نادر ، وهو ورم مؤلم ينشأ جانبياً من الصفيحة الظفرية أو تحتها مباشرة مع انفكاك ظفري سريع ونخر في النسيج الرخو والعظم .

**الورم الكبي تحت الظفر Subungual Glomus Tumor** : ليس نادر المصادفة ، يصيب غالباً أصبعاً واحداً لدى اليفعان أو الكهول ، وقد يكون الألم شديداً . ( راجع الفصل ٥٩ مبحث الورم الكبي ) .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي للآفة الوعائية ، وحدوث النكس غير نادر .

**الغضروم الداخلي تحت الظفر Subungual Enchondromas** : نادر ، والأعراض مماثلة للعرن تحت الظفر أو للورم الكبي .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي .

# الفصل الثالث والثلاثون

# أمراض الشفتين وجوف الفم

# Diseases of the Lips and Oral Cavity

د . سهيل دياب

للغشاء المخاطي الفموي صفات مشتركة مع الجلد بسبب منشئهما المشترك من الأديم الظاهر Ectoderm . ومن ناحية أخرى ، يختلف الغشاء المخاطي الفموي شكليائياً عن الجلد لأن ظهارته الوسفية بطبقاتها المتعددة تكون عديمة التقرن أو يأخذ تقرنها شكلاً مختلفاً . ويختلف الغشاء المخاطي وظيفياً بسبب قدرة طبقته القاعدية الكبيرة على التجدد مع مشعر انقسامي عال ، وبسبب ترطب سطحه المستمر باللعاب والذي يلعب دوراً هاماً في المحافظة على صحة الفم . ويسمى النسيج الضام الموجود تحت الظهارة « الصفيحة المخصوصة Lamina Propria » بينما يغيب ما تحت المخاطية في بعض المناطق كما في اللثة والحنك القاسي .

وكما هو الحال في الجلد ، فهناك كثير من الجلادات ، تظهر في جوف الفم ، وقد تكون خاصة به . وفي بعض الأحيان يبدأ الاندفاع الأولي في جوف الفم كما يحدث كثيراً في الفقاع الشائع .

ويمكن للمظهر السريري الشكليائي للآفة أن يتغير في اندفاعات جوف الفم متظاهراً بطراز خاص مثل الحزاز المسطح . وبسبب البنية الرخوة للمخاطية فإن الحطاطات لا تأخذ شكلها الاعتيادي ، ويندر للحويصلات أن تبقى سليمة حيث لا يشاهد مكانها سوى تآكلات . ويمكن لإصابة المخاطيات أن يساعد بشكل كبير على وضع التشخيص ، كما في الحماق مثلاً ، بينما ، وفي أمراض أخرى ، يكون غياب إصابة المخاطيات هو المساعد على التشخيص كما في الشرى الحطاطي الطفلي .

ونعدد فيما يلي الجلادات التي غالباً ما تظهر على الأغشية المخاطية ، أو تكون كثيرة المشاهدة فيها ، وستبحث بالتفصيل في فصولها المرافقة من هذا الكتاب .

### الأمراض الجلدية التي يكثر حدوثها في الشفتين وجوف الفم :

*الجلادات الوراثية Genodermatosis* : انحلال البشرة الوراثي بأشكاله ، داء داريه ، داء أوسلر .

*الوحمات Nevi* : الشامة البسيطة ، الوحمة وحمية الخلايا ، الوحمة الزرقاء .

*أمراض الحمات Virus Diseases* : الحلأ البسيط ، الحلأ النطاقي ( إصابة العصب الثلاثي التوائم II ، III ) ، الحماق ، داء اليد – القدم – الفم ، الثآليل الشائعة ، الطلوان الفموي المشعر ( في الخمج بحمة الإيدز ) .

*الأخماج الجرثومية* : الإفرنجي الأولي ، إصابة كامل الغشاء المخاطي الفموي في الإفرنجي الثانوي والثالثي ، التهاب اللوزتين البني ، الحمرة ، داء الشُعيّات ، بعض أشكال السل ، الجذام .

*الأمراض الفطرية* : كما في داء المبيضات .

*الجلادات الفقاعية Bullous Dermatoses* : الفقاع الشائع ، الفقاعاني الفقاعي ، الفقاعاني الندبي .

*أدواء المغراء Collagenosis* : الذأب الحمامي ، تصلب الجلد المجموعي المترقي ، الحبيبوم المواتي الأنفي .

*التفاعلات الأرجية Allergic Reactions* : الاندفاعات الدوائية الثابتة ، الحمامى عديدة الأشكال ، الجلادات الأرجية بالتماس ، الوذمة الوعائية لكونيكة .

*متفرقات* : الحزاز المسطح الفموي .

*الأورام السليمة (Benign Tumors)* : الليفوم ، الليفوم العصبي ، الورم ذو الخلايا المحببة . العضلوم الأملس ، الوعاؤوم الدموي ، الوعاؤوم اللمفي ، الحبيبوم المقيّح ، الحليمومات الفموية المزدهرة .

*الأورام الخبيثة (Malignant Tumors)* : السرطانة وسفية الخلايا ، الملانوم الخبيث ، الغرن ( ساركوما ) الوعاؤومي .

## أمراض الشفتين Diseases of the Lips :

### الغدد الزهمية المتبذة Ectopic Sebaceous Glands :

[ Fordyce : ١٨٩٧ ]

*المرادفات* : الغدد الزهمية الحرة ، داء فوردايس .

**التعريف** : تظهر الغدد الزهمية الحرّة على مخاطية الشفتين والغشاء المخاطي للفم كحالة فيزيولوجية .

**الإمراض** : ظاهرة عديمة الألم تتطور أثناء تكون الغدد Ontogenesis .

**الموجودات السريرية** : حالة شائعة تتظاهر بحطاطات صغيرة صفراء ، متفرقة أو متجمعة ، على باطن الشفتين العليا والسفلى وعلى مخاطية الخدين ( الشكل ٣٣ : ١ ) . لا تترافق بأعراض أو بعلامات التهابية .

**التشريح المرضي النسجي** : فصيصات لغدد زهمية ناضجة وسويّة متصلة مباشرة بمخاطية الفم . وتسمى بالغدد الزهمية حرّة لعدم علاقتها بالجريب الشعري .

**المعالجة** : غير ضرورية ، ويجب أن نشرح للمريض الطبيعة سليمة لهذه الحالة .

### الناسور الولادي للشفة السفلى
### Congenital Fistula of the Lower Lip :

**التعريف** : تشوه ولادي نادر ، يتطور خلال نمو المضغة ، وقد يكون وراثياً .

**الإمراض** : السبب المحتمل لتكونه هو حدثية تشدف Segmentation مرضية للشفة السفلى . مشابهة لتكون الشفة العليا .

**الموجودات السريرية** : يجب التميز بين الناسور جَنِيب الناصف Paramedian وبين الناسور الجانبي للشفة السفلى ، والشكل الأول هو الأكثر مصادفة ، حيث تشاهد فتحة نقطية على القسم الأرجواني من الشفة متناظرة على الجانبين ( الشكل ٣٣ : ٢ ) ، تخرج منها بالضغط مفرزات مخاطية ، ويحيط بهذه الفتحة النقطية انخماص دائري .

**المعالجة** : الاستئصال بعد رسم مسار الناسور بحقن مادة ملونة .

### الكيسة المخاطية الرضحية ( الرضية ) والحبيبوم المخاطي
### Traumatic Mucous Cyst and Mucous Granuloma :

**التعريف** : كيسة انحباسية لغدد لعابية متمزقة ، يتلوها تشكل حبيبوم لجسم أجنبي .

**الإمراض** : تنشأ هذه الكيسة من العض نتيجة انزياح رضحي لموضع القنوات المفرغة للغدد المخاطية والتي تتمزق بسهولة ، وتمر المادة المخاطية إلى النسيج الضام المحيط مؤدية إلى حبيبوم مخاطي .

**الموجودات السريرية** : عقيدة متميزة ومجسوسة تتطور خلال زمن قصير وتتوضع غالباً على الشفة السفلى ( الشكل ٣٣ : ٣ ) ، وبشكل أندر على الشفة العليا أو في مخاطية الخد أو على حافة اللسان ، ويختلف حجم هذه الكيسة ولكنها حتى في الكيسات والحبيبومات الصغيرة تكون مزعجة وهي غالباً ما تمضغ مما يسبب تخربات إضافية .

**التشريح المرضي النسجي** : تتواجد خلايا عملاقة لجسم أجنبي لها هيولى رغوية وبلاعم كثيرة تبلعم المخاط ( تفاعل PAS وتفاعل Hale – PAS ) في النسيج الضام المحيط بالآفة .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي .

### الكيسات الظهارية الحقيقية True Epithelial Cysts :

إن الكيسات البشرانية Epidermoid والجلدانية Dermoid الحقيقية التي تنشأ خلال تكون الغدد هي نادرة جداً وغالباً ما تتوضع في القسم المتوسط من قاع الفم وأحياناً على الحنك ، وفي جوف الفم ، أو المخاطيات ، أو الشفتين ، أو اللهاة .

**المعالجة** : الاستئصال .

### التهاب الشفة الزّاوي Angular Cheilitis :

*المرادفات* : الخمج الزاوي ، الصماغ Perleche ، التهاب الشفتين الهاجر ، شقوق زاوية الفم .

**التعريف** : هو التهاب في زاويتي الفم ، حاد أو مزمن ، تآكلي وتجلبي وتشققي وينجم عن أسباب عدة .

**السببيات** : الأسباب متنوعة ، فعند الأطفال تعتبر من أهم مظاهر القوباء بالعقديات أو الأكزيمة التأتبية . أما عند الكبار فيجب التفكير أولاً بالتبدلات الفكية الناجمة عن الجبائر السنّية سيئة التطبيق ، أو بالمذح الناجم عن المبيضات البيض . وكذلك باللاعصارية ، وبفقر الدم بعوز الحديد أو متلازمة بلومر – فنسون (Plummer – Vinson) .

*أسباب التهاب الشفتين الزاوي :*

*العوامل الوراثية* : النواسير الولادية في زاويتي الفم ، الإكزيمة التأتبية ، وخاصة في المنغولية ( ضخامة اللسان ) .

*الأخماج* : العقديات ، العنقوديات ( القوباء المعدية ) ، المبيضات البيضاء ( السلاق الفموي ) .

*العوامل الآلية* : الفَقَم Prognathism ، الجبائر السنية سيئة التطبيق ، تبدلات الفكين بسبب تقويم العظام ، الإلعاب في غياب إطباق فم كامل .

*الاضطرابات الاستقلابية والأمراض العامة* : نقص التغذية ، عوز فيتاميني وخاصة عوز الريبوفلافين ، عوز الحديد ، فقر الدم ناقص الصباغ ، اللاعصارية ، فقر الدم الخبيث ، متلازمة Plummer – Vinson .

**الموجودات السريرية** : بقعة صغيرة حمراء تظهر على زاوية الفم ، متناظرة ، متوضعة ما بين الجلد والغشاء المخاطي ، عليها شق تجلبي ( الشكل ٣٣ : ٤ ) . تنمو الآفة ببطء وتصبح الشقوق أشد عمقاً وتزداد التشكلات الجُلبية ، وأخيراً يتشكل تآكل جُلبي معند ، بيضوي ، قطره من ٢ – ٣ ملم ، غالباً ما تخترقه شقوق عميقة ، يظهر على زاوية واحدة أو على زاويتي الفم . إن وجود غلالة مبيضة يوحي بالخمج بالمبيضات

البيضـاء ، بينما يوحي وجود جلبة صفراء بالمنشأ الجرثومي ( الشكل ٣٣ : ٥ ) .

**التشخيص** : إضافة لأخذ لطاخة من الآفة للتفتيش عن خمج جرثومي أو بالمبيضات البيض في جوف الفم والبراز ، يجب التفتيش – إذا وجد ما يوحي بذلك سريرياً – عن مستوى الحديد في الدم ، والتعداد الدموي . ويجب إجراء استقصاءات معدية ، وكذلك يجب مراجعة طبيب الأسنان لفحص الأسنان وإطباق الفم .

**التشخيص التفريقي** : الحطاطات التآكلية في الإفرنجي الثانوي المتوضعة على زاويتي الفم .

**المعالجة** : يجب معرفة السبب ومعالجة الآفة البدئية ، يفيد المسح الموضعي بالمحلول المائي لنترات الفضة (٢ – ٥٪) والمفيد إجراؤه قبل الذهاب إلى السرير . وبصرف النظر عن الأسباب ، يستطب التطبيق الموضعي للمطهرات ، المرديات ، مضادات الفطور في محاليل قليلة الدسم ( صبغات ، رهيمات ، معاجين ) ومحلول ٠,٥٪ Clioquinol – Zinc ، ويمكن إضافة الستيروئيدات إنما لفترات وجيزة .

## التهابات الشفتين Cheilitis :

يمكن أن نميّز سريرياً أشكالاً مختلفة لالتهابات الشفتين ( شفة = Cheilos ) وهي تختلف عن بعضها أحياناً بحدّتها ، وأحياناً أخرى بسببيّاتها وإمراضها .

### التهاب الشفتين البسيط Cheilitis Simplex :

*المرادفات :* التهاب الشفتين الجاف .

**الإمراض** : ينجم التهاب الشفتين البسيط عن عوامل خارجية كالطقس البارد الرطب أو التعرض الشديد لأشعة الشمس ( التهاب الشفتين السّافع Actinic Cheilitis ) ، وبشكل غير نادر ، يكون التهاب الشفتين مظهراً للأكزيمة التأتبية وأحياناً المظهر الوحيد للتأتب . وقد تكون مظهراً لأرج تماسيّ أو أرج ضوئي أو انسمام ضوئي لمكونات حمرة الشفاه أو الأدوية المستعملة موضعياً لعلاج الحلأ البسيط الشفوي . وبالقياس على التهاب الجلد التماسي ، يمكن تشخيص التهاب الشفة التماسي السمّي أو الأرجي .

وتؤدي محاولات المريض المستمرة لترطيب الشفتين باللعاب إلى جعلها جافة ومتشققة نتيجة حرمانها من الزهم defatting والتبخر . فيعطي مظهر الشفاه المتشققة المفتوحة والمسمّاة أيضاً « التهاب الشفتين بانعدام الزهم » ، ونرى لدى الأطفال الذين يمصّون شفاههم باستمرار أو يلعقونها باللسان ، حدوث تخريش مزمن واضح الحدود ( إكزيمة لعق الشفتين ( Lip – Licking Eczema .

**الموجودات السريرية** : حسب درجة الحدّة ، فالاحمرار ، والنفاطات، والتآكلات والخشونة، تحدث في القسم الأرجواني من الشفة توسف خفيف أو شقوق ( الشكل ٣٣ : ٦ ) . وإن تعبير التهاب الشفتين التوسفي Cheilitis Exfoliativa يدل على حالة التهاب مزمن في الشفتين مع توسف الطبقات السطحية في المنطقة الأرجوانية من الشفة . وتكون الشفاه حمراء ، لماعة ، نازة ، مضرجة بلون الدم وتبدي شقوقاً وجلبات .

**التشخيص** : تشمل القصة مؤشرات على وجود التأتب وعن العوامل الخارجية . وفي حالة الشك بالتهاب الشفة التماسيّ ، يجب إجراء اختبارات الرقعة واختبار الرقعة الضوئي .

**المعالجة** : تستجيب الشفاه المتشققة بشقوق مفتوحة ، والتهاب الشفة التوسفي بشكل جيد للمعالجة بالمراهم والرهيمات الحاوية على الستيروئيدات بتركيز خفيف . ويوصى للوقاية بتطرية الشفتين بمراهم رخوة أو شبه دهنية . وحين التعرض المديد لأشعة الشمس توصف معجونة الزنك أو حمرة الشفاه الحاوية على دارىء للضوء للوقاية من الأشعة فوق البنفسجية .

### التهاب الشفتين السّافع ( الشمسي ) Actinic (Solar) Cheilitis :

الشفة السفلى هي الأكثر تعرضاً لأشعة الشمس ، وحيث لا تحوي المنطقة الأرجوانية من الشفة صباغاً واقياً ، فإنّ الأذيات بالأشعة فوق البنفسجية كثيرة التوضع في هذه المنطقة .

*التهاب الشفة السافع الحاد :* يحدث بعد التعرض الصريح لأشعة الشمس ، مثلاً بعد مسيرة في الجبال دون وقاية . يستمر زمن الكمون عدة ساعات تبدي الشفاه بعدها انتباجاً وذمياً محمراً ، ثم يحدث التحوصل أخيراً . وللمعالجة ، يجب في البدء استعمال ضمادات رطبة ، ثم مستحضرات جلدية خالية من الدسم ، وبعد ذلك تطبق مستحضرات جلدية مطرية وحاوية على الستيروئيدات ، ويجب الامتناع حتماً عن تعرض جديد لأشعة الشمس .

*التهاب الشفتين السافع المزمن :* ويظهر بعد سنين من التعرض للضوء وخاصة لدى المزارعين والبحارة والأدلّاء في الجبال وذوي الأعمال المشابهة . يبدي الجلد في المنطقة الأرجوانية من الشفة ضموراً وأخيراً تقرانات محددة أو تشمل كافة القسم الأرجواني ( الشكل ٣٣ : ٧ ) . وإن الشعور بارتشاح محسوس خفيف يوحي ببدء ظهور سرطانة الشفة الوسفية الخلايا .

**التشريح المرضي النسجي** : نجد ضموراً في الظهارة ، ومران

مترقٍ في النسيج الضام للقسم الظاهر من الشفة كما نجد شذوذات في الخلايا القاعدية أو تبدلات شبيهة بداء بوفن ، وفرط تقرن مع خطل تقرن بؤري . وأخيراً ، تتطور سرطانة وسفية الخلايا غير نموذجية تغزو الأدمة .

**المعالجة** : ضرورة الوقاية من الضوء ، استئصال القسم الأرجواني من الشفة أو الاستئصال السطحي ( كشط الشفة : Lip Shaving ) وهو مستطب في حالة ظهور التقرانات . وفي حالة وجود السرطانة نلجأ إلى استئصالها مع هامش أمان مناسب وتجريف العقد الرقبية إذا لزم الأمر .

**التهاب الشفة الساحج مقدمة السرطاني Cheilitis Abrasiva Precancerosa : [ Manganotti : ١٩٣٤ ]**

وهو شكل خاص من التهاب الشفة السافع المزمن ، يصيب الشفة السفلى خاصة حيث أنها الأكثر تعرضاً للضياء ونجد تشكلات التهابية جلبية مستمرة ومعندة على المعالجة وقد تتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا . وإن الشعور بالجس بأقل ارتشاح في الشفة السفلى يدعو إلى الشك .

**التشخيص** : يجب إجراء خزعة في حالة الشك بالسرطانة . تعتبر طريقة التلوين بزرقة التولويدين مفيدة للتشخيص .

*طريقة التلوين بزرقة التولويدين* : ينظف الموضع بمحلول حمض خل ١٪ ثم يغسل بالماء ثم يجفف وتدهن المنطقة المشبوهة بمحلول مائي ١٪ من زرقة التولويدين ، ننتظر ٢ ـ ٣ دقائق تمسح بعدها بمحلول حمض الخل ١٪ .

تفسير : ـ لون أزرق فاتح : مقدمة سرطان خفي
ـ لون أزرق داكن ولمّاع : سرطانة .

**المعالجة** : ينصح بالاستئصال المبكر للقسم الأرجواني من الشفة .

**الأشكال الغدية لالتهابات الشفتين : Glandular Forms of Cheilitis**

**التعريف** : تنجم هذه الأشكال من التهابات الشفتين عن تبدلات التهابية في الغدد اللعابية الصغيرة المتوضعة في الشفتين ( الغدد الشفوية Glandulae labiales ) .

**التهاب الشفتين الغدي البسيط Cheilitis Glandularis Simplex : [ Volkmann : ١٨٧٠ ، Sutton : ١٩٠٩ ]**

**الإمراض** : فرط تنسج في الغدد المخاطية يؤدي إلى تفاعلات التهابية .

**الموجودات السريرية** : نجد على السطوح التماسية للشفتين وخاصة الوجه الداخلي للشفة السفلى ، حطاطات صغيرة حمراء بحجم رأس الدبوس تشبه الوعاؤومات الصغيرة ، في مركزها فتحات صغيرة يخرج منها بالضغط قطرات مخاطية . وحين تكون الأعراض أشد ، تُجسُّ هذه الغدد مثل حبات الخردق . وتكون الشفاه دبقة أو رطبة تتورم في الحالات الحادة مؤدية إلى ضخامة الشفة .

**المعالجة** : يمكن تصليب هذه الغدد بالإنفاذ الحراري (Diathermy) .

**التهاب الشفتين الغدي الخرّاجي Cheilitis Glandularis Apostematosa : [ Volkmann : ١٨٧٠ ]**

*المرادفات* : التهاب الشفتين لفولكمان .

**الإمراض** : قد يتطور بدءاً من خمج معند بالعنقوديات أصاب التهاب شفة غدي بسيط .

**الموجودات السريرية** : بالضغط على الشفة المتبججة يخرج القيح ، يضاف لذلك تقرحات وتشكلات جلبية وهذا الشكل هو الشكل المؤلم والالتهابي الوخيم لالتهاب الشفة .

**المعالجة** : العلاج الناجع الوحيد هو الاستئصال الجراحي للمنطقة من الشفة الحاوية على الغدد الملتهبة وبعد تطبيق العلاج المناسب بالصادات .

**التهاب الشفة الحبيبومي Cheilitis Granulomatosa : [ Miescher : ١٩٤٥ ]**

**التعريف** : هو انتباج مزمن في الشفة ناجم عن التهاب حبيبومي مجهول السبب ، وهو أيضاً أحد أعراض متلازمة ملكرسون ـ روزنتال .

**الحدوث** : نادر في الطفولة ، يظهر عادة لدى الشبان البالغين ، الإصابة متساوية في الجنسين .

**الإمراض** : آفة مجهولة السبب . تفسر هذه الظاهرة كمتلازمة لها أسباب متنوعة تشمل عوامل وراثية وشذوذات تشريحية ووظيفية والتهابية في الجهاز العصبي المستقل ، وربما آليات أرجية خمجية . وقد نوقش أيضاً إمكانية وجود أرج تماسّي للجبائر السنية ، أو وجود خمج موضعي أو أخماج حموية . ليس لهذه الآفة علاقة بالسل أو بالغرناوية .

**الموجودات السريرية** : يظهر انتباج التهابي في الشفتين ( الشكل ٣٣ : ٨ و ٣٣ : ٩ ) متبدل في البدء ، ثم تصبح أكثر ثباتاً ، أي الصورة السريرية لضخامة الشفاه . والشفة العليا هي الأكثر إصابة . وهو وحيد الجانب عادة وقد يمتد إلى الخد . يشعر المريض بملمس مخملي . لا يبدي الجلد أية تبدلات على سطحه ويكون بلون عادي أو أنه يميل إلى اللون الأزرق

المحمر . ونادراً ما يتشقق وتتطور الحالة إلى الأسوأ بهجمات متقطعة وإذا أصيبت الشفتان معاً يصبح شكل الفم متطاولاً ( فم الخنزير ) .

وعند جسّ الشفتين نلاحظ ازدياداً في قساوة قوامها وقد تتضخم عقد الناحيّة قليلاً . وفي بدء تطور الآفة قد يحصل ترفع حروري خفيف مع تعب عام .

**التشريح المرضي النسجي** : في البدء نجد وذمة ورشاحة لمفية منسجة خفيفة حول الأوعية . وفي مرحلة متأخرة نجد رشاحة التهابية كثيفة مختلطة مؤدية لتشكل حبيبوم غرناوي .

**الجدول ٣٣ ـ ١** : الأسباب الأكثر أهمية لضخامة الشفة

| | |
|---|---|
| اضطرابات ولادية | ضخامة الشفة العائلي الغامض ، متلازمة آشر .Asher S ، الوذمة الوعائية الوراثية ، الوعاؤوم اللمفي الكهفي ، الوعاؤومات الدموية . |
| الرضح | الورم الدموي ( الدميوم ) Hematoma . |
| الأخماج | الحلأ البسيط الناكس ، الحمرة الناكسة ، الجذام ، التهاب الشفة الغدي . |
| الأرج | الوذمة الوعائية ( وذمة كوينكة ) . |
| الأورام | الليفوم العصبي ، الغرن ، اللمفومات الكاذبة ، اللمفومات الخبيثة . |
| متفرقات | الغرناوية ( الساركوئيد ) . |

### متلازمة ملكرسون ـ روزنتال Melkersson - Rosenthal Syndrome : [١٩٣١/١٩٢٨]

**التعريف** : تتكون الصورة السريرية المدرسية من مثلث عرضي : التهاب شفة حبيبومي ، خزل وجهي ، ولسان مشقق .

**الإمراض** : مثل التهاب الشفة الحبيبومي .

**الموجودات السريرية** : لا نجد منذ البدء كل العلامات المذكورة في التعريف . وغالباً ما يحدث شكل وحيد العرض ، يسبق تكامل باقي الأعراض والعلامات بعدة سنوات . وإذا كان البدء بخزل متردد للعصب الوجهي فلا يوضع التشخيص إلا بشكل راجع وبعد مضي عدة سنوات على تطور الآفة . أما خزل العصب الوجهي فيكون غالباً وحيد الجانب ومن النمط المحيطي ، وقد تصاب أعصابٌ قحفية أخرى ووظائف مستقلة (Autonomic Functions) . وإضافة لوذمة الشفتين قد يصاب الخدان (Pareiitis Granulomatosa) ، الجبهة (Metopitis Granulomatosa) ، الأجفان (Blepharitis Granulomatosa) ، والحنك (Uranitis Granulomatosa) بتورم وذمي التهابي معاود .

**السير والإنذار** : سير الآفة مزمن ومتقطع ، الإنذار جيد للحياة وليس للشفاء . وعندما يصاب المريض بخزل العصب الوجهي يمكن أن تسوء وظيفة الأكل والكلام ، ومن الممكن ظهور هدءات عفوية (Spontaneous Remissions) .

**التشخيص التفريقي** : قد تنجم ضخامة الشفاه عن أسباب متعددة ( الجدول ٣٣ : ١ ) ، وفي حال التهاب الشفة الحبيبومي بالخاصة يجب التفكير بالأسباب المؤدية لانتباج مزمن في الشفتين ( داء الفيل البلدي (Elephentiasis Nostras) بسبب حمرة معاودة أو حلأ بسيط راجع .

**المعالجة** : تعالج الحالات الشديدة بإعطاء الستيروئيدات القشرية داخلاً ( ٤٠ ـ ٦٠ ملغ ) بريدنيزولون يومياً ولمدة ٢ ـ ٤ أسابيع ثم إنقاص الجرعة تدريجياً . ويمكن إضافة مضادات الالتهاب ( أسبرين ، أندوميتاسين ) . ويوصف أيضاً النيكوتيناميد ( ١٠٠ × ٣ يومياً ) مشتركاً مع حمض الفوليك ( ٥ ملغ × ٣ يومياً ) ، والفيتامين ب١٢ . إلا أن نتائج هذه المعالجات لم تثبت . الحقن الموضعي لمعلق التريامستيولون ( معلق بلّوري ١٠ ملغ ممدداً بنسبة ١ : ٥ مع بنج موضعي ) قد تعطي بعض النتائج لتخفيف الهجمات . وذكرت نتائج جيدة للدابسون ( ١٠٠ ـ ١٥٠ ملغ يومياً ) والكلوفازيمين . يعتبر الكلوفازيمين العلاج الأمثل . في الحالات الشديدة يمكن التفكير بالعلاجات الكابتة للمناعة ( آزاتيوبرين ) . وفي الحالات المترقية جداً لضخامة الشفة يجب التفكير بالعلاج الجراحي لإنقاص حجم الشفة عبر استئصال شقوق إسفينية على جانبي الغشاء المخاطي .

### أمراض أخرى تصيب الشفتين :

كثيراً ما يتوضع على الشفتين الحلأ البسيط ، الحزاز المسطح ، الاندفاع الدوائي الثابت ، الحمامى عديدة الأشكال ، الذأب الحمامي ، الإفرنجي ، الحبيبوم المخاطي ، السرطانة وسفية الخلايا ، وتوصف في فصولها الموافقة .

## أمراض اللسان Diseases of the Tongue :

### اللوزات اللسانية غيرية الموضع Heterotopic Ligual Tonsils : [ ١٩١٢ : Levinstein ]

*المرادفات* : اللوزات اللسانية غيرية الموضع المتناظرة .

**التعريف** : هو النسيج اللمفي الظهاري الذي يتوزع عادة عند جذر اللسان ، ويشكل جزءاً من الحلقة اللوزية لفالداير Waldeyer's tonsillar ring ، ويسمى بكامله اللوزة

لسانية ، ويشكل عقيدة صغيرة غير مؤلمة ومتناظرة وتتوضع بعمق النسيج على جانبي قاعدة اللسان .

**الموجودات السريرية** : تبارزات نصف كروية بحجم عدة ميمترات أو أكثر ، تشاهد وتجس عند قاعدة اللسان ، على حدود بين القسمين الجانبي والخلفي من اللسان ، وتبدو بلون أحمر أرجواني ، مقارنة مع اللون الأحمر الرمادي الفاتح المحيط بها . سطحها لفائفي وتسمى باللوزات اللسانية غيرية الموضع ، وتصاب في الأخماج وفي تفاعلات الحلقة اللوزية ، ويتعلق حجمها وقوامها بالحالة الوظيفية للنسيج اللمفي .

وفي أخماج الحلقة اللوزية ، يمكن أن تكون الإصابة وحيدة أو ثنائية الجانب أو تصاب وحدها : ذُباح اللوزات اللسانية غيرية الموضع Angina Tonsillae Linguae Heterotopicae ( هالتر ١٩٥٢ ) حيث تبدي اللوزات لسانية احمراراً وانتباجاً التهابيين ، وتصبح حركة اللسان مؤلمة .

**التشريح المرضي النسجي** : لا تؤخذ خزعة في حال الالتهاب حاد . وفي حالات استثنائية ، وفي حال الشك بأورام اللسان تجرى الخزعة للتمييز . عندها نشاهد نسيجاً لمفياً ظهارياً سوياً أو التهابياً يتوافق مع ما يشاهد في باقي اللوزات .

**المعالجة** : الصادات في الأخماج الحادة ، والغرغرة بالغسولات الفموية ، ولا تحتاج لأكثر من ذلك .

### دوالي اللسان Varices of the Tongue :

كثيراً ما يشاهد لدى كبار السن ، أوردة زرقاء بنفسجية تمتد متعرجة على جانبي اللسان وعلى قاع الفم ، وليس لها أية دلالة مرضية ( الشكل ٣٣ : ١٠ ) .

### اللسان المتشقق Lingua Plicata :

*مرادفات :* اللسان الصفني ، اللسان الأخدودي (furrowed Tongue) .

**التعريف** : زيادة الأخاديد على سطح اللسان .

**الإمراض** : آفة ولادية غير مؤلمة وقد تكون وراثية ، تقدر نسبة حدوثها بـ ١٠ — ١٥٪ من عامة الناس .

**الموجودات السريرية** : للسان السويّ عادة مظهر ناعم مخملي ومتجانس . تتبعثر عليه حليمات خيطية وكمئية . يتغير المظهر عند قاعدة اللسان بوجود الحليمات المحوطة Circumvallate Papillae ويتجلى التبدل الأخف بشكل أخدود طولاني على الناصف ، سطحي أو عميق جداً ( الشكل ٣٣ : ١١ ) ، قد تتفرع من أخاديد جانبية ومنها أخاديد ثانوية . وقد تتجلى الآفة بمظاهر أخرى كالأخاديد جنيب الناصف Paramedian أو تلفيفية كالمخيخ حيث تغير هذه الأخاديد من مظهر سطح اللسان إلى الشكل المتشقق الذي يشبه بالمظهر جلد الصفن ومنها سمي باللسان الصفني ( الشكل ٣٣ : ١٢ ) . تشاهد هذه الأخاديد بوضوح على اللسان الممدود وتصيب الثلثين الأماميين فقط ويكون باقي اللسان طبيعياً .

**التشخيص التفريقي** : قد يكون اللسان المشقق أحد أعراض متلازمة ملكرسون — روزنتال ، عندها يعتبر — استناداً للمظهر النسجي — كالتهاب لسان حبيبومي . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار التهاب اللسان في الإفرنجي الثالثي أو متلازمة كاودن (Cowden) في التشخيص التفريقي .

### اللسان الجغرافي Geographic Tongue :

*المرادفات :* اللسان المتوسف البقعي ( الباحي ) Exfoliatio Linguae Areata ، اللويحات العابرة الهاجرة والسليمة .

**التعريف** : بقع حمراء ملساء ، لامعة ، جغرافية ، تظهر على سطح اللسان ، وتغير مكانها باستمرار .

**الحدوث** : نادر نسبياً ، ويترافق اللسان الجغرافي في ٤٠٪ من الحالات مع لسان متشقق صريح ، ويبدي لويحات هاجرة في ٢٠٪ من ا لحالات .

**الإمراض** : السبب مجهول ، وقد يكون تبدلاً فيزيولوجياً ، وهو عائلي غالباً ، ولا شيء سوى ذلك . وقد نوقشت أيضاً احتمالات وجود سبب خمجي ( عقديات ، مبيضات بيض ) أو نفسي المنشأ أو عصبي هرموني أو وراثي . تصادف هذه التبدلات بنسبة أعلى لدى المصابين بالصداف أو التأتب .

**الموجودات السريرية** : يبدي سطح اللسان ذو الغلالة البيضاء الطبيعية ، مظهر خريطة واضحة الحدود مكونة من بقع حمراء ، سطحها أملس وبحجوم مختلفة ( الشكل ٣٣ : ١٣ ) . يبدي محيط هذه البقع غلالة أكثر ابيضاضاً وكأن هذه الغلالة البيضاء قد كشطت إلى المحيط . تهاجر هذه البقع أو اللويحات من مكان لآخر مغيرة شكلها وحجمها من يوم لآخر ومنه جاءت تسميتها باللويحات الهاجرة . لا توجد أعراض ونادراً ما يشكو المريض من حس حرقة في اللسان وخاصة لدى تناول الأطعمة الحامضة أو الساخنة .

**التشريح المرضي النسجي** : كثيراً ما يشاهد في القسم العلوي للنسيج الضام رشاحة التهابية لمفية منسجة تتوضع خاصة حول الأوعية ، ونلاحظ أحياناً بثوراً إسفنجية الشكل .

**السير** : قد يبدأ التوسف في أي عمر حتى لدى الصغار ، وتمر غالباً دون أن تلاحظ . وتزول عفوياً بعد أشهر أو سنوات .

**التشخيص** : سهل ، وقد تجرى تحريات جرثومية إذا لزم الأمر .

**المعالجة** : يجب إخبار المريض أنّ هذه الآفة غير نادرة ، وغير ضـارّة . وأن نطمئنه بأن لا علاقة لها بالسرطان كما يخشى غالبهم ، وفي حال وجود حسّ حرق نوصي بغسولات فموية خفيفة . تعالج بمضادات الجراثيم إذا وجدت العقديات أو المبيضات البيض في البراز . ونوصي بتجنب الأطعمة المخرشة كالأناناس الطازج والليمون .

**التهاب اللسان المعيني المتوسط Glossitis Mediana Rhombica** : [ Pautrier و Brocq 1914 ]

**الإمراض** : خلل تطوري يظهر حين بدء تكون الفرد ، حيث يفترض توقف نمو الحديبة (Tuberculum Impar) لعدم تغطيتها بشكل كامل وسويّ من القوس الغلصمية الأولى والثانية .

وتكون هذه المنطقة من اللسان معرضة للتخريش بسهولة بالعوامل الخارجية وكثيراً ما تستعمرها المبيضات البيضاء . وقد نوقش احتمال وجود خمج مزمن بالمبيضات البيض . الحالة نادرة المصادفة وتصيب الذكور من الكهول بنسبة ٣ : ١ .

**الموجودات السريرية** : يكتشف هذا الخلل اللاعرضي صدفة حيث يلاحظ على المحور الطولي في الثلث الخلفي والمتوسط لظهر اللسان بقعة معينية محددة يحيط بها غالباً أخدود هامشي ( الشكل ٣٣ : ١٤ ) يتميز سطحها عن باقي سطح اللسان بلونه الأحمر أو الأبيض الطلواني . وقد تكون أيضاً ملساء منخمصة أو مرتفعة أو متثألله .

**التشريح المرضي النسجي** : فرط تنسج ظهاري مع غياب الحليمات وزيادة في عدد الأوعية الدموية موحية بوعاؤوم دموي ، يلاحظ غالباً وجود تفاعل التهابي .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بأدواء المبيضات البيضاء ، ويجب نفي سرطانة اللسان . وفي حال وجود شك سريري يجب إجراء خزعة .

**المعالجة** : غالباً غير ضرورية ويمكن أن ننصح بالغسولات الخفيفة حين وجود حس حرق شديد . وفي حالات استثنائية يمكن إجراء حقن موضعي بمعلق مبلّر وممدد للتريامسينولون . ولا يستطب الاستئصال الجراحي إلا نادراً . ومن الضروري تطبيق المعالجة المضادة للفطور إذا ثبت وجود المبيضات البيضاء .

**اللسان المشعّر Hairy Tongue** :

*المرادفات* : اللسان الأسود الوبري Lingua Villosa Nigra ، اللسان المشعّر الأسود ، اللسان الأسود .

**التعريف** : فرط تقرن خيطي الشكل وكثيف ، يرتفع مقدار قد يصل إلى ٢ سم عن سطح اللسان .

**الإمراض** : من الأسباب التي يجب الانتباه إليها : المعالجة الجهازية والموضعية بالصادات ، السكاكر ، الأصبغة النباتية ، داء المبيضات البيض ، تخريش المخاطية المزمن بالتدخين المفرط أو بمزوّقات الفم ، الاضطرابات الاستقلابية ، السكّري ، والأمراض العامة المترقية . ويجب دراسة ظروف كل مريض على حدة . السبب الإمراضي للآفة هو فرط تقرن شديد للحليمات الخيطية والتي تكون متقرنة من نهايتها فقط والتي تشكل وسطاً ممتازاً لنمو الأحياء المجهرية .

**الموجودات السريرية** : فرط تقرنات خيطية كثيفة قد يصل طولها إلى ٢ سم تغطي كامل سطح اللسان إنما يغلب وجودها في قسم اللسان المتوسط الخلفي . ويأخذ اللسان بذلك مظهراً مشعراً وتكون هذه الخيوط مائلة على المخاطية باتجاه ذروة اللسان ويميل لون هذه التشكلات المتقرنة إلى الأسود وقد يكون محمّراً ، بنياً ، أو مصفراً حسب عوامل الترسيب أو فعالية الأحياء المجهرية المولدة للصباغ ( الشكل ٣٣ : ١٥ ) لا توجد أعراض شخصانية إلا أن المريض قد يشعر بطعم مزعج .

**التشخيص** : المظهر السريري نموذجي ومن المهم أخذ قصة دقيقة وإجراء التحريات الجرثومية وخاصة للمبيضات البيض .

**المعالجة** : من المهم حذف العوامل المعجّلة ( المرسبة ) ، حيث يوقف استعمال المواد المخرشة للعناية بجوف الفم . ويمكن إجراء حكٍّ منتظم لسطح اللسان بواسطة فرشاة أسنان ليّنة ، وكذلك يمكن استعمال محلول البولة المائي بنسبة ٥٠٪ . كما يفيد مسح اللسان بمحلول التريتينوين (Tretinoin) ٠,٠٥٪ ( فيتامين أ الحامضي ) . ويمكن اللجوء إلى التجريف إذا كان فرط التقرن كتلياً ، كما ذكر إعطاء النيكوتيناميد جهازياً ( ١٠٠ × ٣ ملغ يومياً لعدة أسابيع ) .

**طلوان الفم المشعّر Oral Hairy Leukoplakia** :
[ Greenspan ومجموعته : ١٩٨٤ ]

**التعريف** : طلوان الفم المشعّر هي آفة ابيضاضية ، سطحها مشعّر أو متموج ، تشاهد على الحواف الجانبية للسان ، وتغلب عند المصابين بحمة .H.I.V وقد ذكرت حديثاً عند أشخاص مضعفي المناعة وغير مصابين بحمة .H.I.V .

**الإمراض** : يعتقد أنّ التكاثر الظهاري والتقرن ناجمان عن خمج مشترك من حمة Epstein – Bar وحمة الحليمومات الإنسانية لدى المصابين بحمة .H.I.V أو لدى مضعفي المناعة .

**الموجودات السريرية** : يشاهد غالباً على أوجه اللسان الجانبية وأحياناً على سطحه البطني ، لويحات مبيضة مرتفعة قليلاً أو حطاطات مسطحة ، سطحها متموج يشبه أسنان المشط ولا

يمكن إزالتها بالكشط ، لا توجد أعراض شخصانية ( راجع مغص : ٢ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الظهارة شواكية على سطحها ارتسامات قِراتين بشكل الشعر . ويشاهد في القسم العلوي من الطبقة الشائكة كمية وافرة من خلايا قِراتينية باهتة تصبغ نواها تغلظية **Pyknotic** تشبه الخلايا المقعرة الموجودة في القموم الناجم عن الحمات الحليمومية **Papilloma Virus** . ويمكن للمجهر الالكتروني أن يكشف جزيئات من مجموعة الحمات الحلئية ( بشتاين – بار ) داخل وخارج خلايا . ويمكن أن نكشف على السطح أيضاً متعضّيات المبيضات البيض ( بالتلوين بالـ **PAS** ) وذلك كظاهرة ثانوية .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الطلوان ، داء المبيضات ، الوحمة الإسفنجية البيضاء ، الحزاز المسطح ، اللسان الجغرافي .

**السير والإنذار** : يبدي بعض المرضى سورات وهدْءات بفاصلة أسابيع ورغم أن الآفة غير مزعجة إلا أنّ دلالتها هامّة للخمج بحمة **.H.I.V** وقد تكون عرضه الأوّل . وقد يشير ظهور الطلوان الفموي المشعّر إلى إنذار جدّي للمخموجين بحمة **.H.I.V** .

**المعالجة** : غير مُرضية . ويفيد الأسيكلوفير جهازياً لدى أغلب المخموجين بحمة **.H.I.V** . ويمكن لتطبيق التريتينوين موضعياً مرة واحدة يومياً أن يكون له فائدة مؤقتة . وغالباً ما يفيد العلاج الموضعي بالنستاتين أو الكلوتريمازول والعلاج الجهازي بالكيتوكونازول .

## التهاب اللسان لموللر – هنتر

## Moeller – Hunter Glossitis : [ ١٨٥١/١٩٠٩ ]

**التعريف** : احمرار التهابي يصيب اللسان كعلامة مبكرة ومرافقة لفقر الدم ذي الأرومة الضخمة ( فقر الدم الخبيث Pernicious Anemia ) .

**الإمراض** : ينجم هذا النوع من فقر الدم عن عوز مزمن للفيتامين ب١٢ أو الحمض الفولي أو كليهما . ويحصل في التهاب المعدة الضموري خلل في امتصاص الفيتامين ب١٢ ، إنما بسبب طول فترة اختزانه في الكبد فلا يحدث التأثير إلا بعد مضي سنوات ، هذا وإن للفيتامين ب١٢ وحمض الفوليك أهمية خاصة في استقلاب الحمض النووي في الأنسجة ذات التكاثر الخلوي السريع ( نقي العظام ، الخلايا الظهارية ) . وإنّ غيابهما يسبب اضطرابات متنوعة : دموية وعصبية وظهارية .

**الموجودات السريرية** : التهاب اللسان لموللر – هنتر هو غالباً العلامة الأولى لفقر دم وشيك الوقوع . والعرض الأول هو حس حرق مع ألم في اللسان حين تناول الأطعمة الحريقة والقاسية . وحين مدّ اللسان نلاحظ أنه أملس ولمّاع بشكل ملفت للنظر مع غياب كامل لغلالته حيث يشبه منظر اللحم النيء ( الشكل ٣٣ : ١٦ ) . ويندر أن يحصل ضمور كامل الحليمات . وعلى أيّ حال يلاحظ غالباً ضمور في الحليمات الخيطية على حواف اللسان . وتكون الحليمات الكمئية منتبجة وتشبه الحويصلات . اللسان غير متوذم ويعطي الانطباع بأنه أصغر حجماً . وحين مدّ اللسان تظهر بسرعة بقع بيضاء اقفارية **Ischemia** ( علاقة : **Arndt** ) . إلى جانب المظهر المدرسي المتكامل لالتهاب اللسان لموللر – هنتر فإن الأعراض التالية التي تصيب غشاء الفم تكون دلائل لفقر الدم الخبيث : مذل اللسان **Paresthesia** ، حس حرقة في الفم واللسان **(Glossopyrosis, Stomatopyrosis)** ، اضطرابات في الذوق **(Dysgeusia)** ، جفاف الفم وعدم تحمل الجبائر السنّية .

**التشخيص** : المثلث الذي يوحي بفقر الدم الخبيث : ألم اللسان ، نقص غلالته وأعراض الإقفار . ويؤكد التشخيص الجازم لالتهاب اللسان لموللر – هنتر : الموجودات اللسانية ، فقر الدم ، تلون الجلد بالأصفر ( لون القش ) وكشف الكريات الحمر الضخمة ، المفرطة الصباغ . ويمكن أن نجد مظهراً مشابهاً في فقر الدم بعوز الحديد المترافقة مع وجود ديدان معوية ، أو البلاغرا ، أو الذرب **Sprue** .

**المعالجة** : المهم معالجة المرض البدئي .

## ضخامة اللسان Macroglossia :

**التعريف** : ضخامة واضحة في اللسان بالنسبة لجوف الفم .

**الإمراض** : يمكن لضخامة اللسان أن تكون ولادية ، وقد تكون معزولة أو كعرض . وأهم الأسباب الممكنة هي :

*ضخامة اللسان الولادية :* الوعاؤوم الدموي الكهفي ، الوعاؤوم اللمفي ، ضخامة اللسان في متلازمة **Down** .

*ضخامة اللسان المؤقتة :* الشرى ، الوذمة الوعائية ( كونيكة ) ، الوذمة الوعائية الوراثية .

*ضخامة اللسان الكسبية :* متلازمة ملكرسون – روزنتال ، الغرناوية ، التنكس الهياليني الجلدي المخاطي ، الداء النشواني ، داء الشعّيات ، التهاب اللسان الخلالي ( الإفرنجي الثالثي ) ، الصموغ ، سرطانة اللسان ، أورام اللسان الأخرى .

## ألم اللسان البسيط Glossodynia Simplex :

*المرادفات :* ألم اللسان ، حرق اللسان Glossopyrosis .

**التعريف** : ألم وحرق في الغشاء المخاطي للفم واللسان .

**الحدوث** : نسبة الحدوث عالية لدى النساء ، حوالي الإياس أو

بعده ، والمصابات بحالة اكتئاب Depression أو رهاب الأورام .

**الإمراض** : لا يشكل حس الحرق في اللسان مرضاً واضحاً بل هو تفاعل غامض لحالة موضعية ، مجموعية و/أو نفسية . في غالب الأحيان لا يمكن إثبات التشخيص موضوعياً بالفحص أو التحريات المخبرية . ويجب أن نفسر هذه الحالة كتفاعل نفسي بدني أو تفاعل بالاعتلال النفسي وخصوصاً إذا شوهدت خلال حالة اكتئاب أوبي : (Involutional depression) . وتزداد حالة رهاب السرطان الموجودة لدى المريض والتي تعزى لإعطاء أهمية كبيرة لأية تبدلات ولو زهيدة في حالة اللسان . وقد نجد أحياناً تبدلات طفيفة كالتهاب احمراري خفيف في اللسان مثل حالة التهاب اللسان البسيط بسبب تماس حمض الليمون مع لسان مشقق ، أو محرضة بسبب كمون غلفاني بين أنواع مختلفة من المعادن الموجودة في الحشوات أو الجبائر السنية . وهناك أسباب آلية كقلح الأسنان . ومص السكاكر أو المضغوطات الفموية أو العلكة . ويجب الانتباه إلى الأرج التماسي بمعدن الجبائر السنية . ويمكن للاضطرابات العامة كفقر الدم ناقصة الصباغ ، فقر الدم الخبيث ، عوز مجموعة الفيتامينات ب ، الفتق الحجابي والاضطرابات المعدية ، أن تكون السبب . ونجد في متلازمة بلومر – فنسون إضافة لحرق اللسان ، عسرة بلع مع تشنج وظيفي في المريء والفؤاد ، وضمور في الغشاء المخاطي للفم والبلعوم والمريء والمعدة مع تبدلات في الصيغة الدموية .

*أسباب ألم اللسان وحرق اللسان :*

*الأسباب النفسية :* اكتئاب مقنع ، رهاب السرطان ، اضطرابات جلدية لا مرضية ( Cotterill : ١٩٨٣ ) .

*الأسباب العضوية الموضعية :* اللسان المتوسف البقعي ( اللسان الجغرافي ) ، اللسان المتشقق ، الحزاز المسطح الضموري ، الأرج التماسي لمواد الجبائر ( غالباً على سطح التماس مع الجبائر ) أو لمستحضرات العناية بصحة الفم ، التهاب اللسان الكهربائي الغلفاني ( بحشوات أو جبائر سنية متعددة المعادن ) متلازمة مفصل الفك السفلي ( متلازمة Costen ) .

*أمراض عامة :* فقر الدم الخبيث ( التهاب اللسان لموللر – هنتر ) فقر الدم ناقص الصباغ ( متلازمة بلومر – فنسون ) ، عوز الريبوفلافين ، الداء السكري (؟) .

**المعالجة** : يجب إزالة الأسباب العضوية المعروفة . ويمكن للغسولات الموضعية الخفيفة أن تكون مفيدة ، وكذا استعمال المحاليل المبنّجة قبل الوجبات ، ويوصى أيضاً بمجموعة الفيتامينات ب . وحتى يكون العلاج مفيداً ويجب أن نأخذ بالحسبان العوامل النفسية البدنية لذا يوصى بالتعاون مع الطبيب النفساني والمعالج النفسي . وقد يفيد إعطاء الأدوية النفسية المركنة ، ومضادات الاكتئاب .

### أمراض اللسان الشائعة الأخرى :

إنّ إصابة اللسان في الجلادات أو الاضطرابات العامة ستناقش في فصول أمراضها المسببة . وإذا ظهر في اللسان عقيدات أو تقرحات فمن المهم نفي سرطانة اللسان ، الإفرنجي الأولي ، الصموغ في الإفرنجي الثالثي ، الطلوان ، والداء القلاعي .

## أمراض اللثة Diseases of the Gingiva :

### التهاب اللثة مفرط التنسّج Gingivitis Hyperplastica :

**التعريف** : التهاب مزمن مع فرط تنسّج في اللثتين .

**السببيات** : لهذه الآفة أسباب متنوعة ويؤخذ بعين الاعتبار كل من العوامل الوراثية ، الأمراض الدموية الأرومية Hemoblastosis ، الأمراض الاختزانية ( الداء البروتيني الشحماني ) ، متلازمة ملكرسون – روزنتال ، داء برنكل ، والحمل . وكثيراً ما يظهر فرط التنسُّج بعد المعالجة بالهيدانتوئين لدى المصابين بالصرع . وهذه الحالة هي تأثير جانبي لا أرجي يغلب أنه لا يستوجب وقف العلاج ، وتصبح واضحة ( بتوضعاتها بين الأسنان ) بعد ١ – ١٢ شهراً من بدء المعالجة وذلك حسب الجرعة الدوائية .

**الموجودات السريرية** : يتميز التهاب اللثة مفرط التنسج بانتباج التهابي إسفنجي يأخذ سيراً مزمناً . حيث تصبح اللثة بلون أحمر عبق مع فرط تنسج ، وتصبح الأسنان أحياناً مغطاة بشكل كامل بفرط التنسج الحاصل وهذا ما يسمى باللثة الضخامية Macrogingiva ( الشكل ٣٣ : ١٧ ) .

**المعالجة** : من المهم التفتيش عن الأسباب . وفي الحالات الشديدة يمكن التفكير بخزع اللثة الجزئي . وإضافة لذلك من المهم جداً العناية بصحة الفم والفحص الدوري للأسنان لكشف الالتهابات الثانوية حول الأسنان .

### أشكال أخرى لالتهابات اللثة :

**التهاب النسج الداعمة حوالي السن وداء ما حول السن Periodontitis and Periodontosis** : بعضها أخماج جرثومية ، وبعضها الآخر تنكسي ، وهي غالباً التهابات تتميز بتشكل جيوب وأخيراً غياب الجزء من اللثة الذي يحمي عنق

ـسن . وغالباً ما تحدث بدءاً من سن الثلاثين ، وقد تكون أحد أعراض الخمج بحمة .H.I.V . وتدخل المعالجة في نطاق جراحة السنية . وعند تشخيص هذه الأمراض يجب وضع مريض قيد المعالجة وإلا فقد أسنانهُ .

**التهاب اللثة المترافق مع نزوفها** : علامة كثيرة المصادفة في بيضاضات الدم الحادة والمزمنة . كذلك تصادف هذه الحالة في عوز الفيتامين ث والذي أصبح نادراً .

**التهاب اللثة الهامشي Gingivitis Marginalis** : يمكن أن يؤدي التهاب الحافة اللثوية إلى شقوق فيها ( الشكل ٣٣ : ١٨ ) . وهذا ما يحدث في قلة الإلعاب Sialopenia والذي ينجم بدوره عن أسباب متنوعة . فبالإضافة إلى متلازمة سجوغرن Sjogren ، وإلى الخمج بالحمة .H.I.V ، يجب التفكير بالتأثيرات الجانبية للأدوية . فمن الأدوية المثيرة لقلة الإلعاب : الأتروبين ، السكوبولامين ، المورفين وقلوانياته المشابهة ، المسكنات ، مضادات الذّهان Neuroleptics ، المركّنات Sedatives ومضادات الاكتئاب ، والمنعّشات Analeptic Agents والأدوية المهلّسة ( سوء الاستعمال الدوائي ) وبعض مضادات الهستامين والصادات واسعة الطيف .

**التهاب الفم واللثة الحلئي** : ( راجع بحث آفات الجلد بالحمات الراشحة ) .

**متلازمات نادرة مترافقة بإصابة لثوية :**

**متلازمة Papillon – Lefevre** : في هذه المتلازمة ، يؤدي التهاب اللثة إلى فقد الأسنان . وتوصف في بحث التقرانات .

**انعدام الكاتالاز Acatalasia** [ Takahara : ١٩٥٢ ] : وهي آفة عوز إنظيمي ، نادرة جداً ، تورث بالصبغي الجسدي الصاغر ، تظهر في ٥٠ ـ ٨٠٪ من متماثلي الزيجوت Homozygotes . تظهر تقرحات في اللثة منذ الطفولة وتؤدي إلى تنخرات حادة تنتشر إلى مخاطية الفم واللوزتين ومؤدية إلى موات الأسناخ Alveolar . لا يحوي دم المرضى على الكاتالاز ويصبح أسوداً حين إضافة $H_2O_2$ وهذا اختبار بسيط يمكن أن يجرى أثناء الممارسة حين الشك بانعدام الكاتالاز .

**داء برنكل Pringle** : في هذه الآفة الوحمانية المجموعية ( الغدومات الزهمية ) يكون فرط تنسج اللثة الحطاطي علامة هامة .

**الورم اللثوي Epulis :**

*المرادفات* : الورم اللثوي المُشقّق (Epulis Fissuratum) .

**التعريف** : يصف هذا التعبير ، الذي وضعه Virchow ، ورماً صغيراً في اللثة . إلا أنه تعبير غير محدد ، فقد يتكون من ليفوم صغير ( الورم اللثوي الليفي ) أو ما يسمى بالورم اللثوي ذو الخلايا العملاقة (Gaint Cell Epulis) أو الحبيبوم الموسع للشعيرات ( المقيّح Pyogenicum ) . وإذا أخذ الورم اللثوي ككل فهو أحياناً ليس ورماً حقيقياً بل تفاعل تالٍ للرضح وقد ينمو على السنخ بعد نزع السن .

**المعالجة** : استئصال الورم وإجراء الفحص النسجي .

## آفات الأغشية المخاطية للخدين والحنك

## Diseases of the Mucous Membranes of the Cheeks and Palate :

**المصّة الفموية Morsicatio Buccarum :**

يصف هذا التعبير آفة غير مؤلمة ( شثن الأغشية المخاطية Mucous Membrane Callus ) يظهر على الخد على مستوى انغلاق الفم وناجمة عن مص وعض الغشاء المخاطي إرادياً أو لاإرادياً . وتفسّر أحياناً على أنها ظاهرة عصبية ، إنما قد تتطور أحياناً على تبدلات مخاطية موجودة سابقاً . وتتظاهر سريرياً باندفاع لاطيء ، أبيض مزرق ومخطط وكثيراً ما يكون متناظراً .

**الإنذار** : سليم وفي أغلب الحالات يكون العلاج غير ضروري .

**قرحة الفم العصابية Neurotic Buccal Ulcer :**

لها نفس سببيات المصة الفموية ويمكن في الحالات الشديدة وخاصة عند النساء بعد الإياس واللواتي يشتكين من كآبة نفسية ، أن تتطور إلى تقرحات التهابية مزمنة في جوف الفم على مستوى انغلاق الأسنان . هذه الحالة المُحْدَثَة هي معادلة لحرق اللسان . في التشخيص التفريقي ، من الضروري نفي الحزاز المسطح التآكلي ، الذأب الحمامي ، التقرحات الناجمة عن الجبائر السنية والسرطانات . بالإضافة لشرح الأسباب للمريض والاستشارة والمعالجة النفسية يمكن التفكير بإجراء الاستئصال الجراحي .

**التقران الابيضاضي النيكوتيني الحنكي Leukokeratosis Nicotina Palati : [ Laun : ١٩٢٧ ]**

**التعريف** : حطاطات بيضاء مرصوفة في مركز كل منها نقطة حمراء تظهر على الحنك لدى المفرطين بالتدخين .

**السببيات** : تُعزى التبدلات إلى التأثير المخرّش للمواد الناتجة عن

التبغ ، وذُكر أن للتبغ الناقص التخمير تأثير فعال بشكل خاص كما ذكر حدوث تبدلات مشابهة لدى الاستعمال المديد للسكاكر والعلكة الحاوية على مادة النعناع .

**الموجودات السريرية** : يلاحظ لدى المدخنين بكثرة ، حطاطات مسطحة قاسية ، بيضاء رمادية ، قطرها من ١ - ٣ ملم ، قد تكون معزولة أو مرتصة إلى جانب بعضها البعض ، تظهر عادة على الحنك القاسي وتمتد أحياناً إلى الحنك الرخو ، مركز هذه الاندفاعات منخمص أو يبدي احمراراً نقطياً يتوافق مع فتحات الغدد المخاطية ( الشكل ٣٣ : ١٩ ) . لا توجد أعراض مرافقة لهذا الداء .

**الإنذار** : يجب عدم الخوف من الاستحالة السرطانية ويحصل التراجع حين إيقاف التدخين .

**المعالجة** : غير ضرورية ويجب العناية بصحة الفم .

## أمراض أخرى تصيب الغشاء المخاطي الفموي :

### طلوان الأغشية المخاطية للفم Leukoplakia of the Oral Mucous Membranes : [ Schwiwimmer : ١٨٧٨ ]

**التعريف** : الطلوان بمعناه الضيق والذي يعود إلى التعريف السريري المحض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية هي بقع بيضاء لا تزول بالمسح تصيب المخاطيات ولا يمكن ربطها بآفة محددة ( الشكل ٣٣ : ٢٠ ) . والطلوان ليس مرادفاً لحالة مقدمة للسرطان ، ومن جهة أخرى ، لا يمكن اعتبار أي طلوان سليماً تماماً . ويجب إجراء خزعة حتى لا نهمل بدء سرطان محتمل ( راجع الصفحة ١٠٢٩ ) .

### الطلوان بمعناه الواسع :

هو أية بقعة بيضاء مفرطة التقرن تتوضع على الأغشية المخاطية . ويمكن أن نجد هذا المظهر السريري للطلوان في عدد من الأمراض . والسبب يمكن أن يكون ولادياً أو وراثياً كالوحمة المخاطية البيضاء ( الوحمة الإسفنجية البيضاء ) ، خلل التقرن الجريبي ( داء داريه ) ، ثخن الأظفار الولادي (Pachyonychia Congenita) أو خلل التقرن الولادي (Zinsser – Engman – Cole) وقد تنشأ من حدثيات تخريشية داخلية كالفطارات الجبيومية ، الإفرنجي ، الحزاز المسطح على الأغشية المخاطية ، الذأب الحمامي ، والاندفاعات الدوائية الثابتة . وأغلب هذه الطلوانات غير مؤذية ، إنما في حالات انفرادية ، يمكن للحالات الالتهابية المزمنة أن تتطور إلى حالات مقدمة للسرطان . فالتطور إلى سرطانة مثلاً كثيراً ما يحصل في التهاب اللسان الخلالي الإفرنجي ، إنما وصفت حالات أيضاً في انحلال البشرة الفقاعي الحثلي وفي الحزاز المسطح الفقاعاني . ومن الضروري إجراء فحص نسجي للآفات المخاطية المشبوهة .

### الوحمة الإسفنجية البيضاء White Sponge Nevus :

[ Cannon : ١٩٣٥ ]

*المرادفات* : الوحمة الإسفنجية البيضاء المخاطية .

تسمك إسفنجي للظهارة ، واسع ، طلواني ، نادر المصادفة ، يظهر منذ الولادة أو في الطفولة الأولى ويصيب أحياناً مخاطية الفرج والمهبل . يبدي الفحص النسجي شواكاً في الظهارة مع وذمة داخل وخارج الخلايا ، مع انحلال أشواك بشروي ، وخطل تقرن ورشاحة التهابية . ومن المعروف أن حدوثه عائلي وراثي بالصبغي الجسدي السائد . لم تذكر في هذه الآفة استحالة خبيثة .

### متلازمة كاودن Cowden's Syndrome :

[ Lloyd و Dennis : ١٩٦٣ ]

*المرادفات* : متلازمة الأورام العابية المتعددة Multple Hamartoma Syndrome . وكاودن هو اسم أول مريض وصفت هذه المتلازمة لديه .

**الحدوث** : نادر . ويبدو أنه يورث بالصبغي الجسدي السائد .

**الموجودات السريرية** : إن العلامات التي توجه طبيب الجلد نحو التشخيص ، هي وجود حليمومات متعددة سطحها متقرن تتوضع على القسم الأرجواني من الشفتين ومخاطية الفم ، وهي كثيرة التوضع على الحنك . ويمكن لها أن تتوضع على كامل السبيل المعدي المعوي وهي تترافق أيضاً مع لسان متشقق ، وتوضع معيب للأسنان وفقد أسنان مبكر والتهاب جيوب مزمن والتهاب أنف وبلعوم وكثيراً ما تشاهد حطاطات تتوضع على القسم المتوسط من الوجه ، وهناك فرط تنسج كيسي في الثدي كثير المصادفة والذي يميل إلى الاستحالة الخبيثة ( سرطان الثدي ) . تصادف أيضاً كيسات متعددة وغدومات في الغدة الدرقية والكبد وكذلك هناك تبدلات كيسية في العظام . أما التبدلات العصبية فتشمل الرنح Ataxia واضطراب التناسق Coordination وأعراض الضغط ضمن الجمجمة .

**التشريح المرضي النسجي** : تشمل التبدلات المخاطية حليمومات ليفية ظهارية سليمة ، وغالباً ما تكون الحطاطات الوجهية أوراماً لغمد الشعرة الخارجي .

**السير** : المهم في هذه المتلازمة هو ترافقها بالأورام الخبيثة بنسبة

عنية . وهي تصيب الإناث خاصة . وأكثر الأورام مصادفة سرطان الثدي ( ثنائي الجانب ) وسرطان الغدة الدرقية .

**المعالجة** : يمكن التخلص من الحطاطات الوجهية المشوهة بالكي الكهربائي أو بواسطة الليزر . عدا ذلك ، يجب إجراء مراقبة دقيقة ومستمرة بسبب إمكانية حصول استحالة سرطانية . ومن الضرورة إجراء استشارة لمعرفة الناحية الوراثية .

## فرط تصبغ مخاطية الفم

## : Hyperpigmentation of the Oral Mucousa

إن وجود بقعة وحيدة ، أو بقع متعددة مفرطة التصنع على الغشاء المخاطي للفم هو كثير المصادفة ( الشكل ٣٣ : ٢١ ) . وليس له دوماً دلالة مرضية . هذه التصبغات تكون عرقية لدى ذكي البشرة . وإن النقاط الهامة لوضع التشخيص التفريقي هي : القصة ( وراثية ، ولادية ، أو عفوية ، ثباتها أو تبدلها باللون والحجم ) حالة المريض العامة ، الأدوية المستعملة ، التعرض المهني ، التداخلات السنية ، تركيب سطح المخاطية ( سويّة ، ملتهبة ، مسطحة ، متآكلة ، حويصلية أو متندبة ) ، اللون ( أسود ، رمادي ، أزرق رمادي ، مزرق Livid أو بني ) ، الشكل ، الحدود ، توضع الاندفاعات ، الموجودات السريرية العامة لنفي آفة مجموعية . وفي حال الشك ، تساعد الموجودات النسجية لإنارة التشخيص .

*التشخيص التفريقي لفرط التصبغات المحددة والمتوضعة على مخاطية الفم :*

*بقع مصطبغة متجانسة* : التصبغات العِرْقية ، التمشات المقلوبة ، الوشم .

*التشوهات والتنشؤات* : الوحمة البقعية Nevas Spilus ، الوحمة وحمية الخلايا ، الوحمة الزرقاء ، وحمة سبيتز ، الملانوم الخبيث ، الوعاؤومات الدموية ، ورم المنسجّات Histocytoma .

*التصبغات في الأمراض المجموعية* : داء أديسون ، داء بازدو ، داء فون ركلنغهاوزن ( الداء الليفي العصبي ) متلازمة أولبرايت ، متلازمة بوتز — جيكرز ، الكلف ، داء الأشواك الأسود ، داء الصباغ الدموي Hemochromatosis الدنف العام .

*التصبغات الناجمة عن الأدوية والمواد الكيمياوية* : الاندفاع الدوائي الثابت التالي لمختلف الأدوية مضادات الملاريا ، مانعات الحمل ، الفضة ، الزئبق ( الوشم الأزرق المسود إثر المداخلات السنية ) ( الشكل ٣٣ : ٢٢ ) البزموت ، الرصاص ، الزرنيخ .

## التهابات الفم والتهابات اللثة

## : Stomatitis and Gingivitis

### التهابات الفم واللثة الحادة Acute Gingivostomatitis

**التعريف** : التهاب حاد ومنتشر يصيب مخاطية الفم .

**السببيات** : الأسباب عديدة ومتنوعة : نقص العناية بصحة الفم ، قلح الأسنان ، التخريش السمّي لدى المدمنين على تناول الغول ( الكحول ) والمدخنين بإفراط ، العوز الفيتاميني ، الزئبق ، البزموت والانسمام بالرصاص . إنّ التهاب بالخط البزموتي الداكن والخط الرصاصي معروفان بشكل خاص .

*الأرج التماسي* : نادر على المخاطية ربما لوجود الفلم اللعابي الذي يجعل التماس مع المستضد صعباً . إن المستأرجات بالتماس الرئيسية التي يجب أخذها بالحسبان هي : مواد الجبائر السنية ، الأدوية السنيّة كالمبنجات والمطهرات ، الأدوية المستعملة عن طريق الاستنشاق ، الأدوية المأخوذة عن طريق الفم ، مضغوطات المص ، الرذاذات Sprays ، الضبوبات Aerosols ، المستحضرات المزوّقة للفم : السكاكر ، العلكة ، التوابل . ولا يمكن لاختبار الرقعة الاعتيادي أن يغطي هذا النوع من الأرج التماسي ولذا فقد وضعت اختبارات خاصة بالمخاطيات . وإنّ اختبارات الرقعة المخاطية Epimucosal Tests صعبة التطبيق ويجب الاحتفاظ بها لاستطبابات خاصة . ويمكن للأدوية أن تسبب التهاب فم لأرجي عبر ترسبها بسبب قلة اللعاب ، اضطرابات النبيت ( الفلورا ) الفموي بسبب تناول الصادات ، اضطراب الترم الفيزيولوجي بسبب استعمال كابتات المناعة والاضطرابات السمّية كما في التهاب الفم الذهبي .

**الموجودات السريرية** : إن سطحاً واسعاً من مخاطية الفم بما في ذلك اللثة يبدي التهاباً حاداً محمراً ومنتبجاً . وفي الحالات الشديدة نجد تآكلات وتقرحات . ويكون اللسان أيضاً وذمياً ويتجلى ذلك من الانطباع العميق لأثر الأسنان . ويمكن أن يظهر في أي مكان من المخاطية غلالة بيضاء رمادية . ويشكو المريض من حس حرق أو/و ألم .

**السير** : تأخذ الآفة سيراً حادّاً ومحدوداً إذا أمكن تجنب المؤذيات . وإذا أخذت الآفة سيراً مزمناً ( التهاب الفم واللثة المزمن ) مع احمرار التهابي وحرق ، عندها يجب الشك بعدم تحمل الجبائر السنية .

**المعالجة** : يجب تجنب العوامل المسببة بشكل حازم . العلاج العرضي بالغسولات الفموية . وفي الحالات الحادة المترافقة بألم شديد أثناء تناول الطعام . نوصي بالمحاليل والهلامات المبنجة الموضعية . وذكرت نتائج جيدة للمعالجة بالليزر .

### التهابات الفم التقرحية Ulcerative Stomatitis :

*المرادفات :* التهابات الفم التقرحية الغشائية ، التهاب الفم لبلوت – فنسان Plaut Vincent Stomatitis .

**التعريف** : التهاب فم حاد يترافق بحرارة ودعث مع كشف متعضيات سميت بمتعضيات بلوت – فنسان .

**الحدوث** : نادر .

**السببيات** : يكشف بالمجهر في لطاخات مأخوذة من بقايا التقرح وملونة بالغرام كتل لمتعضيات Plaut – Vincent وتشمل خليطاً من بورلية فنسان ومن عصيات مغزلية سلبية الغرام (Fusobacterium – Plauti) . وإن أهمية هذه المتعضيات الموجودة عادة بأعداد قليلة في إحداث هذه الآفة لا يزال قيد النقاش . وهناك عوامل إضافية هامة ، كنقص العناية بصحة الفم ، نقص المقاومة العامة ، سوء التغذية والآثار الجانبية للأدوية .

**الموجودات السريرية** : يترافق التهاب الفم الحاد بترفع حروري وسوء في الحالة العامة وهناك ازدياد في الإلعاب ، رائحة فم كريهة وألم . تبدي مخاطية الفم واللثة التهاباً محمراً ، ويلاحظ على هذا الانتباج عدد من التقرحات متفاوتة العمق ، مدورة ، وقد تأخذ عبر اجتماعها شكلاً خطياً . تظهر هذه التقرحات غالباً على جانبي اللسان وكذلك على الحنك واللوزتين ، ويكون قاع التقرح أزرقاً أو أحمر رمادياً ، ينزف بسهولة ومغطى بغلالة تقيحية ، لبيّة الملمس أو متنخرة ويمكن كشطها بسهولة . تكون حواف التقرح لينة واحدة . والهامش المحيطي محمراً . تتوضع التقرحات غالباً على محيط الأسنان . وعندما تكون الحالة متكاملة ، يكون الألم شديداً والرائحة جيفيّة مع إلعاب غزير ، وتتضخم العقد الناحيّة وتصبح مؤلمة . ويمكن للآفة في حال عدم تطبيق المعالجة المناسبة أن تستمر لأسابيع .

**التشخيص التفريقي** : يجب تمييزها عن التهاب الفم القلاعي ، والتهاب الفم واللثة الحلئي حيث تكون التقرحات أكثر سطحية وغير ملامسة للأسنان وليس لها غلالة يمكن كشطها . وكذلك يجب نفي الآفات الأكثر أهمية كابيضاض الدم النقياني Myeloid Leukemia .

**المعالجة** : غسولات الفم بالمحاليل المطهرة والقابضة كمحلول الماء الأكسجيني $H_2O_2$ (١٪) لمدة قصيرة فقط ، محلول البابونج ، كبريتات ٨ – كينولين ، وفي الحالات الشديدة والمترافقة بترفع حروري ، تعطى الصادات داخلاً وخاصة البنسلين الذي يعطي تأثيراً سريعاً ، مع إعطاء الفيتامينات ومن المهم معالجة المرض البدئي إذا وجد .

### التهاب الفم المواتي أو أكلة الفم Noma or Gangrenous Stomatitis :

*المرادفات :* الموات الأنفي ، قرحة الفوهات (Cancrum Oris) .

يستعمل هذا التعبير لوصف الحالة الأكثر حدّة من التهابات الفم التقرحية حيث نجد بفحص اللطاخة نفس المتعضيات ويتشكل بسرعة تنخر مخرب على باطن أحد الخدين ، يمتد وينتشر بسرعة إلى الخارج مؤدياً لموات وانثقابات تشمل سطحاً واسعاً من الوجه . وعندما تأخذ الآفة هذا المنحى – وهذا نادر في الوقت الحاضر – نجد دوماً آفة بدئية حادة أو عوزاً بروتينياً شديداً كما تغيب علامة أي دفاع موضعي أو عام . وتشاهد هذه الآفة خاصة في البلاد التي يشيع فيها سوء التغذية وفي غياب علاج سريع بالصّادات ، فإن الإنذار يكون سيئاً حتى على الحياة . وإضافة لما سبق يجب تطبيق الستيروئيدات القشرية .

### متلازمة سجوغرن Sjögren's Syndrome :

[ Gougerot : ١٩٢٥ و Sjögren : ١٩٣٣ ]

*المرادفات :* المتلازمة الجافة ، داء سجوغرن ، التهاب القرنية والملتحمة الجاف .

**التعريف** : مرض عام يتميز بنقص إفراز كل الغدد خارجية الإفراز ، مع حدوث جفاف وتقران في الأغشية المخاطية . يتكون المثلث العرضي المدرسي من : جفاف القرنية والملتحمة ( العيون الجافة ) ، جفاف الفم Xerostomia ، التهاب المفاصل الرثواني ، وآفات أخرى تصيب النسيج الضام .

**الحدوث** : تصاب النساء عادة (٩٥٪) غالباً بين ٣٠ – ٦٠ من العمر وذكرت حوادث عائلية . المهم ترافق هذه المتلازمة مع HLA – B8 و HLA – DR3 .

**الإمراض** : مجهول . والغالب وجود آلية مناعة ذاتية خاصة عندما لوحظ ترافقه مع تصلب الجلد المترقي المجموعي ، الذأب الحمامي المجموعي ، والغلوبولينات القرّية .

**الموجودات السريرية** : جفاف غير اعتيادي وميل للتقرن يصيب مخاطية الفم والأغشية المخاطية الأخرى وخاصة المخاطية التناسلية والمجرى التنفسي . ويوجد نقص في إفراز الدمع والعرق والزهم والغدد المخاطية . وهناك ألم في العينين نتيجة التهاب القرنية والملتحمة الجاف ( اختبار Schirmer < ٩ ملم/٥ دقائق ) ويصعب على المرضى البكاء . أما العلامات الجلدية فهي : نقص التعرق ، انعدام إفراز الزهم ، احمرار وتوسف الجلد مع أشعار متفرقة وهشة . ويلاحظ ، إنما بنسبة أقل ، تبدلات بلغرائية ، تصبغات ، اضطراب في

الدوران المحيطي مع أعراض داء رينو. ويمكن للصورة السريرية أن تتكامل بالتهاب المفاصل المزمن مع إيجابية العامل الرثواني ، فقر دم ناقصة الصباغ ، قلة البيض ، زيادة الغاماغلوبولين في الدم ، وجود خلايا الذأب الحمامي والعوامل المضادة للنوى ، ارتفاع سرعة التثفل مع ترفع حروري خفيف .

هذا الوصف بترافقه مع تصلب الجلد المترقي المجموعي ، الذأب الحمامي المجموعي ، التهاب الشرايين العقد ، وأمراض المناعة الذاتية الأخرى قد تصنف هذه الحالات كمتلازمة سجوغرن الثانوية .

**الموجودات المخبرية** : ارتفاع IgG و IgM ، إيجابية الأضداد المضادة للنوى بنماذج متجانسة ، مرقطة أو نووية ( أكثر من ٧٠٪ ) . ومن الدلالات الواصمة في متلازمة سجوغرن البدئية وجود أضداد Ro/SS.A و La/SS.B ، ونجد أحياناً الغلوبولينات القريّة . كما لوحظ أيضاً وجود أضداد للغدد المخاطية السويّة وراصّات دموية Hemagglutinins ضد الغلوبولين الدرقي .

**التشريح المرضي النسجي** : يلاحظ في الأغشية المخاطية والغدد خارجية الإفراز ، رشاحة بلغمية كثيفة يحدث فيها وفي مرحلة متأخرة تليف شديد .

**السير** : مزمن وسليم . وفي حالات نادرة لوحظ تنشؤ لمفومات خبيثة .

**المعالجة** : يمكن في الحالات التي تأخذ سيراً حاداً تجربة المعالجة الجهازية بالستيروئيدات القشرية ، أو كابتات المناعة أو الكلوروكين ، عدا ذلك لا يبقى سوى العلاج العرضي بالدمع الاصطناعي ، ومستحضرات لعابية وغسولات فموية بالماء الغليسيريني ١٠ - ٢٠٪ ويوصى أيضاً بالبرومكسين Bromhexine موضعياً أو عن طريق الفم لتخفيف جفاف الفم والعينين .

### الأمراض القلاعية Aphtous Diseases :

الاندفاعات القلاعية هي تقرحات واضحة الحدود ، مدوّرة أو بيضاوية ، مؤلمة ، تصيب الأغشية المخاطية ، قد تبقى معزولة بقطر ٢ - ٥ ملم ونادراً أوسع من ذلك ، يحيط بها حافة حمراء مزرقة ، تغطى هذه التقرحات السطحية بغلالة هي غشاء كاذب ليفيني ، متجانس ، أبيض مصفر ، لا يمكن كشطه . وقد يكون الاندفاع وحيداً أو تظهر على أفواج وخاصة على مخاطية الفم . الاندفاع الرئيسي هو مشترك لكل الآفات القلاعية . وقد يسبق الاندفاع القلاعي بقعة صغيرة حمراء عليها تشكل نقطي عكر ينفتح بسهولة ولذا يندر أن تشاهد في هذه المرحلة ، ويشفى القلاع خلال أسبوعين أو أسبوع واحد .

**التسمية Nomenclature** : إن الآفة القلاعية بمعناها الضيق ليست ناجمة عن حمة الحلأ البسيط . أما الأنماط فهي :

- القلاع الوحيد ( النمط I. ) .
- القلاع المزمن الراجع ( الاعتيادي ) ( النمط II. ) .
- داء بهجت ( النمط III. ) .

وبسبب التشابه السريري بين هذه الآفات القلاعية . فإن تعبير التهاب الفم القلاعي ( والأفضل التهاب الفم واللثة الحلئي ) والقلاعاني ، أصبحت ثابتة في تسمية بعض تظاهرات الخمج بالحلأ البسيط وستناقش هذه الآفات تحت عناوينها .

### القلاع الوحيد Solitary Aphtae :

يصيب هذا الشكل من القلاع الغشاء المخاطي الفموي ولا ينكس . الأسباب الممكنة : الأخماج الحادة ، الاضطرابات المعدية المعوية . وقد يظهر القلاع الوحيد إثر رضح كالعض أو الرضح السنّي .

### قلاع بدنار Bednar's Aphtae :

يحدث هذا الشكل لدى الأطفال إثر رضح ، لا يأخذ الاندفاع شكلاً دائرياً وإنما يأخذ غالباً شكل الفراشة .

**الإنذار** : يشفى القلاع الوحيد عفوياً .

**المعالجة** : غير ضرورية ، ويمكن تطبيق المحاليل المطهرة أو الغسولات الفموية الممددة .

### القلاع المزمن الراجع Chronic Recurrent Aphtae :

[ Mikulicz : ١٨٨٨ ]

*المرادفات :* القلاع الشائع ( Flusser : ١٩٣٠ ) ، القلاع المزمن الراجع المتقطع ، قلاع Mikulicz .

**التعريف** : قلاع شائع يظهر على مخاطية الفم ويستمر بالظهور لمدة تزيد عن سنوات .

**الحدوث** : القلاع المزمن الشائع ليس نادر المصادفة . يبدي أحياناً زيادة في نسبة حدوثه العائلية . قد يظهر بأي عمر ، وغالباً لدى اليافعين ، ويصيب النساء أكثر من الرجال .

**الإمراض** : السبب مجهول . وقد تردد كثيراً وجود عامل نفسي أو اضطراب معدي معوي كزيادة حموضة المعدة ، التهاب معدة مزمن ، قرحات معدية ، التهاب القولون التقرحي ، إنما لم يثبت ذلك . وتدلّنا زيادة نسبة الحدوث العائلية على تداخل عوامل بنيوية . ويدلُّ تفاقم الآفة قبيل الطمث على وجود تأثيرات هرمونية . وكذلك فإن التأثير الجيد للستيروئيدات القشرية وكابتات المناعة والليفاميزول يوحي بتداخل عوامل مناعية ومناعية ذاتية . وقد يلعب دوراً ، المناعة المتواسطة بالخلايا

والتفاعلات الخلطية . تبدي اللمفيات التائية عند هؤلاء المرضى - بالزجاج - سمّية خلوية متميزة ضد الخلايا الظهارية المأخوذة من مخاطية فم نفس المريض . وتصبح متحوّلة بعد تحريضها بخلاصات من مخاطية الظهارة . وقد أمكن إيجاد أضداد التراص الدموي ضد مستحضرات مأخوذة من مخاطية فم جنينية . تفسر الآفات كنتيجة لالتهاب أوعية بمقعد مناعي موضعي ، حيث أمكن الكشف في الأوعية الدموية للآفة عن مكونات غلوبولينية مناعية ومتممة .

**الموجودات السريرية** : ينكس القلاع على مدى عشرات السنين ، عدد العناصر التي تظهر كلّ مرة ليس كبيراً ، وغالباً من ٢ - ٤ عناصر ، تتوضع في مخاطية الفم والثلث الأمامي للسان ( الشكل ٣٣ : ٢٣ ) . وإزعاج هذه الآفات بالألم الذي تسببه ، وبسيرها المديد . ولذلك فهي مزعجة غالباً على الرغم من سلامتها .

**المعالجة** : من المهم التفتيش عن العوامل التي تسبب أو تساعد على استمرار الآفة ، وتشمل العلكة ، الذرة المتنفخة (Popcorn) ، السكاكر ، التدخين ، الغول ( الكحول ) وأطعمة متنوعة .

*المعالجة الجهازية* : تعتبر المعالجة بالستيروئيدات القشرية أو كابتات المناعة فعالة . ويجب المناقشة الجادّة مع المريض حول تأثيراتها الجانبية . يعطى حمض الفوليك ( ٥ × ٣ ملغ يومياً ) مشركاً مع النيكوتيناميد ( ١٠٠ ملغ × ٣ يومياً ) إنما تأثيرهما غير ثابت . وقد يوصى أحياناً بتجربة المعالجة بالدابسون . كما يمكن محاولة المعالجة بالإيزوبرينوزين والتتراسيكلين .

*المعالجة الموضعية* : قد يفيد تطبيق مضادات الالتهاب ، الغسولات الفموية ، الأدوية المسكنة والمبنجة قبل الطعام . حيث يوصى بمحلول التتراسيكلين ١ - ٥٪ بالماء أو الغليسيرين . ويمكن استعمال مضغوطات المص أو المراهم الستيروئيدية القشرية اللاصقة ولمدة محدودة .

**داء بهجت Behchet's Disease** : [١٩٣٧]

*المرادفات* : قلاع بهجت ، متلازمة بهجت ، القلاع ثنائي القطب .

**التعريف** : مرض عام التهابي ومزمن ، يتميز بثالوث عرضي : قلاع في مخاطية الفم ، تقرحات تناسلية قلاعية الشكل ، والتهاب القزحية والبيت الأمامي .

**الحدوث** : تشاهد هذه الآفة غالباً في بلاد شرقي المتوسط ( تركيا ) واليابان ، ويندر في وسط أوربا والولايات المتحدة الأمريكية . يصاب الرجال ٥ - ١٠ مرات أكثر من النساء . ومع اعتبار الحالات المجهضة تصبح هذه النسبة مشكوك بها . وتبدأ الآفة في الشباب المبكر .

**الإمراض** : مجهول ، نوقش ضمن الأسباب كل من المناعة الذاتية ، والخمج بالحمات الراشحة أو بتشارك الآليتين كما نوقش وجود تربة وراثية بزيادة نسبة حدوث المرض مترافقة بنماذج خاصة من HLA .

**الموجودات السريرية** : المثلث العرضي الموصوف سابقاً لا يتكامل غالباً ويمكن مصادفة حوادث مجهضة ووحيدة العرض ، وإن كل هجمة فيها أكثر من خمسة اندفاعات قلاعية تجعلنا نشك بداء بهجت . وخاصة حالة إصابة القسم الخلفي من جوف الفم ، أو كانت الاندفاعات واسعة ، أو تأخذ أشكالاً غريبة أو معنّدة . ومن ناحية أخرى فإن وجود عدد صغير من الاندفاعات القلاعية أو قصر زمن سيرها ليس دليلاً ضد التشخيص ، يتأكد التشخيص بظهور تقرحات تناسلية قلاعية الشكل ( الشكل ٣٣ : ٢٤ ) ، إضافة إلى الأعراض الرئيسية قد يتطور في داء بهجت عدد كبير من تظاهرات تصيب أعضاء أخرى منها .

*التظاهرات الجلدية* : الحمامى العقدة ، تقيح الجلد ، التهاب الوريد الخثاري الهاجر ، الإيجابية الكاذبة للاختبارات الجلدية ، البثور العقيمة ( بثور بهجت ) .

*العيون* : التهاب المشيمية والشبكية المتقطع والتي قد تؤدي إلى التهاب العين الشامل والعمى . إضافة لذلك قد يحصل التهاب العنبية Uvitis ، مع تبدلات شبكية ونزف في الجسم الزجاجي .

*الجهاز العصبي* : أعراض جذع الدماغ **Brain Stem** ، متلازمات نفسية ، التهاب السحايا والدماغ ، التهاب الدماغ والنخاع . ولهذه الأعراض العصبية المرافقة لداء بهجت نسبة وفيات عالية .

*الجهاز الوعائي* : التهاب الوريد الخثاري ( الأجوف العلوي ) أمهات دم ( الأبهر ، شرايين الكليتين ، الشرايين المساريقية ) .

*السبيل المعدي المعوي* : عسرة بلع ، آفات مريئية ، عسرة هضم ، التهاب معوي قولوني ، التهاب المستقيم .

*المفاصل* : التهاب المفاصل سلبي الاختبار المصلي **Seronegative Polyarthritis** ، آلام مفصلية مع احمرار وتورم ، التهاب المفصل العجزي الحرقفي .

*الجهاز البولي التناسلي* : اعتلال كلوي ، التهاب خصية ، التهاب بربخ .

*أعراض عامة* : يلاحظ خلال الهجمات دعث عام وترفع حروري ، نقص وزن وتعرق ليلي وزيادة سرعة تثفل الكريات الحمراء .

ـيـَ لعص شترك في كل ما سبق وبشكل واضح هو داء التهاب الأوعية الدموية .

**التصنيف** : نميّز حسب النسيج أو العضو المصاب ، الأنماط التالية

**النمط حسـي مخاطي** : ويتميز بتقرحات قلاعية في الفم والمنطقة التناسلية مع أو بدون أعراض جلدية .

**النمط المفصلي** : يتحدد هذا النمط بإصابة مفصلية مع تظاهرتين أو أكثر حسية مخاطية .

**النمط العصبي** : إصابة دماغية مع بعض أو كلّ الأعراض الجلدية المخاطية والنمط المفصلي .

**النمط العيني** : يغلب عليه التهاب العنبية ، وإضافة لذلك بعض أو كل أعراض الأنماط السابقة . ومن المهم أن نلاحظ أن HLA النمط الفردي HLA – B5 – Haplotype يرافق النمط العيني ، HLA.B27 يرافق النمط المفصلي ، و HLA.B12 يرافق النمط حسـي المخاطي لداء بهجت . أما الأعراض الأخرى كالتبدلات الوعائية ( الخثارات ، أمهات الدم ، الآفات المعوية ) فتصادف في كل الأنماط .

**السير والإنذار** : لا يمكن التنبؤ بزمن حدوث الهجمات أو حدّتها أو الأعضاء المختلفة التي يمكن أن تصيبها . ويجب اعتبار داء بهجت كآفة خطرة دائماً ، ويُخشى خاصـة من العمى ، وآفات الجهاز العصبي المركزي .

**التشخيص** : حينما تكون المتلازمة متكاملة لا يمكن حدوث خطأ في التشخيص وخاصـة حينما توجد أعراض عـامة ومجموعية ، أما العرض الوحيد أو الأعراض القليلة فيمكن أن تخفي مصاعب تشخيصية . إن زيادة الحساسية للالتهاب مكان إجراء الحقن هو مُشخّص ، فمثلاً بعد إجراء حقن ضمن الجلد بمحلول فيزيولوجي ملحي ، تتطور مكان الحقن بثرة صغيرة أو رشاحة التهابية (Pathergy) . وإن وضع التشخيص هو صعب وخاصة لدى النساء .

*المعايير التشخيصية لداء بهجت :*

*المعايير الرئيسية :* القلاع والتقرحات على مخاطية الفم والمخاطية التناسلية ( القلاع ثنائي القطب ) ، التهاب العنبية ، التهاب الأوعية الجلدية .

*المعايير الثانوية :* التهاب المفاصل ، الأعراض المعدية المعوية ، الأعراض العصبية ، الآفات الوعـائية ( التهاب الأوردة الخثاري ، أمهات الدم ) ، زيادة نسبة الحدوث العائلي .

*إثبات التشخيص :* يلزم ثلاثة معايير رئيسية ، أو معيارين رئيسيين ومعيارين ثانويين .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الحالات وحيدة أو قليلة الأعراض من داء بهجت عن القلاع المزمن الراجع . ولا تزال المناقشات محتدّة فيما إذا كان يجب تصنيف المرضين كطرفين متباعدين لنفس المرض . ويبدي داء بهجت المظهر الأكثر حدّة وهذا ما يسمّى بالداء القلاعي الكبير لتورين Grande Aphtose ( Touraine : ١٩٤١ ) .

**المعالجة :**

*الجهازية :* يعتقد البعض أنه لا يمكن إيقاف سير الداء . أما إعطاء الستيروئيدات القشرية لوحدها أو مشركة مع موقفات الخلايا أو كابتات المناعة ( ميتوتركسات ، آزاتيوبرين ، سكلوفوسفاتين ) فهي معالجة عرضية فقط . وفي حالة وجود إصابة وعائية فمن الضروري إعطاء مضادات التخثر بشكل مبكر . وأخيراً . وحسب الحاجة ، يوصى بالإنظيمات المتحللة ، بدائل الحديد ، المستحضرات الفيتامينية العديدة ، غاماغلوبولين ، تتراسيكلين . وذكرت حوادث فردية تحسنت على إعطاء الليفاميزول والكولشيسين ( ١ – ١,٥ ملغ يومياً ) .

*الموضعية :* كما في القلاع المزمن الراجع .

## الذّباحات Anginas :

نعني بتعبير ذباح Angina ( من Angere = يخنق ) ، التهاباً في اللوزتين وما حولهما بينما تعبير « التهاب اللوزتين Tonsillitis » يصف التهاب اللوزتين فقط . وللذباح أهمية لدى أخصائي الأمراض الجلدية وذلك للتشخيص التفريقي .

### الذّباح النزلي Angina Catarrhalis :

قد يظهر مفرداً أو مرافقاً لنزلة في الطرق التنفسية العلوية . يصيب الالتهاب اللوزات الحنكية بالخاصة ، فتصبح حمراء ومنتبجة يرافقها عسرة بلع شديدة ، وعند الأطفال يصاحبها ترفع حروري . الآفة غير سارية وتشفى خلال أيام قليلة ولا تحدث مضاعفات . تعالج بالغرغرة بالمقبضات الخفيفة ورفادات الحلق .

### الذباح الجوبي والجريبي Angina Lacunaris et Follicularis :

**السببيات** : هو التهاب بالعقديات الحالّة للدم نموذج أ وأكثر ندرة بالمكورات الرئوية أو بالمكورات العنقودية .

**الموجودات السريرية** : هذا الشكل من الذباح هو دوماً ثنائي الجانب . يبدأ بشكل حاد بحمى وعسرة بلع ، نجد في مخاطية

Crypt اللوزات المحمرة والمنتبجة تشكلات غشائية رمادية بيضاء أو رمادية مصفرة ، وغالباً ما تصبح متراصّة . تطورها اللاحق إلى التنخر والتقرح هو نادر . تبقى الحرارة من ٣ – ٥ أيام مع بلوغ ذروتها بين اليومين الثاني والرابع . تكون العقد اللمفية الرقبية متضخمة ومؤلمة .

*المضاعفات الموضعية* : خراج حول اللوزة مع ترفع إضافي لدرجة الحرارة ، صعوبة بلع وحيدُة الجانب ، تثبت الفك .

*الأمراض المضاعِفة* ***Complicating Diseases*** : يمكن للذباح الجوبي أن يؤدي إلى آفات تالية ، خمجية تقيحية أو أرجية مثل التهاب الشغاف ، الحمى الرثوية ، التهاب كبيبات الكلى ، التهاب الأذن المتوسطة . وعلى الجلد : الحمامى العقدة ، الحمامى عديدة الأشكال ، الفرفرية الرثوية وأشكال أخرى من التهاب الأوعية الأرجي . وقد تكون الهجمة الأولى للصداف البثري تالية لذباح حاد بالعقديات .

**التشخيص التفريقي** : يجب الانتباه إلى الذباح النوعي في الإفرنجي الثانوي ، ففي هذه الحالة يلاحظ غلالة رمادية ، وتأخذ الحالة سيرها دون حدوث ترفع حروري . إضافة لذلك تلاحظ علامات الإفرنجي المرافقة وإيجابية التفاعلات المصلية (TPHA, VDRL) . ومن المهم نفي الخناق البلعومي .

**المعالجة** : تعطي الصّادات جهازياً وخاصة البنسلين تأثيراً سريعاً . الغرغرة بالمحاليل المطهرة وضمادات العنق لها تأثير مساعد . وفي حال الضرورة يعطى البنسلين للوقاية .

### الذباح الخناقي Angina Diphtherica :

**الموجودات السريرية** : من المهم جداً التشخيص المبكر لهذه الآفة . البدء بصعوبة خفيفة بالبلع تزداد تدريجياً ، ويظهر على الأقسام المتنخرة من اللوزتين غشاء كاذب أبيض رمادي ينتشر إلى عمادات الحلق إلى اللهاة . يظهر الغشاء الكاذب على اللوزتين وعلى درجات متفاوتة من الامتداد ، وغالباً مع أفضلية لجهة واحدة . قد يظهر الغشاء الخناقي ضمن الفم وباطن الشفتين وقد يكون البدء على الغشاء المخاطي ويمتد ثانوياً إلى اللوزتين ، يحصل ترفع حروري طفيف . وستوصف هذه الآفة في ( الفصل : ٣ ) بالتفصيل .

**التشخيص** : يتم التشخيص مصلياً وبكشف العامل الممرض في لطاخة من الحلق واللوزتين وكذا بالزرع الجرثومي .

**المعالجة** : عزل المريض ، إعطاء المصل المناعي الخناقي ، الصادات ، والآفة يجب الإبلاغ عنها .

### الذباح التقرحي الغشائي : Angina Ulceromembranacea

*المرادفات* : ذباح بلوت – فنسان .

**التعريف** : التهاب لوزتين تقرحي حاد ناجم عن متعضيات Plaut – Vincent ( جراثيم مغزلية وبورليات ) .

**الحدوث** : أكثر ما يصيب هذا الشكل النادر من الذباح ، الشباب .

**الإمراض** : ينجم عن مشاركة بورليات Borrelia – Vincenti وعصيات مغزلية Fusobactirium – Plauti .

**الموجودات السريرية** : يتميز البدء بترفع حروري طفيف ، صعوبة في البلع وتعب عام . يظهر في البدء غلالة لزجة على إحدى اللوزتين ، تحتها تقرح لين ، واضح الحدود ، مشرشر ، يظهر حوله بسرعة احمرار شديد وغلالة لبيّة الملمس Pulpy Coating . ينتشر التقرح إلى قوس الحنك وإلى مخاطية الفم . وتكون العقد اللمفية الرقبية منتبجة بشكل واضح ومؤلمة . في الذباح التقرحي الغشائي لا يوجد التهاب فم .

**الإنذار** : غالباً ما تأخذ الآفة سيراً سلياً وتشفى بسرعة .

**التشخيص** : نجد في لطاخة ملونة بالغرام أو غيمزا أعداداً من المتعضّيات الموصوفة سابقاً .

**التشخيص التفريقي** : تمييزها عن الذباح الجوبي سهل ، بينما هو أصعب عن الذباح الخناقي . ويفيد هنا كشف العوامل الممرضة . كذلك يجب تفريقه عن الإفرنجي الأولي التقرحي والذي يكون كقاعدة ، وحيد الجانب . كذلك تجرى الاختبارات المصلية (TPHA – VDRL) . أما الصمغ في اللوزة فهو قاسٍ ويأخذ سيراً مزمناً ولا يوجد ترفع حروري ولا انتباج في عقد الناحيّة .

**المعالجة** : يفيد استعمال البنسلين والصادات واسعة الطيف . وللغرغرة بمطهرات الفم الخفيفة ولكمادات العنق تأثير مساعد .

### ذباح ندرة المحببات : Agranulocytosis with Angina Granulocytotica

تحت التعبير العام ( قلة الكريات البيض Leukocytopenia ) نجد مجموعة من الأمراض تكون إحدى علاماتها الرئيسية ، نقص شديد في عدد العدلات في الدم المحيطي ( < من ٤٠٠٠ – ٢٠٠٠/مل ) وينجم هذا النقص عن قلة المحببات ، أي قلة العدلات . وقد ينجم أيضاً عن قلة اللمفيات ، وفي هذه الحالة لا توجد أعراض جلدية .

وحينما يظهر قلة البيض لدى الأطفال يجب التفكير بالاضطرابات الوراثية مثل ندرة المحببات الطفلي الوراثي (Kostmann) ذو الحدوث العائلي . ويتميز بانعدام كامل

ـمحببات وحيث يموت الطفل المصاب نتيجة للأخماج التي تأخذ سيراً خطيراً رغم إعطاء الصادات القوية والمعالجة ستيروئيدية . أما لدى الكهول ، فيجب التفكير أولاً بفرط حساسية تجاه الأدوية كالمسكنات والفينوتيازينات ، سلفوناميدات ، والمشتقات السلفوناميدية كالمدرات البولية ومضادات الداء السكّري ، الأدوية الموقفة لنشاط الدرق ، مركنات Sedative ، مضادّات الاختلاج ، مضادات هستامين ، مضادات الجراثيم ، مضادات التدرن ، مستحضرات المضادة للبرداء ، وكابتات المناعة . قد تحرض من هذه الأدوية على تشكيل راصّات للكريات البيضاء . وقد تظهر ندرة المحببات المحرّضة مناعياً بعد نقل دم متكرر ( أضداد سوية Isoantibodies ) أو كتفاعل لنقل الدم رافع للحرارة وغير حالّ للدم . وكذلك في الأمراض ذاتية المناعة والمترافقة بتشكل أضداد ذاتية نوعية ضد الكريات البيض ( الذأب حمامي ، داء فلتي ) . وقد يحصل أيضاً ندرة محببات عرضي في بعض الأمراض الخمجية كالحمى التيفية أو السلّ الدخني . ينطبق ذلك أيضاً على ندرة المحببات النسبي في ابيضاضات لدم . وأخيراً يجب أن لا يغيب عن ذهننا أن قلة المحببات قد يكون من منشأ سمّي ، أكثرها معرفة هو نقص عدد الكريات بيضاء التالي للمعالجة الموقفة للخلايا وكذلك بعد إعطاء خثر المشعّة أو إثر معالجة الأورام بالإشعاعات المؤينة . كما أن لانسمامات المهنية ( البنزين ، الأنيلين ، الدي نيتروفينول ) قد تؤدي لنقص المحببات السمّي والناجم عن تخرب نقي العظام ويترافق غالباً مع قلة الصفيحات وقلة الكريات الحمراء . ينجم عن قلة المحببات نقص في مقاومة الأخماج وبالتالي إلى تطور علامات إنتان عامة وقد تظهر أعراض جلدية في مكان دخول جراثيم .

**الموجودات السريرية** : تتميز الصورة السريرية للآفة بأعراض خمجية عامة مع حرارة وقشعريرة وغثيان وإقياء ونقص شهية مع تسرع قلب وصداع ووهط دوراني . يرافقها ندرة محببات في الدم المحيطي مع زيحان لليسار Left Shifting في تشكل محببات في نقص العظام ، مع ظهور آفات جلدية مخاطية نخرية مواتية في فوهات الجسم نتيجة نقص المقاومة .

الموضع الانتقائي هو جوف الفم وخاصة اللثة ، ومخاطية الفم واللوزات ( الذباح بندرة المحببات ) حيث يتشكل بسرعة في البلعوم والشفتين والملتحمة والقلفة ومناطق الفرج والشرج ، تنخرات لا تلبث أن تتقرح .

**التشخيص التفريقي** : الابيضاض النقياني مع آفات خمجية ( الملتويات المغزلية في جوف الفم ) .

**التشخيص** : ويكشف من الصيغة الدموية ( قلة في الكريات البيض واضحة مع ندرة محببات شديدة مع زيادة في نسبة اللمفيات تصل إلى ٨٠ – ٩٠٪ ) . وبخزعة النقي ( نقي تغلب عليه الخلايا سليفة النقوية Promyelocyte Hypoplastic ) . ويجب محاولة التفريق بين الشكلين اللاتنسجي Aplastic وناقص التنسج .

**التشريح المرضي النسجي** : التهاب متنخّر لانوعي .

**السير** : ويتميز النمط الناجم عن الأميدوبيرين بسير حاد ، كسير أية آفة إنتانية خطرة . أما في النمط الناجم عن الفينوتيازين فتأخذ الآفة سيراً متدرجاً ولا تظهر إلا بعد فترة من استعمال العلاج .

**المعالجة** :

*الجهازية* : من المهم التفتيش عن الأسباب . **والهدف الأول من العلاج هو مكافحة الأخماج وذلك حسب مشعر الصادّات . أما في الأشكال المثبتة بأنها مناعية المنشأ ( اختبار تراص الكريات البيضاء وكشف العوامل المتممة الرابطة للخلايا ) فيمكن إيقاف هذه التفاعلات بإعطاء الستيروئيدات القشرية ( ٤٠ – ١٠٠ ملغ بريدنيزولون يومياً أو ما يعادلها من ستيروئيدات أخرى ) والتي تعطى أيضاً في ندرة المحببات السمّي . يشير بعض المؤلفين بإعطاء الغاماغلوبولين رغم أن المقاومة الخلطية للأخماج أمر غير ثابت .**

*الموضعية* : **يطبق لعلاج التقرحات في الفوهات ، قواعد المعالجات الجلدية مع أفضلية لتطبيق الصادات موضعياً . توصف المطهرات والغسولات والغرغرات الفموية ، وتدهن التقرحات بنفسجية الجانسيان ( ٠,٥٪ في محلول مائي ) ، ويستعمل لتخفيف الألم غسولات فموية بالمبنجات أو بالدي فنهدرامين .**

## كثرة الوحيدات الخمجية

**[ ١٨٨٩ : Pfeiffer ] : Infectious Mononucleosis**

*المرادفات* : الذباح بالوحيدات Monocyte Angina ، الحمى الغدية ، الحمى الغدية لبفيفر Pfeiffer .

**الحدوث** : تحدث الآفة بوافدات خفيفة مع انتشار أوسع في فصل الربيع ويصاب اليفعان بشكل خاص .

**الإمراض** : هو خمج عام بحمة أبشتين – بار وتبدأ الآفة بذباح ، تنتقل الحمى بالقطيرات المخمجة أو بالتماس الفيزيائي . زمن الحضانة من ٤ – ١٤ يوماً وتصيب الحمة بشكل انتقائي النسيج اللمفي وهذا هو سبب ظهور خلايا لمفية وحدانية Monocytoide غير ناضجة في الدوران المحيطي .

**الموجودات السريرية :**

*اللوزات :* تبديان انتباجاً وتنخرات سطحية مغطاة بغلالة من الأغشية الكاذبة . وهذا المظهر يشبه الخناق .

*الجلد :* ويحدث عند ٣ – ١٥٪ من المرضى ، طفحات متعممة ، غالباً شروية أو حصبية الشكل ، أو تشبه الحميراء وذلك بعد ٤ – ٦ أيام من بدء الآفة . وتصبح نسبة ظهور الطفحات الجلدية أعلى ( قد تصل إلى ١٠٠٪ ) بعد استعمال الأمبيسلين والصادات الأخرى . وتظهر بعد ٨ – ١٠ أيام من بدء العلاج .

*الأعراض العامة :* لا يوجد شعور واضح بالمرض ، وهناك انتباج موضعي أو متعمم للعقد اللمفية وعلاوة على ذلك فإننا غالباً ما نشاهد ضخامة في الكبد والطحال . ويمكن للآفة أن تأخذ سيراً متبدلاً .

**التشخيص** : ارتفاع عدد الكريات البيضاء ( ١٠,٠٠٠ – ٤٠,٠٠٠/مل ) هو نموذجي مع كثير من الخلايا الوحيدة Monocyte غير النموذجية . ولذلك فإن فحص الدم يوحي بابيضاض الدم . تزداد غالباً الترانس أميناز كدليل على إصابة كبدية . وإن إيجابية الاختبار المصلي لـ Paul – Bunnel هو غير نوعي لدى الأطفال [٤٠٪ – ٥٠٪] ، إنما يكون إيجابياً دوماً لدى الكهول . وقد أمكن كشف الأضداد IgG لحمة ابشتاين – بار بالمجهر المتألق وتبدي زيادة في عيارها بفاصل ١٠ – ١٤ يوماً . كما أمكن كشف الأضداد IgM وتدل على خمج حديث .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الآفات الخمجية كالحصبة والحميراء والاندفاع الجلدي الأساسي بالخمج بحمة (HIV) وعن التفاعلات الدوائية .

**المعالجة** : عرضية ، غسولات للفم ، راحة في السرير ، وقد ذُكر تأثير الأسيكلوفير ضد حمات أبشتاين – بار .

# الفصل الرابع والثلاثون

# أدواء الحشفة والقلفة

# Diseases of Glans Penis and the Prepuce

د . عبد الحكيم عبد المعطي

يصادف الطبيب صعوبات غير عادية عند تشخيص وعلاج أدواء الحيز القلفي Preputial Space . فمن جهة أولى هناك عدد كبير من أدواء القضيب الأولية ، ومن جهة ثانية يمكن أن يصاب القضيب بتبدلات ثانوية في سياق عدد لا بأس به من أدواء الجلد أو الأغشية المخاطية ، وأخيراً فإن معظم أخماج الإحليل الزهرية واللا زهرية يمكن أن تسبب آفات قضيبية .

## الفيزيولوجيا Physiology :

يمثل الحيز القلفي غير المختون تشطراً Cleavage بين حشفة القضيب والتلم الإكليلي والغشاء القلفي الداخلي . وليس هناك أي اختلاف نسجي بين الغشائين القلفيين الداخلي والخارجي ، فكلاهما يتألفان من بشرة متعددة الطبقات تنتهي بطبقة متقرنة نظامية . أما النسيج الضام تحت الظهارة فهو رخو جداً وغزير الأوعية الدموية ، لذا فهو يتوذم سريعاً في سياق التفاعلات الالتهابية .

اللخن *Smegma* : لا يتألف اللخن المتجمع في الحيز القلفي من شحميات فقط ، بل يتألف من خلايا ظهارية متقرنة متوسفة أيضاً . هذا وقد تبين أن للخن تأثيرات مسرطنة عند الحيوانات .

*الحيز القلفي Preputial Space* : يعد الحيز القلفي من الناحية الفيزيولوجية منطقة مذحية ـ أي منطقة يتوضع فيها الجلد فوق الجلد ـ لذا فهو حيز دافىء رطب ( حرارته مرتفعة ، ودرجة الرطوبة فيه عالية ) ، تميل قيمة باهاء PH السطح فيه إلى القلوية أكثر ، كما أنه يحتجز ما يطرحه الجلد من مفرزات كالزهم والعرق بالإضافة للخلايا القرنية المتوسفة .

*النبيت الجرثومي الطبيعي Microbial Flora* : ليس النبيت الجرثومي في الحيز القلفي متماثلاً ، فهو يختلف من شخص لآخر كيفاً وكماً ؛ إلا أنه كثيراً ما تتواجد العنقوديات السلبية المخثرة ( الكواغولاز ) **والجراثيم العدية البروبيونية** . كما يحتوي هذا الحيز بشكل خاص على **العصوانيات الملانة Bacterioides Melanogenicus** التي تعد من الجراثيم النموذجية جداً له ، إلا أن أهميتها الإمراضية ليست واضحة تماماً . هذا ولا بد من الإشارة إلى أن الجراثيم تستعمر الحشفة المختونة على نحو أقل بكثير من الحشفة غير المختونة . وقد يحتوي الحيز القلفي أحياناً على الجراثيم الممرضة التالية : العنقوديات الإيجابية المخثرة ( الكواغولاز ) ، **والإشريكية القولونية E. Coli** ، **والمتقلبة الرائعة Proteus Mirabilis** ، **والزائفة الزنجارية Pseudomonas Aeruginosa** ؛ ويحدث ذلك خاصة عند الأشخاص الذين ينظفون مناطقهم التناسلية بصوابين مطهرة ، فينجم عن ذلك ازدياد الجراثيم السلبية الغرام على حساب الجراثيم الإيجابية الغرام . يعد اللخن المتجمع في الحيز القلفي مرتعاً ملائماً للأخماج الجرثومية والحموية والفطرية ، ويزداد حدوث هذه الأخماج عند إهمال النظافة الشخصية ، أو عند حدوث تضيق القلفة Phimosis .

## الشذوذات الولادية Congenital Anomalies :

لن نبحث في هذا الموضع الأشكال المختلفة للمبال التحتاني Hypospadias ، بل سنقتصر على تلك الشذوذات المتعلقة بالجلد التي قد تسبب قلقاً للمريض يدفعه لاستشارة الطبيب .

### الغدد الزهمية المغايرة الموضع Heterotopic Sebaceous Glands :

*المرادف* : الغدد الزهمية المتبذة .

مثلما أن الغدد الزهمية المتبذة يمكن أن تظهر في الجوف الفموي ، فإنها يمكن أن توجد على الغشاء القلفي الداخلي أيضاً . وهي عبارة عن حطاطات صفراء ، قدها ١ ــ ٣ ملم ، وتتواجد بأعداد كبيرة في الغالب ( انظر الشكل ٣٤ ــ ١ ) .

تعد **غدد تيسون Tyson** المتوضعة على اللجيم غدداً زهمية حرة أيضاً .

**المعالجة** : لا حاجة لعمل شيء ما . ويكفي عادة أن نشرح للمريض الطبيعة السليمة لهذه الموجودات .

### حليمات الحوق ( إكليل الحشفة ) Papillae Coronae Glandis :

*المرادفات* : شعرانية القضيب الحليمية ، حليموم القضيب الأشعراني ( الزبائاني ) ، الحطاطات القضيبية اللؤلؤية [ Ackerman و Komberg ١٩٧٣ ] .

ليس لهذه التظاهرة السريرية أية دلالة إمراضية . من خلال فحص الحافة الدانية للحشفة بالقرب من التلم الإكليلي نجد واحدة أو أكثر من الزوائد الحليمية المهدبة الرفيعة ، ذات لون أحمر مبيض ؛ وأحجام متساوية ، وتبدو موعاة إلى حد ما ( انظر الشكل ٣٤ ــ ٢ ) . تعد هذه الحليمات المنشارية الدقيقة

موجودات سريرية طبيعية إلا أنها نادرة ، وهي عبارة عن ليفومات وعائية طرفية Acral Angiofibromas .

**المعالجة** : لا حاجة لعمل شيء ما . ويكفي أن يشرح الطبيب لمريضه الطبيعة السليمة لهذه الآفات .

## التهاب الأوعية اللمفية للتلم الإكليلاني Coronal Sulcus Lymphangitis :

*المرادفات* : التهاب الأوعية اللمفية المصلب اللا زهري للقضيب ، التهاب الأوعية اللمفية اللا زهري للتلم الإكليلي ، التهاب الأوعية اللمفية الجاسىء الدائري ، توسع الأوعية اللمفية للقضيب ، الوعاؤوم اللمفي الكيسي ، توسع الأوعية اللمفية العابر للقضيب .

**تعريف** : هو التهاب موسع للأوعية اللمفية ، خطي المظهر ، معتدل الشدة ، يحدث قرب حشفة القضيب ، وينجم عن الجماع العنيف عادة .

**الحدوث** : ليس نادراً ، ويشاهد عند الشباب .

**الإمراض** : يحدث هذا الداء بسبب الجماع . ويزعم أيضاً أنه قد يحدث في سياق أمراض أخرى ( التهاب الإحليل بالمتدثرات ، الأخماج البؤرية ، التهاب الموثة المزمن ) ، ومع ذلك فإنه ليس بالإمكان تصنيف هذا الداء من الناحية الإمراضية بشكل كامل . وهذا الداء عبارة عن حيز لمفي متسع بشكل الدالية ، يترافق مع تفاعل التهابي عابر حيث يشبه بذلك التهاب الأوعية اللمفية الأخدودي الإكليلاني Coronal groove . وعموماً فإن الاستقصاءات النسجية تدل على أن هذا الداء ليس التهاباً في الأوعية اللمفية ، بل قد يكون التهاباً مسداً في بطانة الوريد ( مثل داء موندور Mondor ) ، أو تليفاً وعائياً لمفياً خثارياً مسداً Lymphangiofibrosis Thrombotica Occlusiva ( Marsch ورفاقه ١٩٨٢ ) .

**الموجودات السريرية** : آفة حبلية بشكل النقانق ، يتراوح طولها بين ١ ـ ٢ سم ، تأخذ لون الجلد أو لوناً ضارباً إلى البياض ( انظر الشكل ٣٤ ـ ٣ ) . تتشكل الآفة بصورة حادة ، وتمتد عبر المحور الطويل للقضيب أو بشكل مائل . تتسع الآفة وتعطي مظهراً زجاجياً عند مط الغشاء القلفي الداخلي الذي يمكن رفعه إلى الأعلى بسهولة . أما المظاهر الالتهابية الشديدة فهي غائبة .

**الأعراض** : لا توجد ،إنما قد تحدث وذمة خفيفة في الغشاء القلفي الداخلي . وعموماً فإن المريض يكون قلقاً لظهور مثل هذه الآفة غير المألوفة .

**التشريح المرضي النسجي** : يجب عدم أخذ الخزعة النسجية في المراحل الباكرة من الداء خشية أن تتلوها وذمة قضيبية شديدة . تبدي المقاطع النسجية في الحالات النموذجية أحيازاً لمفية متسعة ( دوالي لمفية كيسية ) تترافق التهاب عابر ، أو قد تبدي مظاهر التهاب بطانة الوريد المسد Obliterating Endophlebitis . وبشكل عام توجد صعوبة في تحديد المنطقة التي يحدث فيها التهاب بطانة الوعاء اللمفي المسد Obliterating Endolymphangitis .

**السير** : تتراجع الآفة عفوياً بعد عدة أسابيع . الاختلاطات غير معروفة . قد تؤدي المنابلة ( التلاعب باليد ) Manipulation لحدوث تبدلات التهابية شديدة أو لحدوث تقرحات أيضاً .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق هذا الداء عن التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل ( كما في داء موندور Mondor ) . ويتميز الأخير بوجود خيوط قاسية شبيهة بالحبال تتوضع في الحيز القلفي ، وتكون هذه الخيوط أكبر قليلاً من تلك المشاهدة في التهاب الأوعية اللمفية للتلم الإكليلاني ، إلا أن مظهرها الكيسي الكاذب الشفاف يكون خفيفاً . كما يجب تفريق هذا الداء عن التهاب الأوعية اللمفية لظهر القضيب ( كعلامة مرافقة للإفرنجي الأولي ) . فالآفة في الداء الأخير تمتد باتجاه المحور الطويل للقضيب ، كما أنها أشد قساوة ، ومع ذلك فإنه ينصح بالاستقصاء عن الإفرنجي .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : غير ضرورية عادة ؛ ولكن من الممكن إعطاء مضادات الالتهاب اللا ستيرويدية مثل : أكسي فينل بوتازون Oxyphenylbutazone أو الاندوميتاسين Indomethacin .

*المعالجة الموضعية* : ليست ضرورية لأن الشفاء يحدث عفوياً تعطي حمامات القعدة الدافئة Warm Sitz baths شعوراً بالراحة . ومن الضروري شرح طبيعة هذا الداء للمريض .

## التهاب الوريد للتلم الإكليلاني Coronal Sulcus Phlebitis [ Branun – Falco ١٩٥٣ ] :

*المرادف* : التهاب الوريد السطحي الحبلي الشكل للقضيب .

**تعريف** : هو التهاب في محيط الوريد Periphlebitis مع التهاب وريدي خثاري مسد Obliterating Thrombophlebitis . وهو التهاب محدد ، دائري ، شريطي الشكل ، معتدل الشدة ، يتوضع فوق التلم الإكليلاني .

**الحدوث** : نادر . وإما أن يحدث الداء عفوياً كأحد أعراض داء موندور Mondor ، أو أن يترافق مع التهاب الوريد السطحي الحبلي الخطي في أماكن أخرى .

**الإمراض** :السببيات غير معروفة ، إلا أنه وجهت أصابع الإتهام

ـ الأخماج البؤرية . والتهاب الموثة المزمن ، والإجهاد الكلينيكي أثناء الجماع .

**الموجودات السريرية** : تماثل الصورة السريرية تقريباً ـ عدا ... تلك المشاهدة في التهاب الأوعية اللمفية للتلم ... اللا زهري . يلاحظ المريض فجأة ظهور آفة ... حبلية تطوق القضيب . ويشعر بالجس بوجود آفة ... قاسية القوام ، بعرض ١ ـ ٢ سم ، تتوضع تحت ... التلم الحشفي ، ويكون الجلد الساتر لها طبيعياً . وقد ... الحالة بوذمة في القلفة ( انظر الشكل ٣٤ ـ ٤ ) . ... يحدث هذا الداء بشكل متزامن مع داء موندور Mondor ... التهاب الوريد الصدري الشرسوفي السطحي الخطي ) ، أو مع التهاب الوريد السطحي الخطي في أماكن أخرى .

**الأعراض** : لا توجد عادة .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي المقاطع النسجية مظاهر ... جدار الوريد المسد مع تكلجن Collagenization ... الأوعية ... . قد يكون تفريق هذه الحالة عن التهاب الأوعية اللمفية ... الإكليلاني صعباً في المراحل النهائية ، ومن الممكن ... بسبب تموين النسيج المرن في التفريق .

**السير** : ترجع الآفة عفوياً بعد عدة أسابيع .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق هذه الحالة بادىء ذي بدء عن التهاب الأوعية اللمفية للتلم الإكليلاني . ففي الحالة الأخيرة ... الأوعية اللمفية المتوسعة الشبيهة بالدالية والمطوقة للقضيب ... من خلال الجلد الشاف ، ويكون قوامها كيسياً ... .

**المعالجة** : غير ضرورية لأن الداء يشفى عفوياً . غير أنه يمكن ، ... الأمر ، تطبيق المستحضرات الموضعية المحتوية على ... أو الهبارينوئيد Heparinoid . هذا ويجب الاستقصاء عن الأخماج البؤرية ، والتهاب الموثة ، وا لتهاب الإحليل .

## تضيقات القلفة Phimoses ( انظر الشكل ٣٤ ـ ٥ ) .

يعيق هذا التضيق ارتداد القلفة إلى الوراء ، فينجم عن ذلك ... ركود اللخن . وظهور التكلسات ( يؤدي الركود إلى ترسب حصيات اللخن على حشفة القضيب بشكل الأحجار المستديرة المستعملة في رصف الشوارع Cobblestone ، وتأخذ هذه التر سبات لوناً ضارباً للبياض ) ، وحدوث التبدلات الالتهابية ( التهاب الحشفة والقلفة ) . ويقال أيضاً إن تضيق القلفة يعزز من نشوء الآفات المحتملة التسرطن وسرطانات القضيب .

في **تضيق القلفة التام** فإنه لا يمكن رد القلفة أو إعادتها إلى مكانها عادة . أما في **تضيق القلفة غير التام** فإن الصعوبات تحدث أثناء النعوظ Erection فقط ، مع خطر نشوء الجلاع Paraphimosis ( تضيق القلفة الخلفي ) .

### تضيق القلفة الفيزيولوجي Physiological Phimosis :

تبقى الحشفة عند الوليد متصلة بالغشاء القلفي الداخلي . وفي الأحوال النظامية ينفصل هذا الاتصال الظهاري في السنة الأولى من الحياة بآليات تنكسية تصيب الطبقات الظهارية التي تصل الحشفة بالقلفة . إلا أن تحرر القلفة عن الحشفة لا يحدث في السنة الأولى من الحياة دوماً ، إذ قد يحدث هذا الانفصال في أي وقت من الأوقات حتى سن البلوغ . وقد وصفت هذه الحالة الفيزيولوجية أيضاً تحت اسم **تضيق القلفة الكاذب Pseudophimosis** .

أما تعبير **تضيق القلفة اللاصق Adhesive Phimossis** فإنه يشمل تلك الحالات التي يستمر فيها الالتصاق الفيزيولوجي بين الغشاء القلفي والحشفة . والحالة الأخيرة يمكن أن تكون وراثية ، ولا يمكن تصحيحها إلا بالعمل الجراحي .

### تضيق القلفة الولادي Congenital Phimosis :

يتصف بقلفة طويلة تشبه خرطوم الفيل proboscis ، غير قابلة للارتداد ، ولذا فإنه يدعى أيضاً بتضيق القلفة الضخامي Hypertrophic Phimosis . وفي أحوال نادرة يمكن أن تكون القلفة قصيرة جداً ، ولها فتحة ضيقة جداً ، وغير قابلة للارتداد .

**السير** : قد يعيق تضيق القلفة الولادي تدفق البول والنعوظ . فالبول يتحول مجراه نحو فلح Cleft الحيز القلفي فيؤدي ذلك لحدوث تفاعلات التهابية ( التهاب الحشفة والقلفة ) بسبب صعوبة تنظيف المنطقة . وتحدث سرطانة القضيب على وجه الحصر تقريباً عند الرجال الذين لديهم تضيق قلفة ولادي .

**المعالجة** : تقوم على رد القلفة بحذر أثناء استحمام الرضيع . وبعد ذلك فإن التزييت ( التزليق ) Lubrication سوف يكفي لرد الأشكال الخفيفة من تضيق القلفة الفيزيولوجي . يجب إجراء عملية الختان Circumcision بأسرع ما يمكن في جميع أشكال تضيق القلفة الولادي التي تكون فيها القلفة غير قابلة للارتداد بسهولة ، وإلا فإن الجماع سوف يكون صعباً .

### تضيق القلفة المكتسب Acquired Phimosis :

يحدث تضيق القلفة المكتسب بشكل تال لتضيق قلفة ولادي غير كامل ، حيث تعزز آليات التهابية أو تنكسية ذات أسباب مختلفة عدم ارتداد القلفة .

*تضيق القلفة المزمن* : يتطور تضيق القلفة ببطء عندما يصاب النسيج بانكماش أو بأدواء مصلبة ، كما في الحزاز التصلبي الضموري ، ولطع القضيب Kraurosis Penis ، والتصلب الجلدي المحدد ( القشيعة ) . وقد تحدث عند المصابين بتضيق القلفة الولادي شقوق مؤلمة أثناء الجماع وذلك في منطقة اتصال الغشائين القلفيين الخارجي والداخلي . وقد يتلوها فيما بعد التهاب تليفي مزمن . ويجب تفريق هذا **التليف القلفي الحلقي** عن الحزاز التصلبي الضموري الذي يحدث عند الشباب عادة .

وفي حال حدوث التهاب مزمن في الحشفة ، والتلم الإكليلي ، والغشاء القلفي الداخلي فقد يحدث أيضاً تضيق قلفة التهابي مزمن . ويلاحظ هذا التضيق عند المسنين المصابين بالتهاب حشفة مزمن بسبب سوء العناية الصحية ، أو عند السكريين المصابين بالتهاب حشفة مزمن بالمبيضات البيض .

*تضيق القلفة الحاد* : هو تبدل التهابي حاد يصيب الحيز القلفي . تحدث وذمة قضيبية وقلفية كبيرة . وينساب مفرز قيحي من الفوهة القلفية الملتهبة والمتورمة .

والأسباب الشائعة لهذا التضيق هي :

- التهاب الحشفة والقلفة الجرثومي الحاد المترافق بتفسخ اللخن .
- التهاب الحشفة والقلفة المرافق للسيلان الحاد أو لالتهاب الإحليل اللا بني الحاد .
- التهاب الحشفة والقلفة المرافق للآفة الأولية للإفرنجي .
- التهاب الحشفة والقلفة المرافق لقرحة القريح ( القرح اللين ) .
- خمج الغشاء القلفي الداخلي بالحلأ البسيط .
- الطفح الدوائي الثابت .
- اللقموم المؤنف .

**الأعراض** : تسوء الأعراض الناجمة عن تضيق القلفة المزمن بصورة بطيئة ، وتنجم عن إهمال النظافة الشخصية والتخريش . يُعدّ تضيق القلفة الحاد من الحالات المؤلمة والمسببة للذعر ، لذا فإنه من الضروري تقديم المساعدة بأسرع ما يمكن .

**المعالجة** : تقوم المعالجة في **تضيق القلفة المزمن المكتسب** على تشخيص الجلاد المسبب سريرياً أو نسجياً ومعالجته . ويستحسن إجراء عملية الختان .

يستتر العامل المسبب **لتضيق القلفة الالتهابي الحاد** خلف قلفة متوذمة غير قابلة للارتداد . ولتعيين هذا العامل ، فإنه يمكن إجراء شق ظهري تحت التبنيج الموضعي ، فيؤدي ذلك لزوال الوذمة بشكل فوري . إلا أن هذا الشق يجب أن تعقبه عملية الختان . كما يمكن للطبيب أن يحدث تصريفاً سريعاً للوذمة القلفية عن طريق زرق الجلد القلفي بالهيالرونيداز Hyaluronidase فيساعد ذلك على إنقاص التضيق القلفي وعلى تشخيص الداء الأساسي المسبب وعلاجه . يمكن إعطاء الصادات عند الضرورة وذلك بعد إجراء الزرع والتحسس . هذا ومن الضروري تنظيف الحيز القلفي بالمطهرات الموضعية ( مع توخي الحذر ) ، وتطبيق الحمامات المحتوية على المحاليل المطهرة ، ومن ثم تجفيف هذا الحيز بغرز قطع من الشاش الماص .

**الجُلاع ( تضيق القلفة الحلقي ) Paraphimosis :**

**تعريف** : هو حالة حادة تندفع فيها القلفة المتضيقة إلى ما وراء الحشفة بحيث لا يعود بالإمكان إعادتها إلى مكانها أمام الحشفة . تظهر هذه الحالة أثناء الجماع عادة ، أو لدى القيام بأي تصرف مشابه على قضيب ناعظ وملتهب قليلاً ؛ كما يمكن أن تحدث في تضيق القلفة الولادي أو المكتسب .

**الإمراض** : عندما يسحب المريض القلفة إلى الوراء تتقلص الحلقة القلفية المتضيقة خلف الحشفة في التلم الإكليلاني معيقة بذلك الجريان الدموي في الحشفة . تمنع هذه الحلقة المتقلصة والثابتة خلف الحشفة دفع القلفة إلى الأمام . يسبب الجلاع عادة تورماً حاداً جداً في الحشفة حيث تصبح حمراء مزرقة ، كما تصاب القلفة المحتقنة بتورم وذمي التهابي . يمكن أن يسبب الجريان الدموي المعاق والخمج المرافق تخريباً ومواتاً في حشفة القضيب ( الموات التناسلي الحاد ) .

**الموجودات السريرية** : تكون الحشفة متورمة عادة ، وتأخذ لوناً أحمر مزرقاً . تتورم الأغشية القلفية خلف الحشفة بشكل الحلقة المفردة أو المزدوجة فتعطي مظهر ياقة الثوب ( الياقة الإسبانية Spanish Collar ) . ( انظر الشكل ٣٤ ـ ٦ ) .

**الأعراض** : يمكن أن يترافق الجلاع بألم شديد .

**السير** : هناك خطر حدوث نخر في الحلقة القلفية المتضيقة ، لذا فإنه من الضروري القيام بتدخل علاجي سريع .

**المعالجة** : يمكن تجربة العلاج المحافظ لفترة زمنية قصيرة فقط . فبعد تطبيق دواء حال للتشنج ، يضغط القضيب عدة مرات متتالية بواسطة اليد بحيث يزداد الضغط من الجهة القاصية إلى الجهة الدانية وذلك من أجل تصريف الوذمة . ومن الممكن بعد ذلك دفع الحشفة إلى الخلف عبر القلفة المختنقة بفعل يشبه كبس زر الجرس . وللقيام بهذه العملية تمسك نهاية القضيب بين الأصبعين الثاني والثالث وتدفع الحشفة إلى الخلف عبر الفتحة القلفية بواسطة الإبهام . وفي الجلاع الذي مضى على تشكله

...ة ...مية قصيرة فإنه يمكن تصريف الوذمة أيضاً باستعمال ...قت هيـ...رونيداز Hyaluronidase ومن ثم إعادة القلفة إلى ...مكـ...ـب ...بإجراء ميكـانيكي . هذا ومن الضروري إعطـاء ...عـ...دت ...موقية من حدوث الأخماج الثانوية . ومن الطرائق ...علاجية ...بديية تخديش المنطقة Scarification أو وخزها بقنية ...حقنة . و...ذلك من أجل تصريف الوذمة ، ومن ثم ترد القلفة ...ى مكـ...ـها . كما يمكن إجراء شق جراحي للحلقات المتضيقة ...وق ...مبـ...ـر ، إلا أن الإجراء الأخير يجب أن تعقبه عمـلـيـة ...ختان .

## ...تهاب الحشفة والتهاب الحشفة والقلفة Balanitis and Balanoposthitis :

...يطلق تعبير التهاب الحشفة والقلفة على التبدلات الالتهابية ...تي تصيب الحشفة ( التهاب الحشفة ) والغشاء القلفي الداخلي ...لتهاب القلفة Posthitis ) والتي تنجم عن أسباب متنوعة . ...والعوامل المؤهبة لهذا الالتهاب هي : تضيق القلفة الولادي ، ...وعدم الاعتناء بالنظـافة الشخصية أو الإفراط بهذا الاعتناء ، ...والاحتكـاك النـاجم عن الثياب ، والأدواء الاستقلابية كالداء ...السكري ، وضعف المقاومة العامة . تقل نسبة حدوث التهاب ...الحشفة والقلفة عند الرجال الذين يعتنون جيداً بنظافة مناطقهم ...التناسلية ، وعند الذين أجروا عمـلـيـة الختان . أما العوامل ...المسرعة في حدوث هذا الالتهاب فهي : الأخماج الجرثومية ، ...والأرجية بالتماس ، والرضح . وبغض النظر عن العامل المسبب ...فإنه من الضروري التفـريق بـين التهـاب الحشفـة والقـلفـة ...الحاد والمزمن .

### ...التهاب الحشفة والقلفة الحاد Acute Balanoposthitis :

ينشـأ التهاب الحشفة والقلفة الحاد من التلم الإكليلاني ، حيث يتطور الاحمرار والتورم بشكل حاد ، ثم يمتد إلى حشفة ...القضيب والغشـاء القلفي الداخلي . وقد يترافق هذا الالتهاب ...بنجيج مصلي أو مصلي قيحي ، أو بتضيق قلفة التهابي ثانوي ، ...أو بجلاع ( تضيق قلفـة خلفي ) ، ويحدث ذلك خاصـة في ...الحالات الناجمة عن الأخماج الجرثومية . أما الأسباب الممكنة ...لهذا الالتهاب فهي :

- ...الرضح .
- ...العوامل السامة .
- ...احتباس اللخن .
- ...الأرجية بالتماس .
- ...الأخماج .

يمكـن أن يسبب الاحتكـاك والرضـح احمراراً محدوداً أو وذمة . وقد تسبب الصـوابين والمنظفـات وكذلك المفرزات المهبلية الملوثة للحيز القلفي تخريشـاً للحشفة والغشـاء القلفي الداخلي يتطور بدوره إلى التهـاب حشفة حاد ، وتتفاقم هذه الحالة بالتنظيف المبالغ فيه أو غير الملائم . كما يجب عند البحث عن السبب الأخذ بعين الاعتبـار الباهيات السـامة ( مثيرات الشهوة الجنسية ) المطبقة موضعياً ( الذبابة الإسبانية Spanish Fly ، زيت الخردل ) . يلاحظ التهـاب الحشفة السمي الحاد أيضـاً بعد معـالجة اللقموم المؤنف المتوضع في الحيز القـلفي بالبودوفيللين Podophyllin .

**التهـاب الحشـفـة والقـلـفة التماسي الأرجي الحاد Acute Allergic Contact Balanoposthitis** : هو داء نادر نسبياً . يحدث عند تطبيق بعض العلاجات الموضعية المحتوية على مواد محسسة في الحيز القلفي . وتعد المواد التالية مؤرجات بالتماس : مانعـات الحمـل ( السـواغ ، مبيدات النطـاف ) ، ومزيلات الرائحة ( السواغ ، المطهرات ) ، والمطهرات ( الفورمالدهيد Formaldehyde ، أسس الأمونيوم الرباعية ، الساليسيلانيليد Salicylanilide ، الهكساكلوروفين Hexachlorophen ) ، والأدوية ( الصادات ، السلفاميدات ) . تؤدي الأرجية بالتماس النـاجمة عن الرفال Condom ( مضـادات تأكسد المطاط ، مسـرعـات الفـلكنـة في الرفـال المطـاطي Vulcanization Accelerators ) والأرجيـة النـاجمة عن مبيـدات النطـاف لحدوث التهاب بالتماس في جلد القضيب .

**التهـاب الحشفـة والقلفة الخمجي الحاد Acute Infectious Balanoposthitis** : لا ينجـم هذا الالتهـاب أبداً عن سبب واحد فقط ، فهو يتطور عن الحالة المؤهبة المذكورة أعلاه . يحدث هذا الالتهاب بشكل مفاجيء ، فيسبب احمراراً التهابياً ووذمة ، وليس من النادر أن يسبب تضيق قلفة التهابي . ونتيجة للحدث النضحي الملحوظ يظهر وبشكل سريع مفرز قيحي مصفر . تكون الأعراض الشخصانية ( حس الحرق ) شديدة جداً .

ومن المهم أن نذكر أن التهاب الحشفة والقلفة الخمجي الحاد كثيراً ما يطلق عليه اسـم **التهاب الحشفـة والقلفة المرافق Concomitant balanoposthitis** ، وذلك لأنـه ينشـأ على أساس المفرزات المحتجزة في الحيز القلفي . وهناك عدة عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار مثل : اللخن ، والمفرزات المحتبسة ، والمفـرزات المهبـلية ، وتردي النظـافة الشخصيـة ، والتهـاب الإحليل الزهري واللا زهري . فالمفرزات الصادرة عن الإحليل تنتشـر في الحيز القـلفي فتسبب تعطن الظهـارة مؤهبـة بذلك لحدوث الأخماج .

قد يحدث التهـاب الحشفـة والقلفة المرافق وكذلك تضيق القـلفـة الالتهـابي في سيـاق الآفة الأولية للإفرنجي ، أو القرح

اللين ، أو سرطانة الناحية القلفية . هذا وينصح بإجراء استقصاء جرثومي .

**الإمراض** : ما زال بعض المؤلفين يعتبر **المغزلية Fusobacterium** ( الكائن الحي لـ Plaut – Vincent ) هي العامل الممرض لالتهاب الحشفة والقلفة الخمجي الحاد . يحتوي اللخن على نبيت جرثومي متنوع ، كما يحتوي أيضاً على عصيات اللخن . تتجمع هذه الجراثيم في القيح الناجم عن التهاب الحشفة ؛ كما يحتوي هذا القيح أيضاً على الملتويات Spirochetes ( الملتوية الحشفية Spirocheta balanitidis ، الملتوية الكاسرة للضوء Spirocheta Refringens ، الملتوية الرشيقة Spirocheta Celerima ) ، أو العنقوديات الإيجابية المخثرة ، أو العقديات ، أو الجراثيم السلبية الغرام . ويبدو أن الجراثيم السلبية الغرام وكائنات Plaut – Vincent هي المسؤولة عن التبدلات التآكلية والتقرحية خاصة . ويلعب الوسط الدافىء الرطب للحيز القلفي والأدواء التي تؤثر على سلامة الظهارة دوراً هاماً جداً في حدوث مثل هذه الآفات .

**السير** : لا تقتصر المظاهر السريرية في جميع الحالات على الاحمرار والتورم والإفراز المصلي القيحي . فقد تحدث تسحجات على اللجيم والتلم الإكليلاني خاصة ، وربما على الحشفة والغشاء القلفي الداخلي أيضاً . وتظهر هذه التسحجات خاصة في حالات تضيق القلفة وعند الخمج بكائن Plaut – Vincent أو بالجراثيم السلبية الغرام ؛ وسرعان ما تتحول هذه التسحجات إلى قرحات .

**التهاب الحشفة التقرحي Balanitis Ulcerosa** : يكون هذا الداء الحاد مؤلماً جداً ، ويجب الاهتمام به جيداً لأنه يمكن أن يترقى ويتطور ، فالتقرحات يمكن أن تصبح مواتية أو أكّالة Phagedenous .

**التهاب الحشفة المواتي الأكّال Balanitis Gangrenosa Phagedenica** : قد يسبب هذا الداء مواتاً حاداً في القضيب في غضون يوم أو يومين . وهذا الداء شائع عند السكريين ، وينجم عن مزيج من الجراثيم الحيوائية Aerobic واللا حيوائية Anaerobic . تترافق الأشكال الشديدة دائماً بتورم مؤلم متوسط الشدة في العقد اللمفية الناحية أو بالحمى .

**التشخيص التفريقي** : من المهم جداً في كل حالة التهاب حشفة حاد فحص كامل الحيز القلفي بغية تعيين العامل المسبب مثل : الآفة الأولية للإفرنجي ، أو قرحة القريح ، أو الحلأ البسيط ، أو الطفح الدوائي الثابت ... إلخ . وعند حدوث التهاب الحشفة التآكلي Balanitis Erosiva فإنه يجب التفكير بالقرح الإفرنجي التآكلي ، وعند حدوث التهاب الحشفة التقرحي Balanitis Ulcerosa فإنه يجب التفكير بالقرح اللين ( القريح ) . تكون التآكلات أو التقرحات في الحلأ البسيط مؤلمة ، متعددة الحلقات ، وتصطف في زمر أو مجموعات ، إلا أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث قرحة حلئية آكلة Herpes Phagedena .

**التهاب الحشفة والقلفة المزمن Chronic Balanoposthitis :**

هو داء متعدد السببيات ، وتنطبق عليه نفس الاعتبارات المرضية المتعلقة بالتهاب الحشفة والقلفة الحاد . ومع ذلك فإنه يجب التركيز على الأدواء التالية خاصة :

**التهاب الحشفة والقلفة السكري Balanoposthitis Diabetica :**

يحرض الداء السكري المزمن على حدوث تفاعلات التهابية خصوصاً في الأحياز المذحية وذلك بسبب ارتفاع تركيز الغلوكوز في الجلد . ويتحول هذا المذح في حال عدم الاعتناء بالنظافة الشخصية إلى التهاب حشفة وقلفة سكري مزمن . وهو تفاعل التهابي مترقٍ ( تحت حاد إلى مزمن ) ، يأخذ لوناً أحمر مغبراً على نحو مميز .

**التشخيص** : يُظهر الفحص المجهري وجود العديد من الجراثيم الممرضة أو **المبيضات البيض** . وفي حال ظهور طبقة بيضاء على التلم الإكليلاني أو على حشفة القضيب فإن ذلك يوحي بالإصابة بالمبيضات ( التهاب الحشفة والقلفة بالمبيضات ) .

**التهاب الحشفة والقلفة بفطور الميضات Balanoposthitis Candidomycetica** : أصبح **التهاب الحشفة والقلفة بالميضات** شائعاً جداً في السنوات الأخيرة . وهو لا يحدث عند السكريين فقط بل أيضاً عند الشباب الذين تصاب شريكاتهم بشكل متكرر بأخماج مهبلية بالمبيضات نتيجة تعاطيهن مانعات الحمل الهرمونية لفترة طويلة من الزمن ( التهاب المهبل بالمبيضات ) ، إذ أن الخمج المهبلي بالمبيضات يمكن أن ينتقل أثناء الجماع ( انظر أيضاً مبحث ٨٣٨ ) . وعند التحدث عن هذا الالتهاب فإنه يجب أيضاً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية وجود خمج بالحمة HIV .

والعوامل المعززة لحدوث التهاب الحشفة والقلفة بالمبيضات هي :

- تضيق القلفة وعدم الاعتناء بنظافة المنطقة التناسلية .
- إصابة الحيز القلفي بداء التهابي .
- النجيج الإحليلي .
- الأدواء المستبطنة مثل : الداء السكري ، والنقرس ، والبيلة الأكسالية Oxaluria ، وابيضاض الدم ، والعوز المناعي ، وخاصة ذلك الناجم عن الحمة HIV .

- استعمال الستيروئيدات الموضعية لفترة زمنية طويلة جداً .
- المعالجة الجهازية الطويلة الأمد بالستيرويدات القشرية أو بموقفات النمو الخلوي Cytostatics .

**الموجودات السريرية** : يمكن تشخيص التهاب الحشفة والقلفة المزمن بسهولة لدى رؤية الوسوف البيضاء النموذجية أو الطويقية الشكل Collarette ؛ أو لدى مشاهدة الآفات المحمرة المستورة بطبقات من السلاق التي تأخذ لون اللبن المقشود . ومع ذلك فإنه يجب البحث عن التظاهرات الأخرى لهذا الخمج كالمذح بفطور المبيضات أو داء المبيضات المعوي .

**التشخيص** : يمكن كشف الأفاطير الكاذبة Pseudomycelia والأبواغ Spores في محضرات هيدروكسيد البوتاسيوم KOH ، كما تبدي المزارع نمو **المبيضات البيض** . هذا وينصح بإجراء زرع لعينات من البراز لتشخيص داء المبيضات المعوي .

**المعالجة** : يجب أن يؤثر العلاج بشكل إيجابي على الأخماج المتوضعة في الحيز القلفي المذحي الدافىء الرطب ، وعلى التفاعلات الالتهابية بطرزها المختلفة . وبما أن الحيز القلفي يملك خصائص تشريحية ووظيفية معينة تجعله عرضة للأخماج ، فإنه ينصح بإجراء عملية الختان عند الأطفال ، إضافة إلى أن سرطانة القضيب تحدث بصورة نادرة عند الأشخاص المختونين ( اليهود والمسلمين ) .

*المعالجة الجهازية :* تكون المعالجة الجهازية ضرورية فقط في التهاب الحشفة والقلفة الخمجي الناجم عن الجراثيم ، أو الحليزنات المغزلية Fusospirilla ، أو المفطورات Mycoplasms ، أو المشعرات ، ويتوقف اختيار العلاج على نوع العامل الممرض المكتشف . ويفضل عند الضرورة إجراء اختبارات التحسس والمقاومة على الصادات .

*المعالجة الموضعية :* تكفي المعالجة الموضعية في حالات التهاب الحشفة والقلفة الخفيفة .

يجب منع جميع التدابير العلاجية التي تعزز من احتباس المفرزات في الحيز القلفي وحدوث التعطن . كما يجب عدم استعمال الصادات ومضادات الفطارات ضمن سواغات شحمية ( المراهم الدسمة ، مستحلبات الماء في الزيت ) ، بل تستعمل ضمن رهيمات أقل شحمية ( مستحلبات الزيت في الماء ) ، أو ضمن دهونات أو ذرورات ( مساحيق ) . يساعد غرز قطعة من الشاش ( طويلة وضيقة ) ، بعد لفها مرة واحدة فوق الحشفة ، على امتصاص المفرزات . في التهاب الحشفة الإتكالي أو القرحي الشديد ، من الضروري تطبيق العلاجات الرطبة أولاً ، حيث تجرى حمامات يومية ( بعد رد القلفة إلى الوراء ) مضاف إليها بعض المحاليل المطهرة مثل ٨ - كينولين سلفات quinolin sulfat - 8 ( بتركيز $\frac{١}{١٠٠٠}$ ) ، أو محلول برمنغنات البوتاسيوم المدد جداً ، وبحيث يعاد ترطيب الضمادات المطبقة على القلفة المرتدة كل ساعتين أو ثلاث ساعات . كما أن بعض الملونات مثل بنفسجية الجنسيان Gentian Violet ( محلول مائي بتركيز ٠,١٪ - ٠,٥٪ ) يمكن أن تكون مفيدة . تطبق الدهونات أو الرهيمات المحتوية على القشرانيات السكرية والصادات بطبقات رقيقة جداً وذلك بواسطة قطع من الشاش أو الموسلين تغرز في المنطقة .

تعالج أخماج **المبيضات البيض** بالنستاتين ، أو البيماريسين Pimaricin ، أو الأمفوتريسين ب Amphotericin B ، أو المضادات الفطرية الواسعة الطيف وذلك ضمن ذرورات أو رهيمات ، وعندما يشفى التآكل تطبق المعالجة الجافة . تنظف المنطقة بعد رد القلفة إلى الوراء بالماء الدافىء ، ثم يجفف كامل الحيز القلفي بما فيه الغشاء القلفي الداخلي ، وتعفر المنطقة بذرور الجسم Body Powder ، أو بغالات البزموت Bismuth gallate ، أو بحمض التنيك ( حمض الدبغ ) Tannin . ثم تغرز شريطة من الشاش .تكرر هذه الإجراءات العلاجية بعد كل عملية تبول . هذا ولا بد من التقيد دوماً بالمبادىء الرئيسية لعملية تصريف الحيز القلفي . وفي حال حدوث النكس بشكل متكرر فإنه يجب التفكير بإجراء عملية الختان .

## التهاب الحشفة التآكلي المتحلق Balanitis Erosiva Circinata [ Bataille و Berdal ١٨٨٩ ] :

**التعريف** : هو التهاب حشفة مزمن ، يمكن أن يحدث عفوياً ، وقد يحدث بشكل جاف كعلامة لداء ريتر Reiter .

**الحدوث** : نادر جداً . يشاهد عند الشباب وعند الذين لديهم تضيق قلفي .

**الإمراض** : على ما يبدو ، ينجم الشكل العفوي من الداء عن خمج جرثومي أو خمج بالمبيضات البيض . أما الحالات المرافقة لداء ريتر فإنها يمكن أن تكون صدافية الشكل : التهاب الحشفة المتحلق الخطلي التقرن أو الجاف Balanitis Circinata Parakeratotica or Sicca . وفي كلا نمطي الداء ، قد يكون هناك ترافق مع HLA B27 .

**الموجودات السريرية** : في بادىء الأمر ، تظهر في الحيز القلفي بقع صغيرة بحجم رأس الدبوس ذات لون أبيض ضارب إلى الرمادي ، تتحول بدورها إلى تآكلات مدورة صغيرة ذات لون أحمر لحمي مع حواف رمادية اللون . تتوسع هذه الآفات الواضحة الحدود في جميع الاتجاهات ، وتندمج لتشكل سطوحاً تآكلية جغرافية غريبة الشكل تحاط من جميع جوانبها بحواف

ظهـارية بيضـاء ( انظر الشكل ٣٤ – ٧ ) . تبدأ التظاهرات السـريرية في التـلم الإكليـلاني غالبـاً ، ثم تنتشـر فوق حشفـة القضيب والغشـاء القلفي الداخلي . أما ناحية الحشفة المحيطة بالإحليل فإنها تبقى سليمة غالباً . وفي حال حصول وذمة قلفية التهابية فقد يحدث تضيق قلفة التهابي .

**الأعراض** : يترافق هذا الداء بحكة مزعجة أو بحس حرق .

**السـير** : تحت حاد أو مزمن . أما التهـاب الحشفـة التـآكلي المتحلق المرافق لداء ريتر فإنه يحدث بشكل عابر عادة .

**التشخيص التفريقي** : يجب البحث عن علامات داء ريتر . كما يجب نفي التهاب الحشفة والقلفة الناجم عن فطور المبيضات .

**المعالجة** : تطبق المعالجة المجففة ( شريطة من الشاش ، ذرور ) . ويمكن غالباً استعمال الهدروكرتيزون بوتيرات أو بردنيكربات Hydrocortisone Butyrate or Prednicarbate ، أو غيرها من المستحضرات الستيرويدية القشرية الموضعية الخفيضة القدرة لفترة قصيرة من الزمن .

## التهـاب الحشفـة والقـلفـة المزمن المحدد السـليم بالخلايا المصورية Balanoposthitis Chronica Circumscripta Benigna Plasmacellularis [ Zoon ١٩٥٠ ] :

**تعريف** : يحدث هذا الداء عند المتقدمين في السن ، ويتميز بوجود آفات محددة ، مزمنة ، مجهولة السبب ، تتوضع في الحيز القلفي ، وتترافق بالتهاب غني بالخلايا المصورية .

**الحدوث** : نادر ، وهو يحدث بصورة رئيسية عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ – ٨٠ سنة .

**الإمراض** : السببيـات مجهـولة . اتهمت عوامـل عدة كالداء السـكـري في تسـريع حدوث هذا الالتهـاب . إلا أنـه من الضروري استبعاد الأخماج الجرثومية . والشيء النمطي في هذا الداء هو احتواء الرشاحة الخلوية الالتهابية على عدد كبير من الخلايا المصورية .

**الموجودات السـريرية** : الآفات عبـارة عن لويحات واضحـة الحدود ، تتوضع على الحشفـة أو الغشـاء القلفي ، لونها أحمر بني ، ومظهرها لامع كالورنيش . ( انظر الشكل ٣٤ – ٨ ) . وباللجوء إلى المعاينة بالشفوفية Diascopy ، فإنه غالباً ما تظهر نزوف حبريـة منقطـة . أمـا التبـدلات الالتهـابيـة الشـديـدة والمفرزات القيحيـة فإنها لا تلاحظ في سياق هذا الداء أبداً . تحدث هذه الحالة أيضـاً على الفرج ( التهاب الفرج بالخلايا المصـوريـة ) ، والخدين (Pareiitis Plasmacellularis) ، والحنـك العظمي ( التهـاب الحنك بـالخـلايـا المصـوريـة ) ، والملتحمة ( التهاب الملتحمة بالخلايا المصورية ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البشرة رقيقة في الآفات ، وتلاحظ في الأدمة العـلوية المظـاهر التـاليـة : شعيرات دموية متوسعـة ، ورشـاحة التهابية غنية بالخلايا المصورية ، ونزوف صغيرة جداً ، وترسب الهيموسيدرين Hemosiderin .

**السير** : يسير هذا الداء بصورة مزمنة إذا لم تعالج الآفات . ومع ذلك فـإن إنـذاره جيـد لأنـه لا يعـد من الحـالات المحتمـلة التسرطن ، حيث لم يعرف عن تحول أية حالة منه إلى سرطانة القضيب .

**التشخيص التفريقي** : من المهـم تفريق هذا الداء عن التنسج الأحمر لكيرات Erythroplasia of Queyrat الذي يعد من الحـالات المحتمـلة التسـرطن . فالحالة الأخيرة تتصف بسطح حبيبي ناعم ، ولون أحمر لماع ، ومع ذلك فإنه ينصح بإجراء خزعة جلدية في الحالات المشكوك بها .

**المعـالجة** : يمكن تجريب العـلاجـات المـوضعيـة المحتوية على القشرانيات السكرية ، حيث تطبق الرهيمات لفترة زمنية قصيرة ( كن حذراً من التأثيرات الجانبية للستيرويدات ) .ومن التدابير النافعة أيضاً غسل المنطقة يومياً بحمامات برمنغنات البوتاسيوم . ومن ناحية أخرى يجب الاعتناء جيداً بنظافة المنطقة التناسلية .

## التهاب الحشفة التقرني والظهارومي الكاذب Balanitis Keratotica et Pseudoepitheliomatosa [ Lortat – Jacob و Civatte ١٩٦١ ] :

**الإمراض** : من المحتمـل أن يكون هذا الداء سـرطان كاذب Pseudo – Cancerosis ، نظـراً لأنـه ورام حليمي جلدي سرطاوي Papillomatosis Cutis Carcinoides يتوضع على حشفة القضيب وينشأ كاستجابة نسيجية للخمج . هذا ولقد تم اقتراح الحمة الحليمومية الإنسانية كعامل مسبب لهذا الداء .

**الموجودات السريرية** : يعد هذا الداء شكلاً سريرياً نادراً جداً من التهاب الحشفة الضموري ، حيث يلاحظ تشكل جلبات لماعة وكتل متقرنة على حشفة القضيب .

**التشريح المرضي النسجي** : يلاحظ وجود فرط تقرن جسيم ( كتلي ) مع فرط تنسج ظهاري ظهارومي كاذب .

**السير** : يسير الداء بشكل مُرْضٍ لعدة سنوات .

**التشخيص التفريقي** : سرطانة القضيب واللقموم المؤنف من نمط بوشكة – لوفنشتاين Buschke – Löwenstein .

**المعالجة** : لا يكفي الختان وحدة لحدوث الشفاء . يمكن تجريب المكواة الكهربائيـة Electrocautery أو الليزر Laser ( ليزر ثـاني أكسـيـد الكـربـون $CO_2$ ، ليزر النيوديميـوم – يـاغ Neodymium – YAG ) . كما يمكن استئصال الآفة بشكل

وسع ثم تعويض الجلد المستأصل بالجلد القلفي المستأصل في عمر نوقت بعملية الختان .

**التهاب الحشفة الجاف المسد Balanitis Xerotica Obliterans** [ Stühmer ١٩٢٨ ] :

**التعريف** : لوحظ هذا الداء من قبل Stühmer كاختلاط تال لعملية ختان أجريت في فترة البلوغ الباكرة . ولكن ليس هناك أي داع لاعتبار هذا الداء كينونة مرضية مستقلة ، فهو والحزاز التصلبي الضموري الذي يصيب الحشفة والقلفة يمكن اعتبارهما شيئاً واحداً .

**لطع القضيب Kraurosis Penis** :

على الرغم من أن بعض المؤلفين ما زال يفترض وجود لطع القضيب الأولية كداء مستقل ، فإننا مع الرأي القائل بأن لطع القضيب ليس إلا المرحلة الأخيرة من **الحزاز التصلبي الضموري** الذي يقتصر في تواجده على الحشفة والغشاء القلفي الداخلي والذي يؤدي لحدوث انكماش وتضيق في صماخ الإحليل . وتدعم الصورة النسجية وجهة نظرنا هذه .

**الحطاط البوفاني التناسلي Bowenoid Genital Papulosis** [ Berger ١٩٧٨ ؛ Katz و Posalaky و Mc Ginley ١٩٧٨ ] :

*مترادفات :* حطاطات القضيب المصطبغة ، الحطاطات البوفنانية التناسلية .

**التعريف** : حطاطات مسطحة مصطبغة ، تتوضع على القضيب عند الرجال الصغار السن ، وتبدي مقاطعها النسجية تبدلات شبيهة بالسرطانة اللابدة In Situ ( داء بوفن ) ناجمة عن الحمة الحليمومية الإنسانية . هذا ولقد تم وصف هذه الحطاطات في السابق كآفات شبيهة بالحزاز المسطح .

**الحدوث** : ليس نادراً عند الرجال الصغار السن .

**الإمراض** : مجهول ، ويشتبه بالخمج الحموي ، فقد شوهدت الجزيئات الحموية الحليمومية التابعة للحمات الحليمومية الإنسانية من الأنماط ١٦ و ١٨ في آفات هذا الداء بواسطة التهجين في موضعه In Situ Hybridizatioin . والشيء الذي يسترعي الانتباه هو حدوث هذه التبدلات السرطانية اللابدة بشكل شائع في النواحي التناسلية عند كل من الرجال والنساء خاصة عند المعوزين مناعياً (HIV) .

**الموجودات السريرية** : تظهر على جسم القضيب حطاطات بنية مصطبغة ، معزولة أو متجمعة ، تشبه التقرانات المثية الصغيرة الحجم ( انظر الشكل ٣٤ ـ ١٠ ) . تحدث هذه الآفات على الفرج أيضاً ، وتدعى **حطاطات الفرج المصطبغة** ( انظر الشكل ٣٤ ـ ٩ ) . ولقد شاهدنا آفات توضعت على الفخذ وأسفل البطن .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث في البشرة تبدلات شبيهة بالسرطانة اللابدة In Situ : تكاثر الخلايا اللانمطية ، وحدوث خلل التقرن Dyskeratosis ومن الشائع حدوث تبدلات شبيهة بداء بوفن تترافق في الغالب بتوضع غزير للملانين في كل من الظهارة والطبقة الحليمية Stratum Papillare . تشاهد في الأدمة الحليمية رشاحة التهابية شريطية من نمط الحزاز المسطح .

**السير** : يتراجع الداء بشكل عفوي غالباً ، إلا أنه من الممكن أن يتحول إلى سرطانة القضيب .

**التشخيص** : توحي الحطاطات الثؤلولية الشكل الشبيهة بالتقرانات المثية المتوضعة على القضيب عند الرجال الصغار السن بالتشخيص سريرياً . كما يمكن الاعتماد على الخزعة النسجية . وعند الضرورة يمكن إجراء التهجين في موضعه لتعيين نمط الحمة الحليمومية الإنسانية .

**التشخيص التفريقي** :التقران المثي ( نادر عند الرجال الصغار السن ) ، والوحمات البشروية اللينة ، ووحمات الخلايا الوحمية الحليمومية المصطبغة . ومما لا شك فيه فإن الداء الموصوف سابقاً تحت اسم الحطاطات البوفنانية المتعددة على القضيب أو

**الجدول ٣٤ ـ ١ : سرطانة القضيب اللابدة In Sutu**

| الداء | الصورة السريرية | الموضع | النسجيات |
|---|---|---|---|
| حطاطات القضيب المصطبغة (PPP) | حطاطات مسطحة مصطبغة | جسم القضيب | سرطانة لابدة |
| داء بوفن | آفات وسفية حمراء | جسم القضيب | سرطانة لابدة |
| التنسج الأحمر ( داء كيرات Queyrat ) | آفة رطبة حمراء | الحشفة القلفة | سرطانة لابدة |
| الطلوان Leukoplakia | آفة بيضاء | الحشفة القلفة | ثدن Dysplasia أو سرطانة لابدة |
| الحطاط البوفناني التناسلي | حطاطات حزازانية | الحشفة القلفة | سرطانة لابدة |

الفرج Kopf و Bart ١٩٧٠ ) يتطابق مع تبدلات هذا الداء .

**المعالجة** : محافظة ، حيث تراقب الآفات بعد التأكد من تشخيصها بالتشريح المرضي النسجي . وبالمقابل يمكن اللجوء إلى المعالجة بالإجتثاث Ablation و/أو المعالجة الموقفة لنمو الخلايا Cytostatic ( تطلى الآفات بصبغة البودوفيللين Podophyllin أو يطبق الـ ٥ – فلورويوراسيل – 5 Fluorouracil موضعياً ) . كما يمكن استخدام الليزر سواء لوحده أو بالمشاركة مع الإنترفرون ألفا . هذا ومن الضروري القيام بفحوصات متابعة منتظمة .

### الموات الحاد لأعضاء التناسل عند الذكر Acute Gangrene of the Male Genitalia [ Fournier ١٨٨٣ ] :

*المرادف* : موات فورنييه Fournier .

**التعريف** : التهاب خمجي مواتي حاد ، يحدث انحلالاً نخرياً في القضيب والصفن خلال فترة قصيرة جداً .

**الحدوث** : نادر جداً ،، وهو شائع أكثر عند الرجال الصغار السن ، وله علاقة بالرضح .

**الإمراض** : ما زال السبب الحقيقي لهذا الداء مجهولاً . تم إظهار عدة كائنات حية مختلفة مثل : الحليزنة المغزلية Fusospirillum ، والزائفة الزنجارية Pseudomonas aeruginosa ، وجراثيم الخناقاني Diphtheroid . يفترض بعض المؤلفين أن هذا الداء المداهم Fulminating هو حمرة مواتية ، لأنه يمكن إظهار الكثير من العقديات في الأشلاء الخلوية ، كما يمكن أن تحدث إصابة فلغمونية Phlegmonous في جدار البطن . وعلى ما يبدو فإن الحمرة على القضيب كثيراً ما تصبح مواتية . ولتفسير الترقي السريع لهذا الداء فقد افترض حدوث انسداد وعائي . أما علاقة هذا الداء بعوز البروتين C فأمر مشكوك فيه وموضع تساؤل .

**الموجودات السريرية** : يختلف هذا الداء من الناحية السريرية عن التهاب الحشفة المواتي . وعلى ما يبدو فإنه يحدث من الناحية الظاهرية عفوياً ، إلا أنه من الممكن أن ينشأ من سحجة غير مرئية . تحدث بشكل فجائي وذمة التهابية لماعة على القضيب والصفن تترافق بحمى عالية ونوافض . وتمتد آفات القضيب الأسود المزرق المواتي المحتقن أو اللويحات الضاربة للبياض بطريقة تشبه القرحة الآكلة Phagedena . وقد يتخرب جلد القضيب في يوم واحد فقط ، كما قد تتلف الأجسام الكهفية وجلد الصفن . وأخيراً يتحول القضيب والصفن إلى أشلاء نسيجية متفتتة مميعة مغثة ، وقد تتكشف الخصيتان . هذا ومن النادر أن يحدث خثار شرياني . وفي بعض الأحيان يمكن أن يمتد الداء إلى الطرفين السفليين أيضاً .

**السير** : تأخذ بعض الحالات سيراً مميتاً ؛ وفي حالات أخرى يمكن أن تتلاشى الأعراض خلال أسبوع واحد حيث يحدث التندب في الأجزاء المتخربة من الأعضاء .

**التشخيص التفريقي** : يبدأ التهاب الحشفة المواتي الأكال بصورة رئيسية كالتهاب حشفة اتكالي حاد ، ويتطور على الأرجح إلى التهاب الحشفة المواتي أو الأكال بسبب داء الحليزنات المغزلية Fusospirillosis أو الخمج الثانوي .

**المعالجة** : يجب الشروع في العلاج فوراً وينبغي أن يكون شاملاً . ومن الضروري عدم انتظار نتيجة التحسس الجرثومي ، بل إنما البدء فوراً بإعطاء جرعات عالية من الصادات الواسعة الطيف ( الجنتاميسين ، السيفالوسبورينات ، البنسلينات المقاومة للبنسليناز ) إضافة إلى المسكنات ، مع مراقبة الدوران ؛ وبذلك تكون فرص النجاح جيدة . ينصح البعض أيضاً إضافة لما سبق بإزالة الأنسجة المتموتة بشكل كامل عن طريق الجراحة الكهربائية ، ولكن من تجربتنا الخاصة في هذا المجال فإننا لا نعتبر ذلك ضرورياً .

### النخر بالديكوالينيوم والكلوركينالدول Dequalinium and Chlorquinaldol Necrosis [ Wilkinson ١٩٦٣ ] :

**التعريف** : تقرح ناخر ينجم عن تطبيق المستحضرات الموضعية المحتوية على الستيرويدات القشرية والديكوالينيوم Dequalinium أو الكلوركينالدول Chlorquinaldol ( كمطهرات ) في الحيز القلفي خاصة ، وكذلك في أحياز مذحية أخرى كالفرج مثلاً .

**الحدوث** : نادر ، ويمكن أن يحدث عند جميع فئات الأعمار . وعلى الأرجح فإن حوادث تنخر حشفة القضيب بالديكوالينيوم هي أكثر شيوعاً مما سجل في الأدب الطبي .

**الإمراض** : كان معظم المرضى المصابين بهذا الداء يستعملون علاجات موضعية لأدواء أخرى تحتوي على مواد مطهرة إضافية هي الديكوالينيوم أو الكلوركينالدول . فالأول هو : [1,10 – bis – (4 – amino – 2 – Methylquinolinium) – decane] أو : 1,10 – bis – (4 – amion – quinaldinium) – decane وذلك بشكل أسيتات أو كلوريد . والثاني هو ك – 8 – (5.7 – dichlor hydroxyquinaldine) وكان معظم المرضى يستعملون مستحضرات القشرانيات السكرية الموضعية المضافة إليها هذه المواد المطهرة فترة طويلة من الزمن . ولذا يبدو أن التأثير المتزامن

القشريات السكرية وهذه المواد المطهرة ( الديكوالينيوم أو الكلوركينالدول ) على الحيز القلفي هو الذي يؤدي لظهور التفاعل السمي لهذه المواد . ولا تعد هذه الحالة من الأرجيات التماسية .

**الموجودات السريرية** : العلامة النمطية في هذا الداء هي الهبرية البيضاء White Scurf . تحدث على حشفة القضيب أو الغشاء القلفي الداخلي تبدلات نخرية وتقرحية وذلك بعد علاج التهاب الحشفة المزمن لفترة طويلة من الزمن بالمستحضرات الموضعية المحتوية على القشرانيات السكرية والديكوالينيوم أو الكلوركينالدول . يكون النسج المتنخر مميزاً بلونه الأبيض وينفصل عن الأنسجة المحيطة بحافة التهابية ضيقة ( انظر الشكل ٣٤ – ١١ ) . تغيب التفاعلات الالتهابية الشديدة ، ولا يحدث تورم في العقد اللمفية الناحية .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي المقاطع النسجية مظاهر النخر التخثري Coagulation Necrosis ، ويترافق ذلك بتفاعل التهابي .

**السير** : يحدث الشفاء بصورة بطيئة وذلك بعد عدة أسابيع من التوقف عن استعمال تلك المستحضرات المحتوية على القشرانيات السكرية والديكوالينيوم أو الكلوركينالدول .

**التشخيص التفريقي** : العلامة السريرية النموذجية جداً لهذا الداء هي الهبرية البيضاء White Scurf . تكون الآفات القلاعية متقرحة ، صفراء اللون ، ومؤلمة . يتصف التهاب الحشفة الثانوي أو التقرحي المرافق لداء الحليزيات المغزلية Fusospirillosis بسير حاد أكثر . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الآكلة ( قرحة الاستلقاء ) التي تحدث عند الرجال المسنين المصابين بالداء السكري ، وكذلك الأذيات المفتعلة ( المحدثة ذاتياً ) . يجب أن لا تلتبس الصورة السريرية مع قرحة الإفرنجي الأولي وقرحة القريح . كما يجب الأخذ بعين الاعتبار السل الفطري ، والجلد المقروح Ulcerosa Cutis ، والسرطانة الشوكية الخلايا .

**المعالجة** : تقتصر على الإجراءات الموضعية . تطبق في بادىء الأمر الضمادات الرطبة ويستعمل المحلول الملحي الفيزيولوجي . ثم تعالج الآفات بعد ذلك لتسريع حدوث الالتئام ، مع ترك شريطة من الشاش في الحيز القلفي . ولجعل المعالجة الموضعية السابقة الذكر سهلة فإنه غالباً ما تكون عملية الختان ضرورية .

## إرشادات عامة لتشخيص أدواء الحيز القلفي الأخرى :

من غير المناسب في هذا الموضع أن نقدم شرحاً مفصلاً لجميع الآفات التي تصيب الحيز القلفي سواء كانت أعراضاً لأدواء جلدية في أماكن أخرى أو تظاهرات سريرية وحيدة لأدواء جلدية معينة . والملخص التالي سوف يعين على إجراء التشخيص التفريقي . إلا أنه في الحالات المشكوك بها فإنه من الضروري إجراء الخزعة النسجية دوماً .

يجب أن يوجه التشخيص التفريقي السريري نحو العلامات الشكلية الرئيسية التي يمكن تصنيفها كما يلي :

*التبقعات البيض Leukoplakias* : أدواء من مظاهرها السريرية الرئيسية ظهور بقع بيضاء مزمنة على الحشفة أو الغشاء القلفي الداخلي .

*التبقعات الحمر Erthroplakias* : أدواء تظهر فيها بقع محمرة مزمنة على الحشفة أو الغشاء القلفي الداخلي .

*التبقعات السود Melanoplakias* : بقع مسودة مزمنة تتوضع على الحشفة أو الغشاء القلفي الداخلي .

وتعد الأدواء التالية الأكثر تواتراً في التشخيص التفريقي :

*التبقع الأبيض Leukoplakia* :

- الطلوان كحالة محتملة التسرطن .
- الحزاز التصلبي والضموري .
- التهاب الحشفة بفطور المبيضات .
- داء بوفن ( النمط المتقرن ) .
- الحزاز المسطح .
- الصداف الشائع ( عند المختونين ) .
- الذأب الحمامي ( القريصي ) .

*التبقع الأحمر Erythroplakia* :

- التنسج الأحمر Erythroplasia ( داء كيرات Queyrat ) .
- داء بوفن .
- الحطاطات التناسلية البوفنانية .
- سرطانة القضيب البدئية .
- الصداف الشائع ( في تضيق القلفة ) .
- الطفح الدوائي الثابت .
- الحزاز المسطح .
- التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد السليم بالخلايا المصورية .
- التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد .

*التبقع الأسود Melanoplakia* :

- وحمة الخلايا الوحمية الصباغية .
- الشامة الوحمانية Nevoid Lentigo .
- الوحمة الزرقاء .
- الوعاؤوم الدموي المخثور Thrombosed Hemangioma .
- الملانوم الخبيث .

# الفصل الخامس والثلاثون

# اضطرابات أعضـاء التناسـل الظاهرة عند الأنثى

# Disorders of the Female External Genitalia

د . عبد الحكيم عبد المعطي

يشـكـل **الشفران الكبـيران Labia Majora** عند الأنثى الحدود الفاصلة بين أعضاء التناسل الظاهرة والجلد الطبيعي . ولهذين الشفرين بنية الجلد الطبيعي على سطحيهما الخارجيين ، إلا أنهما يحتويان على أنسجة دهنية جيدة النمو وأنسجة ضامة رخوة ، وهذا يفسـر تورمهمـا الوذمي السـريع في سيـاق التفـاعلات الالتهـابيـة ، ويكون الجلد المبطن لهذين الشفرين أملس رطباً مندمجاً مع الغشاء المخاطي . أما لواحق الجلد كالغدد الزهميـة المرتبطة بالجريبات الشعرية والغدد العرقية الناتحة فإنها توجد على السطحين الخارجيين للشفرين الكبيرين فقط ، بينما لا يحتوي سطحاهما الداخليان إلا على غدد زهمية حرة تتوضع على **الشـفرين الصغيرين Labia Minora** أيضـاً ، وبأعداد كبيرة أحياناً . وقد تقوم الأنثى باستشارة طبيبها للاستفسار عن تلك الحطـاطات الزهميـة التي اكتشفتها بعد معاينة دقيقة . أما الغدد العرقية المفترزة فإنها تنتشر بأعداد كبيرة جداً ، وخاصة في منطقـة الركـب ( جبـل العـانة ) Mons Pubis والشفرين الكبـيرين ، وتشكل أسـاس داء باجت Paget خارج الثدي الذي يمكن أن يحدث في هذه الأماكن . تتوضع **غدة برتولين Bartholin** ( واحدة في كل جانب ) في الثلث السفلي لباطن الشفر الصغير ، وقد تصـاب هذه الغدة في سياق السيلان أو الأخماج الجرثومية الأخرى ( العنقودية الذهبية ) . **يُبْطَّن المهبل** بطبقـات عدة من الظهـارة الوسفيـة المطبقـة ، ويكون باهاء (PH) سطحه حمضياً ( ٤,٨ – ٥ ٪ ) .

تنتج الأغشيـة المخاطيـة لمدخل المهبـل مفرزاً فيزيولوجيـاً ، ويتحول هذا المفرز إلى نجيج مرضي بسهولة . وقد يؤدي تماس المفرزات مع سطح الجلد ، بالإضافة إلى الاحتكاك الناجم عن الثياب والحكة ، إلى حدوث تبدلات التهابية سريعة تبدي جميع خصائص المذح .

## الاضطرابات الولادية Congenital Disorders :

### الغـدد الزهميـة المغـايرة المـوضع Heterotopic Sebaceous Glands :

هي غدد زهميـة حرة ، ذات لون ضـارب إلى الصفرة ، تتوضع على الشفرين الصغيرين والسطحين الداخليين للشفرين الكبيرين غالباً ، ويمكن رؤيتها بوضوح بمط الأغشية المخاطية . تمثل هذه الغدد الحرة موجودات طبيعية وتماثل بقع فورديس Fordyce التي تظهر على الغشاء المخاطي الفموي .

## التهاب الفرج والمهبل Vulvovaginitis :

### التهـاب الفرج والمهبـل عند البـالغات Vulvovaginitis Adultorum :

*المرادف :* Vulvovaginitis of Adults .

**التعريف** : يطلق تعبير التهـاب الفرج والمهبل على التبدلات الالتهـابيـة التي تصيب كلاً من الفرج والمهبـل . وينجـم هذا الالتهاب عن أسباب متنوعة .

**الحدوث** : التهاب المهبل شـائع جداً ، ومع ذلك فإنه لا يميز دائماً ، لأن التحول من المفرزات الفيزيولوجية إلى التهاب المهبل بشكليه الخمجي واللا خمجي لا يمكن تحديده بوضوح .

**الإمراض** : التهاب المهبل هو الإصابة الأولية عادة ، وقد ينجم عن أسبـاب متنوعة . والسببان الأكثر شيوعاً **لالتهاب الفرج والمهبل عند القاصرات هما** : السيلان ، والأجسام الغريبة ( يتم الاستقصـاء عنهـا بحذر بـاستخـدام مسبـار زري Button Probe ، أو تكشف بالتصوير الشعاعي ) ؛ أما عند البالغات فأكثر الأسباب شيوعاً هو النجيج المهبلي الناجم عن السيلان أو الأخماج بالعوامل الممرضة التالية : المشعرة Trichomonas ، والمبيضـة البيضـاء ، والمتـدثرة ، والغـاردنيريلة المهبـلية Gardnerella Vaginalis ، والمفطـورات ، و العقديات ، و العـنـقـوديـات . كما يجب أن نعـير اهتمامـاً للثر الأبيـض Leukorrhea الناجم عن الاضطرابات الصماوية .

وندرج فيما يلي الأسباب الممكنة لالتهاب الفرج والمهبل :

*الأخماج :*

- السيلان .
- داء المبيضات .

*الغاردنيريلة المهبلية :*

- داء المشعرات .
- الإفرنجي ( الآفة الأولية ) .
- العقديات أو العنقوديات .

- حمت .
- جرثيم سبية الغرام .
- داء الأقصور Oxyuriasis .
- خمج بالمتوية المغزلية .
- تمرن .

أسباب أخرى :
- الاضطرابات الصماوية : الداء السكري .
- تعلات التماسية الأرجية .
- الإصابات المحدثة ذاتياً : الأجسام الغريبة .
- ورم المهبل أو عنق الرحم .

قد تسبب المفرزات المهبلية في حال ازديادها تهييجاً التهابياً في الفرج ( التهاب الفرج ) . كما يمكن أن تسبب المعالجات المطبقة على هذه المنطقة تهييجاً أو أرجاً ثانوياً بالتماس مما يحول دون حدوث الشفاء حتى عند خمود التهاب المهبل . هذا وكثيراً ما تهيء ظروف الرطوبة والدفء المترافقة بتعطن الفرج حدوث **أخماج ثانوية** مثل : الحلأ البسيط ، واللقموم المؤنف ، وتقيح الجلد .

**الموجودات السريرية** : تماثل الآفات السريرية لالتهاب الفرج والمهبل تلك الموجودة في التهاب الحشفة والقلفة المزمن . ويلاحظ بالفحص السريري احمرار المخاطية المهبلية وتورمها أحياناً . وظهور مفرزات مهبلية . ويمتد هذا الاحمرار الالتهابي منتشر وكذلك التورم إلى مناطق التماس الداخلية للشفرين الكبيرين ، وإلى الشفرين الصغيرين ومدخل المهبل . تكتمل الصورة السريرية بظهور التآكلات والمفرزات القيحية ، وتكرر حدوث المذح الحاك حول أعضاء التناسل ، إلا أن شدة هذه العلامات تختلف اختلافاً جوهرياً من امرأة لأخرى .

تكون أعضاء التناسل الظاهرة عند الأنثى عرضة لآفات التهابية تقرحية أو مواتية ، ومثال ذلك : التهاب الفرج التقرحي والتهاب الفرج المواتي ، وتماثل الآفات التقرحية والمواتية تلك التي تصيب حشفة القضيب وسطح القلفة المصاقب Apposed للحشفة ( راجع بحث التهاب الحشفة والقلفة التقرحي والمواتي ، الفصل ٣٤ ) .

**الأعراض** :يمكن لالتهاب الفرج والمهبل عند البالغات أن يسبب حكة وألماً شديدين إلى حد كبير .

**السير** : يختلف السير كثيراً باختلاف العامل المسبب . فالتهاب الفرج والمهبل الحاد يوحي بالإصابة بخمج حاد أو بأرجية تماسية . بينما ينجم التهاب الفرج والمهبل المزمن على الأرجح عن التهاب الفرج المسبب بالثر الأبيض المزمن .

**التشخيص التفريقي** : بما أن التهاب الفرج والمهبل يمكن أن ينجم عن أسباب متنوعة ، فإنه من الضروري جداً أخذ قصة سريرية دقيقة وإجراء ما يلزم من فحوصات مخبرية ، وقد يكون من الضروري أيضاً فحص الشريك الجنسي .

**المعالجة** : فيما يتعلق بالأشكال الأكثر خطورة من الداء فإنها يجب أن تعالج في بادىء الأمر بالراحة في الفراش مع إعطاء المركنات . هذا ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار ضرورة علاج الأسباب المستبطنة للداء .

*المعالجة الجهازية* : توجه المعالجة الجهازية نحو إزالة الأسباب المستبطنة التي تم التعرف عليها . أما إعطاء القشرانيات السكرية فنادراً ما نحتاج إليه .

*المعالجة الموضعية* : يتطلب التهاب الفرج والمهبل التقرحي والنضحي تطبيق الرفادات المرطبة بالمحلول الملحي الفيزيولوجي ، أو ببرمنغنات البوتاسيوم الممددة ، أو بالمطهرات الأخرى . ومن أجل الجلد الخارجي فإنه يجب إيقاف هذه المعالجات المجففة بأسرع ما يمكن . ولقد تم الحصول على نتائج جيدة باستعمال زيت الزنك مع الكليوكينول Clioquinol ( ٠,٥٪ ) ، أو دهون الزنك المحتوي على الكليوكينول ( ٠,٥٪ ) ، أو الرهيمات والمعاجين القشرانية السكرية المحتوية على الكليوكينول . وقد تتحسن التآكلات أيضاً بتطبيق الأصبغة ( البنفسجية المتبلورة Crystal Violet أو الخضرة اللامعة Brilliant green على شكل محاليل مائية بتركيز ( ٠,١٪ - ٠,٥٪ ) ، علماً أنه يجب الامتناع عن استعمال المراهم الشحمية القوام أو مستحلبات الماء في الزيت .

## التهاب الفرج والمهبل عند القاصرات Vulvovaginitis Infantum :

*المرادف* : Infantile Vulvovahinitis .

**التعريف** : ينجم التهاب المهبل الذي يحدث عند صغيرات السن أو المراهقات عن الأجسام الغريبة أو الأخماج الجرثومية ، وخاصة السيلان . وبسبب شكلياء Morphology الظهارة المهبلية عند هذه الفئة من الأعمار ، فإنها تكون مهيأة للخمج بالمكورات البنية بنسبة أكبر . هذا ومن الضروري نفي الإصابة بداء الأقصور Oxyuriasis أيضاً .

**الموجودات السريرية** : يصبح الفرج ومدخل المهبل محمرين ومتورمين ، وتظهر مفرزات قيحية تسبب الحك ، أو الخدش ، أو حتى الاستمناء باليد Masturbation .

**التشخيص** : يتطلب الفحص المهبلي مهارة كبيرة . وعند الاشتباه بوجود جسم غريب فإنه يمكن الاستعانة بمسبار كليل Blunt Probe ، مع توخي الحذر ، كما يمكن الاستعانة

بالتصوير الشعاعي . وكما هي الحال عند البالغات ، فإنه لا بد من إجراء استقصاءات أخرى لنفي الإصابة بالأخماج الجرثومية ، وخاصة السيلان ، وكذلك لنفي داء المبيضات ( مع فحص البراز ) وداء الأقصور .

## التهاب الفرج والمهبل السكري Diabetic Vulvovaginitis :

**التعريف** : التهاب مزمن في الفرج والمهبل ، يحدث عند السكريات ، وينجم عن الخمج **بالمبيضات البيض** غالباً .

**الحدوث** : يحدث غالباً عند الكهلات السمينات المصابات بالداء السكري .

**الموجودات السريرية** : تعاني المريضة في بادىء الأمر من حكة تناسلية تنجم عادة عن الداء السكري اللا مراقب جيداً . وبسبب الحك والخدش تحدث تبدلات التهابية تترافق بتورم الفرج وتحززه . ويصبح لون المنطقة مميزاً ، فهو يتفاوت بين الأحمر الداكن والأحمر المزرق ، ويعد من الملامح المميزة لهذا الالتهاب . وقد تمتد التبدلات الالتهابية إلى كل من الإحليل والمثانة فتسبب ألماً عند التبول .

وكثيراً ما تبدي المناطق الهامشية ، وخصوصاً تلك المقابلة للركب والفخذين ، حماميات تعلوها بثرات مبيضة أو تقشرات طويقية الشكل Collarette – Like . وتنجم هذه الآفات عادة عن أخماج مذحية **بالمبيضات البيض** ، ويستدل على ذلك برؤية الفطور مجهرياً ، وبرؤيتها كثيراً في المفرزات المهبلية والبراز .

قد يسبب الحك والخدش أخماجاً جرثومية ثانوية ، كإصابة الشفرين الكبيرين بالتهاب الجريبات أو بالدمال .

**المعالجة** : يعالج الداء المستبطن ( الداء السكري ) ، كما تعالج الأخماج الجرثومية والفطرية الثانوية . تطبق المستحضرات المجففة فقط ، ويمنع استعمال المراهم الشحمية القوام . ولقد تم الحصول على نتائج جيدة بتطبيق الأصبغة ، مثل : طلاء كاستيلاني Castellani ، والبنفسجية المتبلورة Crystal Violet ، والخضرة اللامعة Brilliant green ( محاليل مائية بتركيز ١,٠٪ – ٠,٥٪ ) .

## النجيج المهبلي Vaginal Discharge :

النجيج المهبلي علامة شائعة جداً ، وقد ينجم عن أسباب متنوعة : مهبلية أو رحمية . وكثيراً ما تستشير المريضة طبيب الجلد بشأن هذه العلامة كي تتأكد من عدم إصابتها بداء زهري ، أو لتتخلص من حكتها التناسلية المزعجة جداً الناجمة عن التهاب الفرج أو التهاب الفرج والمهبل المرافق .

إن تحديد سبب الثر الأبيض Leukorrhea ، سواء كان مترافقاً بالتهاب الفرج والمهبل أو لم يكن ، يعد واجباً هاماً بالنسبة للطبيب ، ويتطلب استقصاءات واسعة . ومن المهم أن نعلم أن الثر الأبيض ينجم في أحوال كثيرة عن عدة كائنات حية في آن واحد ، كأن ينجم مثلاً عن **المشعرات والمبيضات البيض** ، أو عن المكورات البنية **والمشعرات** ، اي أنه ينجم غالباً عن **أخماج متعددة** ؛ لذا فإنه ينبغي على الطبيب في كل حالة من الثر الأبيض أن يستقصي عن السيلان ، وداء المشعرات ، وداء المبيضات ؛ وكذلك عن الأخماج بالمتدثرات والمفطورات والجراثيم الأخرى ، علماً أنه ينبغي نفي الإصابة بالإفرنجي أيضاً .

والعوامل الأكثر أهمية في إمراض النجيج المهبلي هي نفسها المعروفة في التهاب الفرج والمهبل . ونبين فيما يلي أكثر أشكال النجيج المهبلي شيوعاً :

**النجيج المهبلي الناجم عن السيلان** : هو غالباً نجيج قيحي أصفر ، ينجم عن خمج أعضاء التناسل بالطريق الصاعد ( التهاب العنق السيلاني ، التهاب البوق السيلاني ) .

**التشخيص** : تؤخذ لطاخات من الإحليل ، وعنق الرحم ، والمستقيم ، وعصارة غدة برتولين bartholin لإجراء الفحص الجرثومي المباشر والزرع الجرثومي ( لمزيد من التفصيل راجع مبحث السيلان في مطلع الفصل الرابع .

**النجيج المهبلي الناجم عن *الغاردنيريلة المهبلية Gardnerella Vaginalis*** : التفاصيل في مبحث النجيج المهبلي الناجم عن الغاردنيريلة المهبلية في الفصل الرابع .

**النجيج المهبلي الناجم عن الخمج بالمشعرات *Trichomonas*** : اضطراب شائع جداً ، يتصف بنجيج رغوي ينساب من المهبل تلقائياً ، ويأخذ لوناً رمادياً ضارباً إلى البياض أو إلى الخضرة وهو الأكثر . تبدو المخاطية المهبلية ملتهبة وبلون أحمر داكن ، وقد تظهر عليها اندفاعات حبرية . كما تحدث حكة فرجية معتدلة الشدة بسبب النجيج المهبلي . وقد نشاهد بعض المظاهر الثانوية مثل : تورم الشفرين الصغيرين بسبب الحك والخدش ، وتحزز الشفرين الكبيرين بشكل معتدل والذي يمكن أن يوحي بإكزيمة تأتبية . هذا وليس من النادر أن تختلط هذه الحالة بأخماج مرافقة كالخمج **بالمبيضات البيض** أو بالمكورات البنية .

**العامل الممرض** : ***المشعرة المهبلية*** : .

**الانتقال** : يحدث أثناء الجماع عادة ، أما انتقاله عن طريق أحواض السباحة فأمر غير مؤكد . قد تسبب المشعرات عند

الذكور التهاب الإحليل ، وبصورة نادرة جداً التهاب الحشفة والقلفة .

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على كشف المشعرات في النجيج المهبلي . ويجب أن تجمع العينات من القسم الخلفي للمهبل بواسطة الغانة ( عروة بلاتين ) Platinum Loop . ثم توضع العينة المراد فحصها على شريحة زجاجية ضمن قطرة من محلول الملحي الدافىء ، ويفحص المحضر دون تلوين بالمجهر ذي الساحة المضيئة المزود بدريئة Screened Light – Field ، أو بمجهر ذي الساحة المظلمة ، أو المجهر المتباين الصفحات Phase – Contrast . إذ أن الحيوانات الأوالي المسوطة ( ومنها مشعرات المهبلية ) يمكن تمييزها بسهولة من حركاتها تحت المجهر الآنفة الذكر .

**السير** : يصاب السبيل البولي عند الكثير من المرضى ، إلا أنه نادراً ما يصعد الخمج بالمشعرات إلى السبيل البولي العلوي . تشتكي المريضة من إحساس بالحرق أثناء التبول ، وتشخص هذه الإصابة بفحص الثفالة البولية .

**المعالجة** : يعطى المترونيدازول أو النيفوراتل Nifuratel ، فموياً ومهبلياً ؛ كما يمكن إعطاء مركبات أخرى عن طريق الفم مثل : التينيدازول Tinidazole أو النيمورازول Nimorazole . وقد تم الحصول على نتائج جيدة أيضاً باستعمال الأمفوتريسين ب Amphotericin B سواء لوحده أو تشاركاً مع التراسكلين أو الناتاميسين Natamycin وذلك على شكل حمولات أو رهيمات مهبلية ، نظراً لأن هذه الأدوية فعالة تجاه الأخماج المختلطة بما فيها الجراثيم والمفطورات و**المبيضات البيض** .

**النجيج المهبلي الناجم عن *المبيضات البيض* :**

يعتبر النجيج المهبلي الناجم عن الخمج **بالمبيضات** أكثر أشكال النجيج المهبلي شيوعاً ، وقد يحدث دون التهاب مرافق في الفرج والمهبل . والأكثر إصابة بهذا الاضطراب هنّ : الحوامل ، والمصابات بالسكري ، والنساء اللائي يتعاطين مانعات الحمل الفموية لفترات طويلة .

النجيج سهل التفتت ، لونه أبيض أو بلون البن المقشود ، وقد يلتصق قسم منه بالغشاء المخاطي أثناء تمهيد المهبل بالمنظار Speculum . ينشأ الخمج هنا عن داء المبيضات المعوي عادة .

**العامل الممرض** : ***المبيضات البيض*** :

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على إظهار **المبيضات البيض** في المفرزات المهبلية والبراز بوساطة الفحص المجهري المباشر والزرع .

أما عند الاشتباه بوجود الداء السكري ، فإنه يجب إجراء اختبار تحمل السكر .

**السير** : يعد الثر الأبيض Leukorrhea الناجم عن **المبيضات البيض** من الاضطرابات المزمنة ، وقد لا يترافق إلا بالقليل من الأعراض . ومع ذلك فإن المصابات بالداء السكري كثيراً ما يحدث عندهن التهاب مرافق في الفرج والمهبل ينجم عن المبيضات البيض أيضاً ( التهاب الفرج والمهبل بفطور المبيضات Vulvovaginitis Candidomycetica ) . تصاحب هذا الالتهاب حكة شديدة وعلامات أخرى تم استعراضها سابقاً عند بحث التهاب الفرج والمهبل السكري . ويجب أن لا ننسى أن هذا الاضطراب يمكن أن ينتقل إلى الشريك الجنسي أيضاً ، لذا فإنه من الضروري القيام باستقصاءات مماثلة لديه ، وإعطاء العلاج في نفس الوقت إذا تطلب الأمر ذلك .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : يعالج داء المبيضات المعوي بأحد الأدوية التالية ولمدة أسبوع واحد : النستاتين ، أو الأمفوتريسين ب Amphotericin B ، أو الكيتوكونازول ، أو الإتراكونازول . وللتأكد من القضاء على الخمج فإنه ينبغي إعادة فحص البراز بعد ثلاثة أسابيع من انتهاء العلاج .

*المعالجة الموضعية* : يطلى المهبل بطلاء كاستيلاني Castellani أو بنفسجية الجنسيان Gentian Violet ( محلول مائي ٠,٥٪ ) ، وقد ثبت أن لهذه الأدوية فعالية مدهشة . كما ينصح أيضاً بتطبيق حمامات المقعدة Hip baths المضاف إليها محلول برمنغنات البوتاسيوم . وبعد عدة أيام يمكن استعمال حمولات النستاتين والأمفوتريسين ب مرتين في اليوم . ولقد تم الحصول على نتائج جيدة أيضاً باستعمال مزيج من الصادات ، مثل الأمفوتريسين ب مع التراسكلين ( تستعمل على شكل حمولات أو رهيمات مهبلية ، مرة أو مرتين في اليوم ، لمدة أسبوع أو أسبوعين ) ؛ فهذه المشاركات تؤثر على الأخماج المختلطة . وينطبق الشيء نفسه على الأدوية التالية : السيكلوبيروكسولامين Ciclopiroxolamine ، أو الكلوتريمازول ، أو الإيكونازول ، أو الإيزوكونازول ، أو نترات الميكونازول ، أو الناتاميسين Natnmycin . وللتأكد من القضاء على الخمج فإنه ينبغي إعادة زرع المفرزات المهبلية والبراز بعد ثلاثة أسابيع من انتهاء العلاج .

وعندما يجد طبيب الجلد أن الحالة لا تستجيب للعلاج ، أو أنها قد نكست ثانية بعد العلاج ، فإنه من المستحسن أن ينشد مساعدة الطبيب النسائي في هذا الظرف .

**النجيج المهبلي الناجم عن الأخماج الجرثومية الأخرى :**

لقد تم إظهار الجراثيم الإيجابية الغرام ( العقديات والعنقوديات ) ، وبصورة نادرة أكثر الجراثيم السلبية الغرام

( الإشريكية القولونية والمستدمية المهبلية Haemophilus Vaginalis ) في النجيج المهبلي الناجم عن التهاب المهبل اللا نوعي . ومع ذلك فما زال هنالك جدل حول دور **الإشريكية القولونية والمستدمية المهبلية** في إحداث النجيج المهبلي . علماً أنه قد تم الإقرار في الوقت الحاضر بدور **الغاردنيريلة المهبلية Gardnerella Vaginalis** كعامل مسبب ( انظر مبحث السيلان في مطلع الفصل الرابع ) .

**المعالجة** : موضعية ، وتعتمد على نتائج الزرع الجرثومي واختبارات التحسس .

**التهاب الفرج المحدد المزمن السليم بالخلايا المصورية Vulitis Circumscripta Chronica Benigna Plasmascellularis :**

يماثل التهاب الحشفة والقلفة المحدد المزمن السليم بالخلايا المصورية ( زوون Zoon ) . يصيب هذا الداء النساء المسنات ، ويتظاهر على شكل لويحات محددة ، لونها ضارب إلى السمرة أو الحمرة ، ولها مظهر الورنيش Varnish ، وتشاهد على باطن الشفرين الكبيرين أو على الشفرين الصغيرين .

**التشخيص** : إن تشخيص هذا الداء عند النساء أصعب منه عند الذكور . يجب إجراء الفحص النسجي عند كل مريضة .

**التشخيص التفريقي** : داء بوفن Bowen ، والتنسج الأحمر لكيرات Erythroplasia of Queyrat .

## اضطرابات فرجية أخرى :

### قرحة الفرج الحادة Ulcus Vulvae Acutum [ Lipschütz 1921 ] :

**التعريف** : قرحة حادة ذات سببيات غامضة ، تحدث عند العذارى والشابات على الأغلب .

**الحدوث** :نادر ؛ وخمسون في المئة من المصابات يافعات .

**الإمراض** : اعتبر ليبشوتس Lipschütz **العصوية الغليظة Bacillus Crassus** هي الكائن الحي المسبب لهذه القرحة ، ولكن بما أن هذه العصوية تماثل عصية دودرلاين Döderlein تماماً فقد بقي السبب غامضاً . يرى بعضهم أن هذه القرحة ربما تنجم عن خمج حموي . ويعتقد أن سوء اعتناء الشابات بنظافة مناطقهن التناسلية ذو أهمية في الإمراض . وقد فسرت هذه القرحة في بعض الحالات كأحد علامات داء بهجت . كما لوحظ حدوثها أيضاً بعد – أو أثناء – هجمات الحمى التيفية ونظيرة التيفية ، أو داء البروسيلات ، أو الحمامى العديدة الأشكال ؛ إلا أنه يغلب أن تحدث بصورة مستقلة عن الأمراض السابقة . وفي بعض الحالات تم زرع **اليوريابلازما يوريالايتكوم Ureaplasma Urelyticum** ، ووجد أن هناك ازدياد في عيارات أضدادها .

**الموجودات السريرية** : ميز ليبشوتس Lipschütz بين ثلاثة أشكال من التقرحات :

*الشكل المواتي Gangrenous Form* : يبدأ بصورة حادة جداً ، حيث تتشكل قرحات على الشفرين الصغيرين يزداد حجمها بشكل سريع حتى أنها قد تسبب انثقاب الشفرين . تكون القرحات مستورة بجلب رمادية أو صفراء أو سوداء تسقط بعد عدة أيام . وما يميز هذا الشكل هو : بدايته المباغتة بين عشية وضحاها ، وترافقه بحمى مرتفعة وبتورم العقد اللمفية الناحية . تشفى القرحات بعد أسبوع إلى أسبوعين مخلفة وراءها ندبات .

*الشكل المزمن Chronic Form* : يسير بشكل مزمن ، ويترافق بحمى وأعراض طفيفة فقط . القرحات غير منتظمة الشكل ، ويتفاوت حجمها بين الصغير والكبير بعض الشيء ، وقد تتقوض أحياناً . تحدث القرحات في الغالب عند مدخل المهبل وعلى السطحين الداخليين للشفرين الكبيرين ، وهي تشفى بشكل بطيء ، وقد تنكس . تستمر الحالة ٤ – ٦ أسابيع أو أكثر . وقد فسر هذا الشكل كأحد تظاهرات داء بهجت Behçet .

*الشكل الدخني Miliary Form* : ويتصف بقرحات صغيرة ، متعددة ، حجمها ثابت ، وحوافها ملتهبة حمراء . المناطق الانتقائية للإصابة هي الشفران الكبيران ، وبدرجة أقل الشفران الصغيران والعجان . ومن النادر جداً أن يؤدي هذا الشكل لقرحات كبيرة كتلك المشاهدة في الشكل المزمن . ويمكن أن تعطي التظاهرة الأولية للحلأ البسيط مظهراً مشابهاً جداً لهذا الشكل .

**الأعراض** : تسبب القرحة إحساساً بالضيق وعدم الارتياح . أما الألم فيمكن أن يكون عفوياً أو مثاراً باللمس ، وتكون الأعراض شديدة أكثر في الأشكال المواتية والدخنية .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يشمل التشخيص التفريقي كامل طيف التقرحات الزهرية واللا زهرية . يساعد الفحص الدقيق لكامل الجلد والأغشية المخاطية في نفي التبدلات التقرحية التي تصيب الفرج في سياق أدواء مختلفة ( قرحات الفرج الثانوية ) . كما ينبغي نفي ما يلي : القريح ، ومتلازمة بهجت ، والقلاع ، وداء اليد – القدم والفم الذي يمكن أن يصيب الفرج عند الطفلات ، ويكون مظهره الأولي هو التحوصل غالباً . كما ينبغي أيضاً نفي الحلأ البسيط ( يبدأ

**الجدول ٣٥ ـ ١ : إرشادات مفيدة في تشخيص حالات التجيج المهبلي**

| الداء | اللون | القوام | أماكن الفحص | طرائق الفحص |
|---|---|---|---|---|
| سيلان | قيحي أصفر | مائع | الإحليل<br>عنق الرحم<br>الفرج<br>غدة برتولين<br>المستقيم<br>البلعوم ( الدم ) | ـ التلوين بطريقة غرام<br>ـ الزرع |
| التهاب الإحليل اللا سيلاني والتهاب عنق اللا سيلاني | قيحي ضارب إلى البياض | مائع | الإحليل<br>عنق الرحم<br>المستقيم<br>البلعوم | ـ التألق المناعي المباشر باستعمال أضداد المتدثرة الحثرية الموسومة بالفلورسئين<br>ـ الزرع : المتدثرة الحثرية ، واليوريابلازما يوريالايتكوم **Ureaplasma Urealyticum** ، والمفطورة الإنسانية **Mycoplasma Hominis** |
| داء المشعرات | أبيض | رقيق ، رغوي | جدار المهبل<br>ظاهر عنق الرحم | ـ فحص العينة على شريحة زجاجية مبللة<br>ـ تعيين قيمة الباهاء PH ( > ٥ )<br>ـ الزرع |
| داء المبيضات | أبيض ، لون اللبن المقشود | سهل التفتت ، قشدي | جدار المهبل | ـ فحص العينة على شريحة زجاجية مبللة<br>ـ التلوين بطريقة غرام<br>ـ الزرع ( بما فيه البراز ) |
| التهاب المهبل جرثومي | أبيض | متجانس ، غير لزج ، لصوق | جدار المهبل | ـ تعيين قيمة الباهاء PH ( > ٤ )<br>ـ الفحص بهدروكسيد البوتاسيوم<br>ـ الرائحة السمكية<br>ـ فحص العينة على شريحة زجاجية مبللة<br>ـ الزرع : الغاردنيريلة المهبلية **Gardnerella Vaginalis** ، واللا حيوائيات **Anaerobes** وخاصة أنواع الـ **Mobiluncus**<br>ـ الاستشراب الغازي **Gas Chromatography** |

بالتحوصل ثم تتلوه تقرحات مسطحة متعددة الحلقات ) . كما يجب أن نعير اهتماماً للتبدلات التكاثرية النقوية Myeloproliferative Changes .

**المعالجة** : الراحة في الفراش ضرورية جداً .

*المعالجة الجهازية* : تعطى الصادات الواسعة الطيف بعد إجراء اختبارات التحسس ، كما تعطى مضادات الالتهاب أيضاً . تتطلب الحالات الشديدة جداً إعطاء القشرانيات السكرية ( بما يعادل ٤٠ ــ ٦٠ ملغ من البردنيزون Prednisone يومياً ) مع الصادات الواسعة الطيف لفترة قصيرة .

*المعالجة الموضعية* : تقوم المعالجة الموضعية على تنظيف المنطقة التناسلية وتطهيرها ( حمامات مضاف إليها برمنغنات البوتاسيوم أو مطهرات أخرى ) ، وتطبيق مراهم الصادات ، ومعالجة المذح المرافق بالوسائل المجففة : كاستعمال دهون الزنك ــ أو زيت الزنك ــ المحتوي على الكليوكينول Clioquinol ( بتركيز ٥٪ ) . هذا ويجب معالجة القرحات بنفس الإجراءات العلاجية التي تطبق على الجروح .

**الحثول الفرجية Vulvar Dystrophies** :

وضع هذا التعبير من قبل الإمراضيين Pathologists والأطباء النسائيين بغية تصنيف أدواء فرجية متنوعة على أساس التشريح المرضي النسجي .

**لطع الفرج Kraurosis Vulvae** [ Breisky ١٨٨٥ ] :

**التعريف** : ضمور مترقٍ في الأعضاء التناسلية الظاهرة عند الأنثى ، يبدأ ما حول سن الإياس ، وينجم عنه زوال الشفرين الصغيرين والبظر بشكل واسع أو تام ، كما يؤدي لتضيق الفوهة المهبلية Ostium Vaginae . يأخذ الجلد الضامر شكل القمع ، حيث تتوضع الفوهة الإحليلية المحتجبة في قاعدته . يفقد هذا الجلد مرونته ، ويصبح سطحه جافاً أو متشققاً في بعض الأحيان ، ويأخذ لوناً ضارباً إلى البياض ، وقد يبدو مصفراً إذا تألق النسيج الدهني من خلاله ، وقد تظهر عليه تصبغات لطخية . ومن الشائع حدوث حكة مزعجة تسبب بدروها علامات تخريشية وتحززاً ثانوياً . تظهر على الجلد الضامر لويحات الطلوان التي يمكن أن تتسرطن .

**الإمراض** : بما أن هذه الحالة تحدث بشكل رئيسي في فترة الإياس وما قبله ، وكذلك عند النساء الأصغر سناً اللواتي يعانين من اضطراب الوظيفة التوالدية ، فإن ذلك يوحي بوجود عوامل هرمونية . ومع ذلك فإنه يفضل في الوقت الحاضر عدم استخدام تعبير « لطع الفرج » كونه لا يتسم بالدقة كثيراً ، إذ أن هذه الحالة يمكن أن تنجم عن أحداث مرضية متعددة ،وخاصة **الحزاز التصلبي الضموري** .حتى أن حدوث الطلوان وما قد يتلوه من تسرطن هو حادثة ثانوية ولا علاقة له بالداء الأصلي . والشيء نفسه ينطبق على موضوع عمر المريضة .

وفيما يلي أهم ثلاثة أسباب لضمور الفرج :

- ضمور الفرج الأولي .
- ضمور الفرج الشيخوخي .
- الحزاز التصلبي الضموري .

**ضمور الفرج الأولي Primary Atrophy of the Vulva** :

*المرادف* : الضمور التناسلي الأولي .

**التعريف** : داء يترقى بشكل بطيء ، يؤدي إلى ضمور الشفرين الكبيرين والصغيرين ، وإلى تضيق الفوهة المهبلية .

**الحدوث** : شائع عند الإياسيات . وقد يحدث عند الشابات والفتيات أيضاً ، إنما بصورة نادرة جداً .

**الإمراض** : السبب مجهول . ويبدو أن هذه الحالة من الناحية الإمراضية عبارة عن شكل ضموري منتشر **للحزاز التصلبي الضموري** يصيب الفرج على وجه الحصر .

**الموجودات السريرية** : العلامة الأولية لهذا لداء هي جفاف المخاطية الفرجية الذي يترافق بعسر البول أحياناً ، أما الحكة فليست شديدة جداً . يبدأ الاضطراب بضمور الشفرين الصغيرين دون جسوء Induration . وبسبب ضمور مدخل المهبل فإنه غالباً ما يحدث التضيق . أما الشفران الكبيران فيصابان لاحقاً ويتناقص حجماهما . تبدو المخاطية المهبلية بادىء الأمر ملتهبة حمراء اللون ، إلا أنها تصبح شاحبة أو مصفرة فيما بعد ، كما أنها تعطي مظهراً مشابهاً للحزاز التصلبي الضموري وذلك بسبب زوال الصباغ وظهور نزوف ناعمة أو شعيريات متوسعة . وأخيراً فإنه تظهر لويحات الطلوان التي يمكن أن تتسرطن فيما بعد ( تنكس خبيث ) .

**الأعراض** : الجفاف والحكة هما العرضان الأكثر إزعاجاً .

**التشريح المرضي النسجي** : كما هي الحال سريرياً فإن التبدلات النسجية الوصفية توحي بالحزاز التصلبي الضموري أيضاً وهي : ضمور بشروي ، وتبدلات التهابية في الأدمة ، وتنكس الكلاجين زجاجياً Hyalinizatoin of Collagen .

**السير** : مزمن جداً . ويسوء الإنذار بظهور الطلوان .

**التشخيص التفريقي** : بما أن ضمور الفرج الأولي يعتبر شكلاً من الحزاز التصلبي الضموري ، فإنه يجب أن يفرق عن ضمور الفرج الشيخوخي فقط .

**المعالجة :**

*معالجة الجهازية* : معالجة هرمونية بالتعاون مع الطبيب النسائي .

*معالجة الموضعية* : تطبق وبالتناوب المستحضرات المحتوية على القشرانيات السكرية المنخفضة القدرة والمستحضرات المحتوية على الهيبارين أو الهيبارينوئيد Heparinoid . كما يمكن تجربة مستحضرات الموضعية المحتوية على الأستروجينات . هذاويجب أن تخضع المريضة لمراقبة دقيقة بغية كشف الطلوان في مراحله الباكرة .

## ضمور الفرج الشيخوخي Senile Atrophy of the Vulva :

*مرادف* : الضمور التناسلي الشيخوخي .

**التعريف** : هو ضمور في أعضاء التناسل الظاهرة عن الأنثى ، يترقى بشكل بطيء ، ويحدث أثناء الإياس أو بعد استئصال المبيض دون إعاضة هذا الاستئصال بالهرمونات المناسبة . لا تترافق هذه الحالة إلا بأعراض قليلة ، ويمكن اعتبارها شكلاً من الأوب الفيزيولوجي الذي يصيب أعضاء التناسل الظاهرة عند المتقدمات في السن ، إنما متفاقم قليلاً .

**الحدوث** : تحدث هذه التبدلات عند حوالي ١٥٪ من النسوة في سن الشيخوخة .

**الموجودات السريرية** : يصاب الشفران الصغيران والبظر والسطحان الداخليان للشفرين الكبيرين بضمور مترقٍ . كما تصبح المخاطية المهبلية جافة . إلا أن التصلب والطلوان يكونان غائبين ، وتظهر في منطقة الركب حاصات وأشعار رمادية .

**الأعراض** : من الممكن أن تحدث حكة خفيفة .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي المقاطع النسجية تبدلات ضمورية مرتبطة بالعمر وهي : ترقق الظهارة ، وضمور النسيج الضام . أما تلك التبدلات الموحية بالحزاز التصلبي الضموري فهي غائبة .

**المعالجة** : تتم بالتعاون مع الطبيب النسائي . يفيد تطبيق الرهيمات الدسمة أو المطريات ، وكذلك المستحضرات الموضعية المحتوية على الاستروجينات ، فالتبدلات المهبلية تستجيب للاستروجينات الموضعية . كما يمكن استعمال المستحضرات الموضعية المحتوية على الهيبارين أو الهيبارينوئيد Heparinoid لفترة طويلة من الزمن .

## الحزاز التصلبي والضموري على الفرج Lichen Sclerosus et Atrophicus Vulvae :

تم استعراض هذا الاضطراب بإسهاب في مبحث تبكل الجلد وضمورات الجلد الثانوية الأخرى في الفصل الثامن عشر . تصاب الناحية الشرجية التناسلية في حوالي ٦٠ – ٨٠٪ من الحالات . ويوضع التشخيص بسهولة لدى رؤية الآفات المثقبة الوصفية Keyhole Lesions في الناحية حول الشرج والفرج ( راجع الشكل ٣٥ – ١ ) ، ومع ذلك فإنه يستطب إجراء الفحص النسجي دوماً .

## إكزيمة الفرج Eczema of the Vulva :

داء جلدي حاك بشدة ينجم عن أسباب مختلفة متعددة . قد تحدث هذه الإكزيمة في سياق النجيج المهبلي ، أو التهاب الجلد التخريشي المزمن الناجم عن الإفراط في النظافة الشخصية ، أو الأرجية بالتماس ؛ ومع ذلك فإن معظم حالات إكزيمة الفرج عبارة عن شكل خاص من التأتب ( الإكزيمة الفرجية التأتبية ) ، وتميل هذه الإكزيمة للتحزز .

# التشخيص التفريقي للاضطرابات التي يمكن أن تصيب الفرج :

بصرف النظر عن قابلية الشفرين الكبيرين للتوذم سريعاً في سياق التفاعلات الالتهابية ، فإن الآفات الجلدية المتوضعة على السطحين الخارجيين لهذين الشفرين لا تختلف عن تلك التي تحدث في أي مكان آخر من الجلد . أما السطحان الداخليان للشفرين الكبيرين ، والشفرين الصغيرين ، ومدخل المهبل فإنها تكون مستورة بأغشية مخاطية أو جلدية مخاطية . ولذا فإن الحطاطات الحقيقية لا تحدث في هذه الأماكن بل تتجلى بأشكال بقعية . إضافة إلى ذلك ، فإنه يمكن للعديد من الاضطرابات في هذه الناحية أن تُحجب بالنجيج المرافق أو المذح . هذا ومن الضروري إجراء الفحص النسجي في معظم الحالات لتأكيد التشخيص المشكوك به .

ونستعرض فيما يلي التشخيص التفريقي لاضطرابات الفرج المزمنة اللا تقرحية :

*التبقع الأبيض Leukoplakia* :

– البهق .
– الطلوان .
– الحزاز التصلبي الضموري .
– الحزاز المسطح .
– الحزاز البسيط المزمن .
– داء المبيضات .

*التبقع الأحمر Erythroplakia* :

– التنسج الأحمر لكيرات Queyrat .
– داء بوفن .
– الحطاطات الفرجية البوفنانية .

ـ داء باجت خارج الثدي .
ـ الحزاز المسطح .
ـ الطفوح الدوائية الثابتة .
ـ التهاب الفرج المزمن المحدد السليم بالخلايا المصورية .
ـ الحبيبوم الحمض .
ـ السرطانة الفرجية الباكرة .
ـ كثرة المنسجات X .

*التبقع الأسود* ***Melanoplakia*** :
ـ الوعـاؤوم الدمـوي المخثـور Thrombosed Hemangioma .
ـ الملانوم الخبيث .
ـ الوحمة الزرقاء .
ـ الشامة .
ـ وحمة الخلايا الوحمية والصباغية Nevus nevocellularis et Pigmentosus .

## الإنتباذ البطاني الرحمي Endometriosis :

**التعريف** : مخاطية رحمية منتبذة خارج التوضع الفيزيولوجي . يحدث عند النساء في سن النشاط التناسلي ، وقد سجلت عدة حالات عند الرجال أيضاً .

**السببيات** : مجهولة .

**الإمراض** : تظهر في أعضـاء مختـلفـة بنىً نامية تحاكي الغدد والسدى Stroma الموجودة في بطانة الرحم . ووفق توضع المخاطية المنتبذة فإنه يجب التميز بين **الإنتباذ البطاني الرحمي التناسلي الخارج الرحمي و الإنتباذ البطاني الرحمي خارج أعضاء التناسل** . فالأول يحدث في المبايض ، والأربطة الرحمية ، والأبواق ، والحوض الصغير . ويحدث الثاني خارج الحوض الصغير .

تعد **البطانومات الرحمية Endometriomas** من الأورام السليمة ، وهي عبارة عن كيسات بطانية رحمية . وغالباً ما تمتلىء هذه الكيسات بدم قديم وبمكونات لها لون القطران أو اللون البني القاتم ( لون الشيكولاتة ) ، بشكل يشابه النزف الحاصل في الجسم الأصفر .

**الموجودات السريرية والتشخيص** : لن نستعرض هنا إلا شكلاً نادراً من الإنتباذ البطاني الرحمي يتوضع في المهبل أو الندبات الجلدية . يمكن أن تنزاح البطانة الرحمية أثناء الجراحة ( العمليات الجراحية المجراة في أسفل البطن أو ناحية الحوض ، العملية القيصرية ) ، حيث تنزاح مخاطية الرحم أو مخاطية البوق إلى هذه المواضع . الآفات عبارة عن حطاطات أو عقيدات كيسية متعددة أو مفردة ، يتراوح قطرها بين ٥ ملم و٣ سم أو أكثر ، وتتلازق في الغالب لتشكل لطخات . يتفاوت لون الآفات من الأحمر الداكن إلى الأزرق ـ الأسود أو البني . يسبب الانتباذ البطاني الرحمي أعراضاً متنوعة ، لها علاقة بدورة الحيض عادة : عسر طمث ، وألم دوروي في أسفل البطن ، وعسر الجماع ، وحركة أمعاء مؤلمة . ومن الشائع حدوث عقم ثانوي . أما عند الرجال فالمكان الأكثر شيوعاً لتوضع الإنتباذ البطاني الرحمي هو المثانة . ويبدو أن المعالجة الطويلة الأمد بالاستروجينات تعد شرطاً مسبقاً لنشوء مثل هذا الإنتباذ . كما وصف حدوث الإنتباذ البطاني الرحمي الجلدي وتحت الجلدي على ندبات في السرة والأطراف . هذا ومن الممكن أن تنشأ أورام خبيثة على آفات الإنتباذ البطاني الرحمي .

**التشريح المرضي النسجي** : تلاحظ في المقاطع غدد وسدى المخاطية الرحمية .

**المعالجة** : يعطى الدانازول Danazol بجرعة ٦٠٠ ملغ/يوم أو يمكن إزالة الآفات جراحياً .

# الفصل السادس والثلاثون

# الأمراض الجلدية في الحمل

# Skin Diseases in Pregnancy

أ. د. صالح داود، د. هالة الجابر

تؤثر التبدلات المناعية والهرمونية والاستقلابية الشديدة التي تحدث أثناء الحمل في الجلد، وقد تعبر عن نفسها بتبدلات في الجلد والأغشية المخاطية.

## التبدلات الفيزيولوجية :

وتتضمن فرط تصبغ معمم يصيب بشكل خاص الحلمة والأعضاء التناسلية، والخط الأسمر والكلف (القناع الحملي). وليست الفزر الخطية (علامات للحمل) وعلامات التمدد سوى مظاهر نموذجية أخرى. وقد يوجد أحياناً ميل لفرط الأشعار واضطراب الجهاز الوعائي الذي يتظاهر بحمامى الراحية أو الوحمة العنكبوتية (العنكبوت الوعائي Vascular Spider).

## اعتبارات في معالجة الأمراض الجلدية في الحمل :

من الأهمية بمكان تجنب أي إجراء علاجي ما لم يكن ضرورياً. حيث أنه من الصعب إقناع الأم الشابة أن الورم الوعائي أو التشوهات الأخرى التي تظهر لدى وليدها غير متعلقة بالمعالجة التي وصفها الطبيب أثناء الحمل. كما أن الأدوية المستخدمة في المعالجة قد تؤثر على الجنين عندما يمتصها الجسم. لذلك يجب تجنب المعالجة أثناء الحمل ما أمكن والاقتصار على المعالجات الموضعية التي تحتوي أساسات مثل محلول الزنك أو معجونة الزنك ... إلخ. ويجب تجنب إضافة المواد الأخرى مثل أملاح الزئبق، وحمض الصفصاف، والفينول، والمنتول لأن تطبيقها على مساحات واسعة تؤدي إلى تأثيرات سمية بسبب نفوذها.

أما الاستطبابات الستيروئيدات الموضعية ومضادات استطبابها لدى المريضة الحامل وغير الحامل فهي متماثلة. ويجب أن نتذكر أن تطبيق الستيروئيدات القوية المتكرر على مساحات كبيرة قد يؤدي إلى تثبيط قشر الكظر عند الحوامل أيضاً.

وعلى الرغم من أن الستيروئيدات الجهازية ليست ماسخة فهي توصف في حالات الضرورة القصوى فقط. ويجب تجنب مضادات الهيستامين مثل تري بروليدين Triprolidine والهيدروكسيزين Hydroxyzine والسيبروهيبتادين Cyproheptadine أثناء الحمل أيضاً. ولم يتم تقويم التأثيرات الدوائية للكالسيوم والفيتامين ب على الأم والجنين بشكل كامل بعد. ويحتمل حدوث الانسمام الجنيني بالفيتامين د. ويؤثر التتراسكلين على الإثغار (التسنين) بشكل دائم ولهذا لا يستطب في الحمل. أما الريتينوئيدات فماسخة ولا تستعمل في الحمل إطلاقاً.

## الاضطرابات الجلدية غير النوعية في الحمل Nonspecific Skin Disorders in pregnancy :

قد تصاب المريضات الحوامل وغير الحوامل بأي اضطراب جلدي، غير أن الحمل يسبب حالات جلدية معينة خاصة به.

ولقد أظهرت الخبرة في ميدان أمراض الجلد تحسن بعض الاضطرابات الجلدية المحددة أثناء الحمل مثالها : التهاب الغدد العرقية المقيح (العد المقلوب)، والصداف الشائع (في نصف المرضى تقريباً)، وبشكل أقل الغرناوية (الساركوئيد) وداء فوكس فورديس Fox – Fordyce.

أما الأمراض التي يمكن أن تتفاقم أثناء الحمل فهي الملانوم الخبيث، والنخالية الوردية، وتقيح الجلد الوجهي والحمامى عديدة الأشكال، والذأب الحمامي المجموعي، والأخماج بالمبيضات (وخاصة المذح بالمبيضات والتهاب المهبل بالمبيضات) إضافة إلى الورام الليفي العصبي، والجذام، والبرفيرية الجلدية الآجلة.

## الاضطرابات الجلدية النوعية في الحمل :

يوجد مجموعة صغيرة من الجلادات التي تحدث أثناء الحمل فقط وتدعى الجلادات الحملية. وهي تتضمن الحكة الحملية، والحلأ الحملي، والقوباء الحلئية الشكل، والتهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي الحملي، واللويحات والحطاطات الشروية الحاكة أثناء الحمل. وسوف نستعرضها في الشكل ٣٦ – ١.

### الحكة الحملية Pruritus Gravidarum [ Kehrer 1907 ] :

*المرادفات* :الحكة في الحمل.

**التعريف** : حكة معممة تحدث في الأسابيع أو الأشهر الأخيرة من الحمل، وتختفي بعد الولادة. وتعزى إلى الركودة الصفراوية لدى النساء المؤهبات، وقد تترافق الحالات الشديدة باليرقان.

**الحدوث** : الحكة عرض متعدد الآليات والأسباب ويجب أن نتحرى الأسباب بدقة في الحمل كما هو الحال في الأوقات الأخرى. وتقدر نسبة حدوثها في ألمانيا بنسبة ٠,٠٢ – ٢,٤٪ من النساء الحوامل، و ٣٪ في اسكندنافيا و ١٤٪ لدى الهنود

الأمريكان في تشيلي . ولا يعرف ما إذا كانت هذه الاختلافات ناجمة عن العوامل الوراثية .

**الإمراض** : تعزى الحكة الحملية إلى الركودة الصفراوية لدى النساء ذوات الأهبة الوراثية . وقد تكون الحكة عابرة . تزول بعد الوضع ، ولكنها قد تعود للحدوث في الحمول التالية . وقد تعمل الستيروئيدات الاستروجينية أو الابتنائية Anabolic على تحريش هذا الشكل من الحكة .

**الموجودات السريرية** : تبدأ الأعراض في الثلث الأخير من فترة الحمل عادة . وتكون الحكة موضعة في البدء حيث تصيب البطن أو الأرداف مثلاً ثم لا تلبث أن تتعمم بالرغم من أنها قد تختلف في شدتها . ولا تظهر على الجلد علامات سوى خدوش الحكة فقط . وليس ثمة آفات بدئية أو ثانوية تشير إلى وجود اضطراب جلدي نوعي .

**الأعراض** : غالباً ما يوجد القهم والغثيان ، والإقياء أحياناً ، وقد يحدث يرقان صفراوي نموذجي بعد بدء الحكة بـ ٢ ـ ٤ أسابيع تقريباً في حالات غير قليلة . ويترافق ذلك مع ضخامة كبد وبول غامق وبراز فاتح .

**الموجودات المخبرية** : ترتفع المستويات المصلية للبيليروبين والفوسفاتاز القلوية و γ-GT في حين تكون LDH و SGOT و SGPT طبيعية أو مرتفعة قليلاً . ويميل زمن البروترومبين للتطاول .

**الإنذار** : حسن . وتميل الحكة للزوال في الأيام القليلة التالية للوضع ( في أقل من أسبوعين عادة ) ولا يوجد تأثيرات جانبية على الجنين .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : لا تعطي مضادات الهيستامين سوى فائدة قليلة . ويجب تجنب التري بروليدين والهيدروكسيزين والسيبروهيبتادين في حين لا تعتبر مضادات الهيستامين الأخرى مثل تري بيلينامين Tripelenamine أو دي فينهيدرامين Diphenhydramine مضاد استطباب في الحمل . ينصح بالكولسترامين وهو بديل شاردي تركيبي يرتبط بالحموض الصفراوية في الأمعاء ويزيلها من الدوران الكبدي الداخلي .

*المعالجة الموضعية* : مضادات الهيستامين على شكل هلام ، محلول الزنك مع إضافة مبنج موضعي ( بوليدوكانول ٢٪ ـ ٥٪ ) ، واستخدام الزيوت في الحمام . ولا تطبق المستحضرات الحاوية على الفينول والتيمول لأنها تسبب خطورة من جراء امتصاصها .

### الحلأ الحملي Herpes Gestation :

هو جلاد حملي يتألف من اندفاعات جلدية فقاعية عديدة الأشكال حاكة بشدة ذات ميل للنكس . تحدث عادة في الثلث الثاني للحمل وتعتبر مرضاً مناعياً ذاتياً . وقد ورد ذكره في مبحث الحلأ الحملي في الفصل الخامس عشر .

### القوباء الحلئية الشكل Impetigo Herpetiformis [ Hebra 1872 ] :

تتألف القوباء الحلئية الشكل من طفوح بثرية معممة يقتصر حدوثها على الحمل تقريباً ، ولذلك كانت تعتبر سابقاً من جلادات الحمل . شوهدت أيضاً لدى النساء غير الحوامل ولدى بعض الرجال . ترافقت في بعض المرضى مع نقص نشاط الدريقية . وتعتبر القوباء الحلئية الشكل في هذه الأيام نوعاً من الصداف البثري المعمم ، ويفسر حدوثها أثناء الحمل بأنها حالة يحرضها الحمل ( الفصل ١٥ ) .

## التهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي في الحمل Autoimmune Progesterone Dermatitis of pregnancy [ Bierman 1973 ] :

**التعريف والحدوث** : اضطراب جلدي نادر جداً ، عدي الشكل غير حاك ناجم عن فرط الحساسية نحو البروجسترون داخلي المنشأ . تترافق الحالة مع نقص وزن ملحوظ ونسبة وفيات عالية .

**الإمراض** : السبب هو فرط حساسية نحو البروجسترون ، وتبدي الاختبارات داخل الجلد بالإستروجينات والبروجسترونات تفاعلات إيجابية ملحوظة مع حدوث خراجات مؤلمة في أماكن حقن البروجسترون . ويكون الومضان المباشر وغير المباشر سلبياً ولا يكشف أضداداً خلطية .

**الموجودات السريرية** : يكون البدء حاداً في الأسبوعين الأولين للحمل ويتجلى بطفح حطاطي ، وحطاطي بثري عدي الشكل غير حاك مع زؤانات . وقد تتجمع الحطاطات ، وتحدث عادة في الجريبات الشعرية . وهي قاسية تتراوح أقطارها بين ٠,٥ ـ ٢ مم . لا يوجد تحوصل ولا تسحج ولكن قد يحدث توسف صدافي الشكل . أما فرط التصبغ فهو شائع ، وأماكن التوضع المنتقاة هي الأطراف والأرداف .

**الأعراض** : قد يحدث التهاب مفاصل .

**الموجودات المخبرية** : تكون سرعة التثفل مرتفعة قليلاً وتزداد مستويات IgM و IgG وقد يحدث كثرة الحمضات أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد رشاحة بشروية وأدمية ، جريبية جزئياً متوسطة الكثافة ، تتألف بشكل خاص من الحمضات واللمفاويات والمنسجات .

**السير** : تكون نسبة وفيات الأجنة عالية وتنتهي هذه الإصابة بالإجهاض حيث تشفى الآفات بعد ذلك . قد تنكس الآفة خلال الحمول التالية أو بعد تحريضها بموانع الحمل الفموية على شكل آفات عدية مترافقة باضطرابات مفصلية عديدة .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن العد الشائع الشديد ، والطفح الدوائي العدي الشكل ، والجلاد البرومي ، كما يفرق عن جلادات الحمل الأخرى بواسطة القصة الدقيقة ( لا توجد حكة ) والخزعة .

**المعالجة** : لا يوجد معالجة كافية معروفة ، المعالجة عرضية للآفات الجلدية ويستشار طبيب النسائية .

## الحكـــاك الحمـــلي Prurigo Gestationis [ Besnier 1904 ] :

**التعـريف** : يدل تعبـير الحكـاك الحملي على مجموعـة من الاضطرابات الجلدية المختلفة عن بعضها تماماً . وتتألف جميعها من طفح حاك بشدة وتحدث بشكل عام في الثلث الثاني من الحمل أو بعد ذلك . وقد تأخذ شكل حكاك بسيط تحت حاد خلال الحمل .

ويجب تفريقها عن الأشكال الأخرى من الحكاكات مثل التهاب الجلد الحلئي الشكـل ( داء دورينغ Duhring ) ، أو التهاب الجلد التأتبي أثناء الحمل . لا يتأثر الجنين بهذه الآفة .

**المعـالجة** : يجب أن تقتصر المعـالجة على الإجراءات المضـادة للحكة إن أمكن ذلك . نادراً ما تتطلب المعالجة بالستيروئيدات جهازياً .

## اللويحـات والحطـاطات الشـروية الحاكة في الحمـل Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnqncy [ Lawley ورفاقه 1979 ] :

**التعريف** : اضطراب جلدي حاد جداً يبدأ في الثلث الأخير من الحمـل ويتميز بلويحات وحطاطات شروية تبدأ على البطن ، وتختفي الآفات بعد الوضع .

**الحدوث** : داء نادر ، وقد اعتبر مماثلاً للطفح السمي للحمل (Bourne 1962) وقيل أيضاً بأنه يشبه النماذج عديدة الأشكال من الحكـاكات (Prurigo) الحمـليـة ( النموذج المتأخر ) ، وبسبب صعوبة التمييز بين هذه الأمراض الثلاثة بشكل مؤكد وفقاً لمعـايير نسجيـة أو سريرية فقد اقترحت عبارة الاندفاع عديد الأشكال للحمل في تسمية هذا الداء . ( هولمز ورفاقه Holmes 1982 ) .

**الإمراض** : غير معـروف ، ويحتمـل وجود تفـاعـل أرجي متأخر ، ولا توجد اضطرابات هرمونية .

**الموجودات السريرية** : تتألف من حطاطات ولويحات متوذمة حمامية تتوضع على البطن في البدء ، ثم تنتشر للفخذين والردفين والذراعـين والأقســام الجـانبيـة من الجذع خـلال أيـام . التسحجـات غائبة عادة . تشفى الاندفاعات الحاكة بشـدة خلال أيام عديدة . وليس ثمة موجودات مخبرية غير طبيعية ، إلا أن الفزر الحملية ( علامات التمدد ) شائعة .

**الأعراض** : الحكة فقط . وقد تكون شديدة .

**التشريح المرضي النسجي** : لا يوجد تبدلات نسجية شديدة في الأدمة ، تبدي الأدمة الشبكيـة السطحيـة وذمة ورشـاحة باللمفـاويات والمنسجات حول الأوعية ، ووذمة في الحليمات الأدميـة . وقد توجد حمضـات في بعض الأحيان . ونادراً ما يحدث سفاج محدد وخطل تقرن وقد تمتد الرشاحة إلى الطبقات العميقة من النسيج الأدمي .

**المناعيات** : وجدت ترسبات المتممة C3 في الأوعية الدموية الأدمية .

**السـير** : تختفي الآفات بعد الوضع . ونادراً ما تنكس الحالة خلال الحمل التالي . ولم يلاحظ وفيات الأجنة .

**التشخيص التفـريقي** : يجب تفريق هذا الداء عن الحمـامى عديدة الأشكال ، والاندفاع الدوائي عديد الشكل ، والحكة الحمـليـة ، والأشكـال الحكـاكيـة من التهاب الجلد التأتبي ، والتهاب الجلد الحلئي الشكل ، والحلأ الحملي ، والتهاب الجلد الحطاطي في الحمل .

**المعالجة** : تستخدم معالجات ملطفة فقط .

*المعالجة الجهازية :* تستخدم الستيروئيدات السكرية أحياناً وفي الحالات الشديدة بجرعات معتدلة ٢٠ ـ ٤٠ ملغ بريديتزلون يومياً .

*المعالجة الموضعية :* محلول الزنك ( يخض قبل الاستعمال ) مع إضافة منبجات موضعية مثل بوليدوكانول ٢ ـ ٥٪ أو اكيتول ٥٪ . وقد تؤخذ التراكيز المنخفضـة من الستيروئيدات بعين الاعتبار في المعالجة الموضعية .

## التهاب الجلد الحطاطي في الحمل Papules Dermatitis of Pregnancy [ Spangler ورفاقه 1962 ] :

**التعريف** : يحدث هذا الجلاد النـادر لدى ١ من بين ٢٥٠٠

حمل . ويتظاهر باندفاعات يومية مؤلفة من بعض الحطاطات الحاكة بشدة تظهر في أي مكان من الجلد بما فيه الوجه ، ثم تختفي بسرعة .

**الموجودات السريرية** : الآفة البدئية هي حطاطة مصلية . وقد تتطور نتيجة للحمل إلى آفة منتشرة نازفة بشكل ثانوي . تميل للشفاء خلال ٧ ـ ١٠ أيام تاركة فرط تصبغ تالٍ للالتهاب . ويعتقد أن الداء يحدث في أي وقت بين الشهر الأول والشهر الأخير من الحمل ويختفي مباشرة بعد الوضع .

والمظهر الهام هو زيادة مستويات الحاثات التناسلية المشيمية البشرية في البول حتى ٢٥٠٠٠ ـ ٥٠٠٠٠٠ وحدة . وتكون التأثيرات المعاكسة على الجنين في ٢٧٪ من الحالات على شكل إجهاضات أو إملاص ، وربما كان ذلك بسبب قصور المشيمة . هذا وإن الإجابة على السؤال ما إذا كانت هذه الحالة حالة مرضية مستقلة لم تكتمل بعد . فقد تكون شكلاً من الحكاك البسيط الحاد خلال الحمل ناجماً عن الأرج تجاه المستضدات المشيمية غير الطبيعية .

**المعالجة** : قد تستخدم الستيروئيدات السكرية الجهازية . وتتطلب الحالة التعاون مع اختصاصي التوليد .

**الحمامى العقدة الحملية Erythema Nodosum Gravidarum** [ بومبارديري ورفاقه Bombardieri 1977 ] :

*المرادفات* : الحمامى العقدة في الحمل .

**التعريف والمظاهر السريرية** : حالة نادرة جداً إلا أنها تفاعل جلدي نوعي في الحمل يتطور خلال الثلث الأول من الحمل . أو بداية الثلث الثاني منه على شكل عقيدات حمامية ذات توضع وشكل نموذجيين . لم توجد لها علاقة بالأدوية أو بالأمراض الخمجية .

وتتطور أحياناً آفات جلدية مماثلة خلال الحمول التالية أو عند تناول مانعات الحمل الفموية . ولذلك يبدو أن هذا الداء جلاد نوعي للحمل .

**المعالجة** : تستخدم الستيروئيدات الموضعية على شكل كريمات عند الضرورة .

# الفصل السابع والثلاثون

# الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات استقلاب الشحم

# Skin Disorders Caused by Disturbances of Lipid Metabolism

د . محمد دلة

## الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات استقلاب الشحم المجموعية Skin Disorders Caused by Systemic Lipid Metabolism : Disturbances

**الفيزيولوجية المرضية** : من المعروف منذ أمد طويل أن شحميات المصورة لا تؤلف صنفاً وحيد الشكل من المواد . ويمكن أن تُمَيَّز أجزاء عديدة على أساس البنى الكيميائية ؛ وأكثرها أهمية ثلاثيات الغليسريد Triglycerides ، والكولستيرول ( بشكليه الحر والمؤستر ) ، والشحميات الفسفورية ، والحموض الدسمة الحرة . ولا توجد شحميات المصورة بشكلها الحر ولكنها تُربط بالبروتينات وتنقل بواسطتها . وفي حين أن الحموض الدسمة الحرة يمكنها أن ترتبط بالألبومين ، فإن ثلاثيات الغليسريد والكولستيرول ( الحُر أو المؤستر ) والشحميات الفسفورية تُشَكِّل معقدات أكبر مع ما يُسمى الصميات البروتينية Apoproteins ، وهذه تُدعى بالبروتينات الشحمية . ويمكن بمساعدة الرحلان الكهربائي Electrophoresis والتبيذ الفائق Ultracentrifugation تمييزُ أربعة أنواع رئيسية من بروتينات المصورة الشحمية . وتختلف هذه عن بعضها البعض على وجه الخصوص بخواصها الفيزيائية – الكيميائية المتعلقة بمعدلات هجرتها في الرحلان الكهربائي ، وبكثافتها البصرية ، وثوابت تثفلها ، ومحتواها من الصميات البروتينية بالإضافة إلى ثلاثيات الغليسريد ، والكولستيرول ، والشحميات الفسفورية .

ويبين الجدول ٣٧ – ١ تسمية البروتينات الشحمية بالارتباط مع طريقة التحليل .

توجد الصميات البروتينية المختلفة الهامة ، كبروتينات حاملة أو لوظائفها الاستقلابية ، في البروتينات الشحمية المختلفة بكميات متغيرة ( راجع الجدول ٣٧ – ٢ ) .

**الجدول ٣٧ – ١ : تسمية البروتين الشحمي وطريقة التحليل**

| الرحلان الكهربائي | التبيذ الفائق |
|---|---|
| الدقائق الكيلوسية | الدقائق الكيلوسية |
| البروتينات الشحمية – قبل بيتا | VLDLs ( البروتينات الشحمية وضيعة الكثافة ) |
| البروتينات الشحمية – بيتا | LDLs ( البروتينات الشحمية خفيضة الكثافة ) |
| البروتينات الشحمية – ألفا | HDLs ( البروتينات الشحمية رفيعة الكثافة ) |

تحوي البروتينات الشحمية وضيعة الكثافة VLDLs بشكل رئيسي الصميم البروتيني apo – B100 و apo – C ، أما البروتينات الشحمية خفيضة الكثافة LDLs فتحوي على الأغلب apo – B100 فقط ولا يوجد فيها غالباً أي apo – C ، والبروتينات الشحمية رفيعة الكثافة HDLs غنية خصوصاً بـ apo – A . إن الصميم البروتيني A هام جداً لاستقلاب HDL وهو عامل واقٍ ضد المرض الشرياني الإكليلي . والصميم البروتيني B أساسي لتركيب ونقل ثلاثيات الغليسريد . ويملك أيضاً دوراً في ارتباط LDLs إلى مستقبلات غشائية نوعية – مستقبلات apo – B و E – الخلايا خارج كبدية وكبدية . إن الصميات البروتينية C بروتينات فعَّالة وظيفياً : $apo - C_I$ يُفعِّل ناقلة ليسيتين – كولستيرول أسيل المتداخلة بأسترة الكولستيرول ، و $apo - C_{II}$ يُفعِّل ليباز البروتين الشحمي التي تُحَفِّزُ حلمهة Hydrolysis الدقائق الكيلوسية Chylomicrons و VLDLs ، و $apo - C_{III}$ يثبط هذا الإنظيم . ويتم التحكم بتركيب الصميات البروتينية في الكبد عن طريق توفر الكولستيرول وثلاثيات الغليسريد . ويمكن أن تتبدل هذه الحالات جوهرياً في الظروف المرضية .( راجع الجدول ٣٧ – ٢ ) .

ومن المعروف أن ثلاثيات الغليسريد التي تركبها خلايا المخاطية المعوية تصل إلى الكبد على شكل دقائق كيلوسية بطريق اللمف والدم . وتَنقلُ VLDL المتشكلة في الكبد ثلاثياتِ الغليسريد – وتتركب أيضاً في الكبد – ثانيةً إلى النسج الشحمية المحيطية عن طريق مجرى الدم . يتم تَحْلُمة أجزاء ثلاثي الغليسريد بواسطة ليباز البروتين الشحمي ، وفي غضون ذلك تنقلب VLDLs عبر مراحل متوسطة – البروتينات الشحمية متوسطة الكثافة – إلى بروتينات شحمية أعلى كثافة وذات مستويات أعلى من الكولستيرول أي إلى LDLs والتي وظيفتها

الجدول ٣٧ ـ ٢ : الخصائص الفيزيوكيميائية للبروتينات الشحمية

| الرحلان الكهربائي | الحجم ( ن م ) | المكونات الشحمية الرئيسية ( ٪ ) | الصميات البروتينية | الرحلان الكهربائي | التبيذ الفائق |
|---|---|---|---|---|---|
| دقائق كيلوسية | ١٠٠ ـ ١٠٠٠ | ثلاثي غليسريد ٨٥ ـ ٩٠ | C, B, A | | d < 0.95 g/ml sf 400 − $10^5$ |
| بروتينات شحمية ـ قبل بيتا | ٣٠ ـ ٧٠ | ثلاثي غليسريد ٥٠ كولستيرول ١٩ | C, B, (A) | | (VLDL) d < 1.00 g/ml sf 20 − 400 |
| بروتينات شحمية ـ بيتا | ١٥ ـ ٢٥ | كولستيرول ٤٥ | (A) ، B | | (LDL) d 1006 − 1063 g/ml sf 0 − 20 |
| بروتينات شحمية ـ ألفا | ٧,٥ ـ ١٠ | شحميات فسفورية ٣٠ ( بروتينات ٥٠ ) | (C, B), A | | (HDL) d 1.013 − 1.21 g/ml |

الرئيسية هي نقل الكولستيرول . وتنجبل مع الخلايا بوساطة مستقبلات نوعية موجودة على غشاء الخلية وتطلق إلى داخل الخلية بحلمتها بالجسيمات الحالّة . ويعرف جيداً أن LDLs تتراكم في بلاعم الجدار الشرياني وتلعب دوراً في تشكل العصيدة Atheroma ( التصلب العصيدي Atherosclerosis ) . وأخيراً ، تقوم HDLs بدور الحماية من فرط الكولستيرول الحر وذلك بمساهمتها في عودة نقل الكولستيرول ثانيةً إلى الكبد . لذا فالمستويات العالية من HDL تعني خطراً منخفضاً نسبياً للإصابة بالمرض الشرياني الإكليلي .

لقد أظهرت دراسات فريدريكسن Frederickson وصحبه ( ١٩٦٧ ) ودراسات شتلر Schettler وصحبه ( ١٩٧٦ ) أنه يمكن أن ترتفع مستويات واحد أو أكثر من أجزاء البروتين الشحمي كنتيجة لاضطرابات استقلابية خلقية أو مكتسبة .

**تصنيف فرط بروتينات الدم الشحمية Classification of the Hyperlipoproteinemias :**

| | |
|---|---|
| النمط الأول | فرط الدقائق الكيلوسية بالدم |
| النمط الثاني « آ » | فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا |
| النمط الثاني « ب » | فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا وفرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا |
| النمط الثالث | مرض بيتا الواسعة |
| النمط الرابع | فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا |
| النمط الخامس | فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا وفرط الدقائق الكيلوسية بالدم |

ومن خلال الممارسة ، من الممكن تشخيص فرط بروتينات الدم الشحمية وتصنيفها مؤقتاً فحسب وذلك بفحص المصورة ومعايرة ثلاثيات الغليسريد والكولستيرول في المصورة بعد الصيام لأن أجزاء البروتين الشحمي تختلف كثيراً في الشحميات المختلفة التي تحتويها . فالدقائق الكيلوسية غنية بثلاثيات الغليسريد الخارجية المنشأ ، والبروتينات الشحمية ـ قبل بيتا (VLDLs) غنية بثلاثيات الغليسريد الداخلية المنشأ . وتحوي البروتينات الشحمية ـ بيتا (LDLs) من جهة أخرى مستويات عالية من الكولستيرول ، والبروتينات الشحمية ـ ألفا (HDLs) تحوي مستويات عالية من الشحميات الفسفورية . وباعتبار أن عكر المصورة يرتبط بشكل رئيسي بحجم جزيئات البروتين الشحمي فإن المستويات العالية من الدقائق الكيلوسية الكبيرة نسبياً و VLDLs تؤدي إلى مصورة غيمية ، في حين تترافق زيادة LDL الغنية بالكولستيرول بمصورة صافية .

**علامات** : يمكن لأي من العلامات التالية أن توجّه طبيب الجلد للاشتباه بوجود فرط بروتينات دم شحمية بدئية أو ثانوية :

- لويحات صفراء جفنية .
- قوس قرنية شحمانية Arcus Lipoides Corneae ( قوس شيخوخية ) .
- أجناد النقرس Tophi of gout .
- مرض وعائي محيطي .
- تبدلات في المفاصل ( نقرس ) .
- حالة تغذوية ( بدانة ) .

وحالما يشتبه بوجود فرط بروتينات دم شحمية فمن الأمور الأساسية أخذ قصص عائلية وشخصية مفصلة للمرضى بشأن فرط بروتينات الدم الشحمية ، والداء السكري ، والبدانة ،

ـلكحوليـة ، والنقرس ، والمرض القلبي الوعائي ، والأدوية . ـمن معروف جيداً أنه إلى جانب ارتفاع ضغط الدم الشرياني ـسـرف Abuse النيكوتين ، فإن فرط بروتينات الدم الشحمية يجب أن يعتـبر بمثـابـة عامل خطر من الدرجة الأولى لتطور لأمراض لقبية الوعائية التنكسية .

**التشخيص** : إن الحصـول على عينـات الدم بعد صيـام لفترة ٢ ـ ١٦ سـاعة أمر أسـاسـي لتفـادي الأطعمة الغنية جداً بالسكريات والدهون . وأكثر من ذلك فالعينـات المرسـلة للمخبر يجب ألا تتألف من الدم الكامل بل فقط من المصـل والمصورة .

ويتطلب تشخيص فرط بروتينات الدم الشحمية الإجراءات التالية :

- فحص المصـل : مصـل صافٍ أو حليبي عكر أو ينفصل طوال الليل .
- تحليل شحميات المصل مع معايرة الكولستيرول وثلاثيات الغليسريد .

ويجب أن تكون نتائج هذين الاستقصـائين كافية وتسمح بتصنيف مؤقت لفرط بروتينـات الدم الشحميـة . وعلى أية حال ، يجب أن يتأكد ذلك بإجراء :

- الرحلان الكهربائي للبروتين الشحمي .
- معايرة كولستيرول HDL بترسيب البروتينات الشحمية الحاوية على الصميم البروتيني apo – B .
- تجزئـة البروتـين الشحمي بواسطـة التنبيذ الفـائق . وهذه الاستقصــاءات مهمـة فقط في حالات معينـة ، مثـال ، تشخيص فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث .
- تقدير الإنظيمات حالّةِ الشحم .
- تحليل الصميم البروتيني .
- استخدام صيغة Friedewald :

كولستيرول LDL =الكولستيرول الكلي

$$- \left( \frac{\text{ثلاثيات الغليسريد الكلية}}{5} + \text{كولستيرول HDL} \right)$$

( هنـالك زيـادة خطـر المـرض الإكليـلي القـلبي إذا كان الكولستيرول LDL > ١٥٠ مغ/دل ) .

إضافة لذلك ينصح بإجراء الاستقصاءات التالية : سكر الدم ، واختبار تحمل الغلوكوز ، وفحص وظيفة الدرق ( ثالث يود التيرونين Triiodothyronine ، تيروكسين ) ، والرحلان الكهربائي لبروتينات المصل ، ومعايرة مستويات حمض البول .

## الصفرومات : Xanthomas

الصفرومات عبـارة عن أورام تفـاعلية Reactive مصفرة تنجـم عن تسـرب بروتينـات المصــل الشحميـة عبر جدران الأوعية ومن خلال الأكل Ingestion المحلي والالتقام الخلوي المتواسط بالمستقبلات من قبل البلاعم ( الكنّاسة ) . والحالات المسببة للصفرومات هي :

- في معظم الحالات ، تراكيز مرضية للبروتينات الشحمية في المصورة .
- نفوذية غير طبيعية للجدر الوعائية .
- نفاذ بروتينات المصل الشحمية عبر الجدر الوعائية وترسبها في النسيج الضام حول الأوعية .
- أكل Ingestion ومعاملة من قبل الخلايا المحيطة Pericytes والبلاعم المتراكمة .

وكنتيجة لإنجبال البروتينات الشحمية تتحول هذه الخلايا إلى خلايا رغوية متفجية بغزارة . وتستقلب بروتينات المصل الشحمية وتقوض ضمن هذه الخلايا الرغوية . وتمتلك الخلايا الرغوية بما يوافق ذلك التجهيزات الملائمة من إنظيمات الجسيمات الحالة . وتملك الصفرومات المتطورة حديثاً نفس نوعية طيف البروتـين الشحمي كالدم تقـريبـاً . وفيما بعـد ، يحدث تراكم لأســترات الكـولسـتـيرول ، والكــولسـتـيرول ( إبر Needles ) ، والشحميـات الفسـفورية ( أشكـال نخاعينيـة Myelin ) . وتكون بعض الصفرومات مفرطة بروتينات الدم الشحمية عكوسـة . وسيرد لاحقاً تصنيفٌ للصفرومات بناءً على مظاهرها السريرية والشكلية .

*اللويحات الصفراء الجفنية Xanthelasma Palpebrarum* : لويحات نمطية صفراء توتية مسطحة طرية تميل للظهور أولاً على الجزء الأنسي للأجفان العلوية . وهي إشـارات لتأذٍ موضعي باستقلاب الشحم دون وجود شذوذات مجموعية في استقلاب البروتين الشحمي أو زيادة بالبروتينات الشحمية – بيتا الغنية بالكولستيرول (LDLs) . ( راجع الشكل ٣٧ – ١ ) .

*الصــفــروم المســطــح المنتشــر Xanthoma Planum Diffusum* : يتألف من مناطق من الجلد مسطحة تماماً مصفرة اللون ناجمة عن انجبال الشحوم ضمن البلاعم . وهي تحدث بشـكـل رئيسـي على الجذع وهكذا أخذت وصف اللويحات الصفراء الجسدية . ولا توجد أية آفات حطاطية أو عقيدية . ويحدث هذا الشكل في المرضى المصـابين بلمفومات خبيثة أو نقيـومـات متعددة . ويمكن أن تشـير إلى زيادة بالبروتينـات الشحمية – بيتا (LDL) . ( راجع الشكل ٣٧ – ٢ ) .

*الصــفـــروم الحدبي Xanthoma Tuberosum* : تظهـر

الصفرومات الحدبية عادة بشكل متناظر على المرفقين والركبتين واليدين والقدمين ووتري العرقوب Achilles Tendous . ويمكن أن تكون على شكل لويحات مسطحة أو نصف كروية ، أو عقيدات أو عقد صفراء إلى صفراء محمرة أو صفراء مزرقة والتي قد تصل لحجوم كبيرة . وما يميزها تطورها البطيء وانخفاض معدلات تراجعها . والصفرومات الحدبية نمطية وذات مستويات متزايدة من البروتينات الشحمية – بيتا (LDLs) ، وهي واصمة لفرط الكولسترولية العائلي ، ومشيرة لزيادة خطر حدوث المرض الإكليلي القلبي . ( راجع الشكل ٣٧ – ٣ ) .

*الصفروم الطفحي Xanthoma Eruptivum* : وهو عبارة عن أعداد كبيرة من الصفرومات الحطاطية الطفحية والتي يمكن أن تصبح منتشرة على الجسم خلال مدة قصيرة نسبياً ( أسابيع ) . والأماكن المنتقاة للإصابة هي المناطق الألْويَّة والسطوح الباسطة للأطراف . تكون الآفات صغيرة ومتناظرة على شكل حطاطات أو عقيدات صغيرة ، وذات لون أصفر فاتح وتحاط عادة بهالة التهابية . وتشير الصفرومات الطفحية لفرط ا لدقائق الكيلوسية بالدم أو فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا (VLDLs) ، اي زيادة ثلاثيات غليسريد المصورة الخارجية أو الداخلية المنشأ . وتكون المصورة عكرة كالحليب وقد تشكل طبقة قشدية علوية . وتوجد زيادة خطر حدوث التهاب المعثكلة . ( راجع الشكل ٣٧ – ٤ ) .

*الصفروم الراحي المخطط والصفروم الراحي الحطاطي Xanthoma Palmare Striatum and Xanthoma Palmare Papulosum* : تتألف العلامات الأولى من تَلَوّن مصفر خطي في طيات كل من الراحتين ( الاصفرار الراحي Xanthochromia palmaris ) والخطوط الإنعطافية للأصابع . وتصبح هذه المناطق فيما بعد متسمكة . وبالإضافة لذلك ، يمكن أن توجد آفات حطاطية صغيرة . وهذا الشكل من الصفروم نمطي لفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث مع أشرطة بيتا واسعة ( تراكم VLDLs ) . ويحدث أيضاً على أية حال في حالات زيادة البروتينات الشحمية – قبل بيتا (VLDLs) . وترتفع ثلاثيات غليسريد المصورة الداخلية المنشأ في مثل هذه الحالات وتكون المصورة عكرة . ( راجع الشكل ٣٧ – ٥ ) .

*الصفروم الوتري والمفصلي Xanthoma Tendinosum et Articulare*: الأوتار المصابة بشكل رئيسي هي أوتار السطوح الانبساطية للمفاصل الإصبعية الدانية وعلى مغارز الأوتار الرضفية ووتري العرقوب . وتفضل الصفرومات المفصلية مفاصل الأصابع . وهذه الصفرومات مؤشر أيضاً لفرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ويزداد بذلك كولستيرول LDL . ( راجع الشكل ٣٧ – ٦ ) . من الممكن بالتمييز الدقيق للصفرومات رسم استنتاجات بخصوص نمط فرط بروتينات الدم الشحمية وبالتالي طلب الاختبارات الضرورية .

**التشريح المرضي النسجي** : الصفرومات عبارة عن أورام تفاعلية . والبنيات الدقيقة متشابهة نسبياً في الأشكال المختلفة ولا تسمح بالتفريق الموثوق بينها . تتوضع خلايا المفاوية وخلايا منسجة الشكل Histocytoid حول الأوعية الدموية في محيط الصفرومات والتي تبتلع المادة الشحمية التي تذوب وتزول من الخزعة أثناء التثبيت مما يعطي للهيولى مظهراً رغوياً . **والخلايا الرغوية** عبارة عن بلاعم ممتلئة بالمادة الشحمية المبتلعة . وهي تشكل المكونات الرئيسية للصفرومات . بالإضافة لذلك ، توجد خلايا توتون العملاقة Touton giant Cells النمطية ، وهي خلايا عملاقة تحوي المادة الشحمية . وتشتمل البنية المستدقة للشحميات المبتلعة على فجوات مع بروتينات شحمية ، وبلورات كولستيرول مزدوجة الكسر ، وشحميات فسفورية والتي يمكن رؤيتها كأشكال نخاعينية داخل هيولية ؛ وتوجد أيضاً حموض دسمة ودهن متعادل . وإن أنماط وكميات المواد الشحمية المختزنة لا تسمح بأي استنتاج فيما يخص نمط فرط بروتينات الدم الشحمية . وتتضمن المظاهر الأخرى ظاهرة التهابية مصاحبة في الصفرومات الطفحية بالإضافة إلى تفاعل تليفي مع زيادة التليف في الصفرومات الطويلة الأمد نسبياً .

**المعالجة** : يمكن للصفرومات المزعجة جمالياً أن تزال جراحياً . ومن الممكن أيضاً معالجة الصفرومات بحمض الخلّي ثلاثي الكلور أو الجراحة الكهربائية . ويستعان بالجراحة الرأبية للصفرومات التي تؤثر على الحركة ( على وتر العرقوب مثلاً ) . ومهما يكن ، فهي ترجع على الأرجح إذا لم تكن هناك معالجة كافية لاضطراب البروتين الشحمي .

**التصفرم Xanthomatization** : يطلق تعبير التصفرم على حدوث خلايا صفرومية ( خلايا رغوية ، خلايا توتون عملاقة ) في اضطرابات أخرى . ويمكن للصورة السريرية أحياناً ، نتيجة لتبدلات اللون المصفرة ، أن تُذَكِّرَ بالارتشاحات الصفرومية . ويحدث التصفرم في داء كثرة المنسجات X ( داء آبت – ليترر – سيوي ، وداء هاند – شوللر – كريستيان ) ، والفطار الفطراني ، والحبيبوم الحَمِض وداء كثرة المنسجات الشبكي متعدد المراكز ، وداء كثرة الشبكيات الحمض ، وأحياناً كثيرة نسبياً في أورام المنسجات والحبيبومات الصفراء الشبابية .

**الورام الأصفر : Xanthomatosis** يرجع مصطلح ورام

صفر إلى حدوث أعداد كبيرة نسبياً من الصفرومات متوزعة بشكل متناظر عادة . ويميز تصنيف ثانهاوزر Thannhauser السابق بين أدواء الورام الأصفر مفرطة شحميات الدم ومفرطة الكولسترولمية في الأشكال البدئية ( العائلية ) والثانوية . وقد استبدل هذا بتصنيف منظمة الصحة العالمية WHO الذي يقوم على الطرق الحديثة لتحليل البروتين الشحمي بالرحلان الكهربائي والتنبيذ الفائق للمصل . ويميز التصنيف بين حالات فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية العائلية وفرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية المكتسبة .

## فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية العائلية : Primary Familial Hyperlipoproteinemias

تعزى هذه المتلازمات لاضطراب وراثي في استقلاب البروتين الشحمي . ويعتمد التشخيص في حالة إفرادية على أنماط البروتينات الشحمية التي تحدث بكميات زائدة في المصورة أو تترسب في الأوعية الدموية .

### فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الأول : Hyperlipoproteinemia Type I

*المرادفات :* عوز ليباز البروتين ، فرط الدقائق الكيلوسية بالدم العائلي ، صفرومات منتشرة مع ضخامة كبدية طحالية مترافقة مع فرط شحميات الدم ، متلازمة بيرغر – غروتز Burger – Grutz ، الورام الأصفر مفرط شحميات الدم الغامض Idiopathic ، فرط ثلاثيات غليسريد الدم خارجية المنشأ .

**التعريف** : هو عبارة عن فرط الدقائق الكيلوسية بالدم مع ترسبات لبروتينات شحمية غنية بثلاثي الغليسريد في الأعضاء الداخلية والجلد وسببه عوز وراثي بليباز البروتين الشحمي ويثار بالدهون المأخوذة مع الطعام .

**الحدوث** : نادر جداً . وينتقل كخَلّة وراثية جسدية صاغرة . ويحدث بشكل مسيطر في الأطفال الصغار الذين يراجعون طبيب الأطفال بعلامات مغص بطني .

**الإمراض** : ينجم عن عوز وراثي بليباز البروتين الشحمي في الخلايا البطانية الوعائية أو بارتباط ثلاثيات الغليسريد مع صمائم بروتينية معينة ، ولذلك يلي تناولَ الشحوم خارجية المنشأ استقلابٌ غير كافٍ للدقائق الكيلوسية . ويؤدي هذا إلى تراكم الدقائق الكيلوسية ، وبالتالي ارتفاع مستويات ثلاثيات الغليسريد في المصورة وترسباتها في النسيج .

**الموجودات السريرية** : الصفرومات الطفحية نمطية . وهي تميل لأن تظهر فجأة في الأماكن الانتقائية مثل الأليتين والفخذين والذراعين والظهر والوجه ويمكن أن تشمل أيضاً المخاطية الفموية . وقد تصبح الآفات متلاقية .

وتشمل الأعراض الأخرى الألم في أعلى البطن الذي يرجَّح أن يكون بسبب التوتر المحفظي في الكبد والطحال ، والضخامة الكبدية الطحالية ، والتهاب المعثكلة ، ونقص تحلل الشحم بعد إعطاء الهيبارين . ويكشف فحص قعر العين عن شبكية مفرطة شحم الدم .

*المصل :* حليبي Milky ويميل للانفصال ( طبقة قشدية علوية ) وترتفع ثلاثيات الغليسريد والدقائق الكيلوسية ، وتنعدم أو تنقص ليباز البروتين الشحمي خارج الكبدية . ويكون الصميم البروتيني apo – A دون الطبيعي .

**الإنذار** : حسن إذا التزم المريض بالحمية المناسبة ، وفي هذه الحالة تميل الآفات الجلدية للاختفاء خلال أسابيع . ولا يزداد حدوث التصلب الشرياني ( الورام العصيدي Atheromatosis ) .

**المعالجة** : يستطب في حالات المغص البطني الامتناع عن الطعام والتسريب الوريدي للمحاليل الملحية إسْوية التوتر Isotonic أو لمحاليل الغلوكوز ٥٪ ، وتعطى أيضاً المركنات أو المسكنات كمعالجة عرضية . وينصح بحمية طويلة الأمد تقوم على تحديد مقدار الدهون الطبيعية بالقوت بين ١٥ – ٣٠ غ يومياً كحد أقصى . ويجب أن تكون الدهون غنية بثلاثيات الغليسريد متوسطة السلسلة . ويرتبط ارتفاع مستويات ثلاثي غُلَيْسريد المصورة حتى ١٠٠٠ مغ/مل بالآلام المغصية . وتبقى العوامل المقهمة Anorectic ( المنقصة للشهية ) عديمة الفائدة .

### فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » : Hyperlipoproteinemia Type IIa

*المرادفات :* فرط الكولسترولمية العائلي ، فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ، الورام الأصفر بفرط الكولسترولمية العائلي الغامض ، فرط الكولسترولمية الأساسي .

**التعريف** : هو خلل استقلابي وراثي يتظاهر بفرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ويعزى لعوز أو نقص أو ضعف وظيفي بمستقبلات LDL مؤدياً إلى نقصان استقلاب الكولستيرول داخل الخلوي .

**الحدوث** : تتكرر هذه الحالة في بشكل عائلي ، وتنتقل كَخَلَّة وراثية جسدية سائدة . ويميل متماثلو الزيجوت Homozygotes لأن ترتفع عندهم مستويات كولستيرول المصل فوق ٤٠٠ مغ/١٠٠ مل .

**الإمراض** : يمكن كشف الخلل الاستقلابي – يعني خلل مستقبل LDL – في المزارع الخلوية ( أرومات الليف )

للمرضى . ويستقلب في الشخص الطبيعي ٤٥٪ تقريباً من LDL في مصله كل يوم . والنسبة الموافقة في المريض متماثل الزيجوت – الذي لا يملك في الحقيقة أية مستقبلات LDL – هي ١٧٪ ، وفي المريض متغاير الزيجوت ٣٠٪ تقريباً . وبما أن LDLs لا تدخل الخلايا وبالتالي لا تخضع للاستقلاب داخل الخلوي فهي تتراكم في المصورة . وتحرض LDLs الزائدة والقديمة على تشكل لويحات صفراء ، وصفرومات حدبية ، وقوس شحمانية ( شيخوخية ) ، وتصلب شرياني ( تصلب إكليلي ، تصلب شرياني محيطي ) .

**الموجودات السريرية** : تتطور العلامات عند متماثلي الزيجوت في الطفولة الباكرة ، وعند متغايري الزيجوت في الأعمار بين ٢٠ – ٥٠ سنة عادة . وتشمل التظاهرات النمطية على لويحات صفراء جفنية وصفرومات حدبية وصفروم وَتَري وقوس شحمانية وتصلب شرياني . وتصيب التغيرات التصلبية الشريانية الشرايين الإكليلية بشكل رئيسي . ( راجع الشكل ٣٧ – ٧ ) .

*المصل* : صافٍ . ويكون الكولستيرول والبروتينات الشحمية – بيتا (LDLs) مرتفعين بشكل كبير . كما يزداد الصميم البروتيني apo – B وكولستيرول LDL . وتبقى ثلاثيات الغليسريد ضمن المجال الطبيعي .

**الأعراض** : يمكن للصفرومات الحدبية التي قد تصبح كتلية ، وصفرومات الأوتار الرضفية والعقبين والقدمين أن تؤثر على المشي . وليست البدانة جزءاً من الصورة التقليدية .

**الإنذار** : إن المرض الأبكر بالظهور هو الأسوأ إنذاراً . ويموت الأطفال عادة قبل البلوغ بالخثار الإكليلي واحتشاء العضلة القلبية .

**المعالجة** :

*الحمية* : يجب تناول فقط الدهون ذات النسبة المئوية العالية ( ٦٠٪ تقريباً ) من الحموض الدسمة العديدة واللامشبعة Polyunsaturated . ويجب تحديد مأخوذ الكولستيرول إلى ٣٠٠ مغ يومياً كحد أعظمي .

*الأدوية* : المعالجة المختارة هي مثبطات ريدكتاز – A تميم إنظيم HMG مثل سيمفاستاتين Simvastatin ٢٠ مغ/يوم مشركاً مع مقايضات الشوارد Ion Exchangers مثل الكولستيرامين ٤ – ١٢ مغ/يوم . ويمكن محاولة المعالجة بحمض النيكوتينيك ومشتقاته ١,٥ مغ يومياً ، أو بيزافيبرات Bezafibrate أو كلوفيبرات Clofibrate أو إيتوفيبرات Etofibrate أو فينوفيبرات Fenofibrate أو لوفوستاتين Lovostatin .

وبشكل بديل يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار سَحْبُ LDL Apheresis .

## فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « ب » : Hyperlipoproteinemia Type IIb

*المرادفات* : فرط بروتينات الدم الشحمية بيتا ، وفرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا ، وفرط شحم الدم ، وفرط الكولسترولية ، وفرط ثلاثيات غليسريد الدم ، وفرط الكولسترولية .

**التعريف** : يتميز هذا الشكل بزيادات في البروتينات الشحمية – بيتا وقبل بيتا ، وقد أضيف لاحقاً إلى نظام فريدركسون وصحبه . وإن كثيراً من المرضى لا يملكون قصة عائلية واضحة .

**الإمراض** : غير مفسر بشكل نهائي .

**الموجودات السريرية** : تماثل تلك الصورة السريرية لفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » . وكثيراًما يكون المرضى بدينين ويمكن أن تحدث صفرومات طفحية .

*المصل* : صافٍ إلى عكر . ويرتفع كل من الكولستيرول ، وثلاثيات الغليسريد ، والبروتينات الشحمية – بيتا (LDL) ، وكذلك الصميم البروتيني apo – B و apo – CIII . ومن الممكن تمييزه عن فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث فقط بطرق التحليل بالرحلان الكهربائي للمصل ( أشرطة بيتا واسعة ) أو بالتنبيذ الفائق (VLDLs) .

**الإنذار** : حسن بالحمية المناسبة وإنقاص وزن الجسم .

**المعالجة** : يجب دائماً محاولة إنقاص البروتينات الشحمية – قبل بيتا (VLDLs) بالكلوفيبرات أو الإيتوفيبرات أو الفينوفيبرات أو البيزفيبرات أو اللوفاستاتين . ويجب أن يفحص تحمل السكريات لأنه يزداد في البروتينات الشحمية – قبل بيتا (VLDLs) ويمكن أن يتراجع بإنقاص مأخوذ السكريات ( ٣٠ – ٤٠٪ من إجمالي الكالوري ) . ومن الهام تخفيض وزن الجسم إلى المجال الطبيعي .

## فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث : Hypelipoproteinemia Type III

*المرادفات* : مرض بيتا الواسعة ، فرط بروتينات الدم الشحمية مع أشرطة بيتا واسعة ، عسر بروتينات الدم الشحمية بيتا Dysbetalipoproteinemia .

**التعريف** : هو مرض مستقل فيه خلل محدد بتقويض VLDLs مؤدياً إلى تراكم طلائع ومراحل متوسطة من LDL . وتملك

البروتينات الشحمية هذه تَحَرُّكَ بيتا عند تحليلها بالرحلان الكهربائي للبروتين الشحمي ولكنها تُرى كأنها VLDLs بالتنبيذ الفائق . ويظهر تحليل الرحلان الكهربائي أشرطة بروتين شحمي - بيتا واسعة . ويخضع كولستيرول المصل ( حتى ١٠٠٠ مغ/مل ) وثلاثيات الغليسريد ( حتى ٢٠٠٠ مغ/مل ) لتأرجحات ذات شأن . ويبدي مرضى فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث دائماً النمط الظاهري $apo - E_2/E_2$ بالتبئير الكهرساوي Isoelectric Focusing لصميم VLDL البروتيني : تماثل زيجية Homozygosity الصميم $E_2$ واصم لفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث .

**الحدوث** : الحالة نادرة نسبياً . وتوجد أحياناً قصة داء سكري عائلي . وتظهر أولاً في الكهولة عادة .

**الموجودات السريرية** : إن الصفرومات في خطوط الراحتين وتحت حلقات الإصبع مميزة للاضطراب . وتحدث صفرومات حدبية ولويحات صفراء وصفرومات الأوتار وقوس شحمانية ( شيخوخية ) في ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات .

كثيراً ما تحدث اعتلالات وعائية إكليلية و/أو محيطية . ويبدي كثير من المرضى أيضاً داء سكرياً كامناً .

*المصل* : عكر مع مستويات مرتفعة من الكولستيرول وثلاثيات الغليسريد . ويُظهر تحليل الرحلان الكهربائي للبروتينات الشحيمة شريط بيتا واسعاً ويكشف التبئير الكهرساوي النمط الظاهري $apo - E_2/E_2$ .

**الإنذار** : الإنذار محكوم بالميل للتصلب الشرياني الإكليلي أو المحيطي . وإن الإذعان الصارم للحمية والوسائل العلاجية أمرٌ أساسي .

**المعالجة** : تماثل الإجراءاتُ العلاجية الإجراءاتَ الخاصة بفرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » . وعلى المريض أن يقلل طعامه حتى يصل للوزن المثالي .

*الحمية* : فوائدها موضع تساؤل . وينبغي إنقاص الكالوري والسكريات حيث يجب تناول ٣٠٪ - ٤٠٪ فقط من مأخوذ الكالوري الإجمالي بشكل سكريات ، مع ٣٥٪ - ٤٠٪ بشكل دهون غنية بالحموض الدسمة غير المشبعة . ويجب ألا يتجاوز مأخوذ الكولستيرول ٣٠٠ مغ يومياً .

*الأدوية* : الأدوية أساسية . وتستخدم نوعياً الأدوية المنظّمة للشحوم من زمرة الكلوفيبرات مثال : إيتوفيبرات أو بيزافيبرات أو فينوفيبرات ، ومن الممكن إشراكها مع مشتقات حمض النيكوتينيك . وأكثرها فائدة مثبطات ريدكتاز - A تميم إنظيم HMG مثل سيمفاستاتين ولوفاستاتين بالإضافة إلى الكولستيرامين العازل Sequestrant للحمض الصفراوي .

## فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الرابع : Hyperlipoproteinemia Type IV

*المرادفات* : فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا ، فرط شحميات الدم المحرَّض بالسكريات ، فرط ثلاثي غليسريد الدم المحرَّض بالسكريات ، فرط شحم الدم الداخلي المنشأ ، فرط ثلاثي غليسريد الدم الداخلي المنشأ .

**التعريف** : هو فرط بروتينات دم شحمية قبل بيتا يتعجل حدوثه بالسكريات .

**الحدوث** : هو الشكل الأكثر شيوعاً وأحد الأمراض التي تكشف عن نفسها في الكهول . وقد اعتبر أنه ينتقل بخلّة جسدية صاغرة ، غير أن العوامل الخارجية المنشأ تلعب دوراً أكثر أهمية دون شك . ويمكن أن يكون مرضاً مشروطاً بنيوياً كالداء السكري .

**الإمراض** : لقد افترض أن الحالة تنجم إما عن زيادة تركيب ثلاثيات الغليسريد في الكبد استجابة لأكل السكريات أو عن استقلاب آجل لثلاثيات الغليسريد الداخلية المنشأ في النسيج الشحمي . وكثيراً من المرضى أيضاً بدينون و/أو كحوليون .

**الموجودات السريرية** : تتألف العلامة السريرية الرئيسية من صفرومات طفحية تحدث فجأة على الجذع أو الأليتين أو السطوح الباسطة للذراعين أو الفخذين وقد تحدث في أي مكان على الجلد في الحالات الشديدة . هذا وإن الصفرومات الحدبية ، والقوس القرنية الشحمانية ، وصفرومات الأوتار والمفاصل ، واللويحات الصفراء ليست نمطية .

يحدث فرط اليوريكميَّة Hypruricemia في ٤٠٪ من هؤلاء المرضى ويحدث الداء السكري الكامن لدى حتى ٩٠٪ منهم .

*المصل* : عكر أو حليبي . وترتفع مستويات ثلاثي الغليسريد والبروتين الشحمي - قبل بيتا (VLDLs) بالإضافة إلى الصميم البروتيني $apo - C_{III}$ . وتسبب تراكيز ثلاثي الغليسريد حتى ٤٠٠ مغ/١٠٠ مل عَكَراً ، أما مستويات ثلاثي الغليسريد الأعلى فتؤدي إلى قوام حليبي بالمصل الساكن . ولا يوجد انفصال لطبقة قشدية علوية

**الإنذار** : تبدلات وعائية محيطية وإكليلية باكرة .

**المعالجة** : تستجيب الحالة عادة للمعالجة والحمية بشكل جيد . ومن المهم تخفيض وزن الجسم للطبيعي .

*الحمية* : يجب أن تشكل السكرياتُ ٣٠٪ - ٣٥٪ من إجمالي متطلبات الكالوري ،والدهونُ ٣٠٪ - ٤٠٪ مع نسبة مئوية عالية قدر الإمكان من الحموض الدسمة العديدة واللامشبعة .

ويجب تحديد تناول الكولستيرول إلى ٣٠٠ – ٥٠٠ مغ يومياً . وباعتبار أن الكحول يَحُثُّ نوعياً على تركيب ثلاثي الغليسريد ، لذلك يتوجب الحَدُّ من استهلاك الكحول .

*الأدوية :* إشراك العوامل المُنَظِّمَة للشحم مثل البيزافيبرات ، والكلوفيبرات ، والإيتوفيبرات ، والفينوفيبرات ، والمركبات ذات الصلة مع مشتقات حمض النيكوتينيك مثل، ٣ – بيريديل ميتانول 3 – Pyridylmethanol أو الشحميات الفسفورية الأساسية .

## فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الخامس : Hyperlipoproteinemia Type V

*المرادفات :* فرط شحميات الدم المحرض بالسكريات والدَسَم ، فرط الدقائق الكيلوسية بالدم وفرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا ، فرط شحم الدم الداخلي والخارجي المنشأ ، فرط شحميات الدم المحرض بالكالوري .

**التعريف :** هو فرط بروتينات دم شحمية ناجم عن الزيادات بالدقائق الكيلوسية والبروتينات الشحمية – قبل بيتا (VLDLs) . وهذه الحالة هي تشارك النمط الأول والرابع .

**الحدوث :** نادر وأكثر شيوعاً في الكهول . ويُنظر إلى الحالة على أنها شكل فرعي Subform للنمط الرابع ، وكثيراً ما يترافق مع بدانة و/أو إدمان كحولي . وإذا خُفِض التزود بثلاثيات الغليسريد الخارجية المنشأ يتغير النموذج إلى النمط الرابع . وإن طريقة الانتقال مماثلة لطريقة الانتقال في النمط الرابع .

**الإمراض :** توجد زيادة بتركيب ثلاثي الغليسريد الداخلي المنشأ في الكبد . ويوجد أيضاً فرطٌ للدقائق الكيلوسية بالدم خارجي المنشأ . وقد أبدى بعض المرضى أن لديهم مستويات منخفضة من ليباز البروتين الشحمي .

**الموجودات السريرية :** الموجودات الجلدية عبارة عن صفرومات طفحية والتي تحدث أيضاً في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الأول والنمط الرابع . ولا يعرف سوى القليل فقط بشأن حدوث التغيرات التصلبية الشريانية . ومهما يكن ، فإن نمط فرط بروتينات الدم الشحمية يتحكم بها على الأرجح . ومن المعروف أيضاً أنه قد تحدث ضخامة كبدية طحالية أو آلام مغصية بطنية : وفرط يوريكمية ، وفرط سكر الدم .

*المصل :* عكر أو حليبي مع انفصال طبقة قشدية علوية . وتزداد ثلاثيات الغليسريد بشكل معتدل أو كبير بينما تكون مستويات الكولستيرول طبيعية أو مرتفعة قليلاً . وتزداد البروتينات الشحمية – قبل بيتا (VLDLs) والدقائق الكيلوسية . ويجب أيضاً اختبار تحمل السكريات ومستويات حمض البول .

**الإنذار :** يمكن أن يختفي الصفروم الطفحي بسرعة استجابة للحمية . ويرجح بأن المرضى الذين يفشلون بإتباع المعالجة يتطور عندهم مرض تصلبي شرياني إكليلي قلبي . هذا وإن التهاب المعثكلة الراجع مضاعفة أخرى متكررة غير مستحسنة .

**المعالجة :** العوامل الحاسمة هي إنقاص وزن الجسم للمستويات الطبيعية بالتحكم الدقيق بمأخوذ الكالوري وتَجَنُّب سَرَف Abuse الكحول .

*الحمية :* يجب أن تخفض السكريات إلى ١٢٠ غ يومياً وألا تشتمل على سكر قابل للاستقلاب بسرعة . ويجب أن يُعدَّل تناول الدهن إفرادياً حسب المريض وألا يتجاوز ٣٥٪ من إجمالي مأخوذ الكالوري أو ٧٠ غ يومياً . ويجب ألا يتجاوز محتوى القوت من الكولستيرول ٣٠٠ – ٥٠٠ غ يومياً . ويجب أن يتألف القوت من البروتينات بشكل أساسي .

*الأدوية :* هي بشكل رئيسي مشتقات حمض النيكوتينيك مثل ٣ – بيريديل ميتانول ١,٥ غ يومياً ، وإلى مدى أقل الكلوفيبرات أو – وهو الأفضل – العوامل المنظمة للشحم الأخرى مثل البيزافيبرات والإيتوفيبرات والفينوفيبرات ، ... إلخ .

## فرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية أو المكتسبة Secondery or Acquired : Hyperlipoproteinemias

يمكن لتبدلات استقلاب الشحم هذه أن ترافق أمراضاً عضوية أو تحدث كتفاعلات دوائية . وهي أكثر شيوعاً من فرط بروتينات الدم الشحمية العائلية البدئية بشكل ملحوظ ، ومعظمها لا يسبب آفات جلدية . وإن الأشكال التي تعطي صوراً سريرية مشابهة لتلك الصور الخاصة بالنمط الثاني « ب » أو الرابع من فرط بروتينات الدم الشحمية هي وحدها فقط التي يمكنها أن تتظاهر أو تُعَبِّر عن ذاتها بصفرومات طفحية سريعة التطور . ومن المهم الحصول على قصة مرضية مفصلة حتى يمكن استبعاد فرط بروتينات الدم الشحمية البدئية . وإن أنماط فرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية ( العرضية ) الملاحظة في الظروف المختلفة مسجلة في الجدول ٣٧ – ٤ .

ومن الأهمية بمكان أن نتذكر دائماً أن الداء السكري خصوصاً ، إذا لم تتم السيطرة عليه بشكل كاف ، يمكن أن يسبب حدوث صفرومات طفحية . ويمكن في اعتلالات الكبد

الجدول ٣٧ ـ ٣ : الموجودات في فرط بروتينات الدم الشحمية العائلي

| النمط | الأول | الثاني «آ» | الثاني «ب» | الثالث | الرابع | الخامس |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ثلاثيات الغليسريد | مرتفعة بشدة | طبيعية | مرتفعة | مرتفعة | مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح | مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح |
| الكوليسترول | طبيعي إلى مرتفع قليلاً | مرتفع إلى مرتفع بشدة | مرتفع | مرتفع | طبيعي إلى مرتفع قليلاً | طبيعي إلى مرتفع قليلاً |
| الدقائق الكيلوسية | مرتفعة بشكل واضح | – | – | – | – | مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح |
| البروتينات الشحمية ـ قبل بيتا (VLDLs) | طبيعية | طبيعية | مرتفعة | بروتينات شحمية مع شريط بيتا واسع ( مرضية ) | مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح | مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح |
| البروتينات الشحمية ـ بيتا (LDLs) | طبيعية | مرتفعة إلى مرتفعة بشكل واضح | مرتفعة | | طبيعية | طبيعية |
| ليباز البروتين الشحمي | ناقصة | طبعية | طبيعية | طبيعية | طبيعية | طبيعية أو ناقصة |
| تَحمُّل الغلوكوز | طبيعي | طبيعي | طبيعي إلى ناقص | طبيعي إلى ناقص | طبيعي إلى ناقص | طبيعي إلى ناقص |
| المصل | حليبي | صافٍ | صافٍ أو عكر | صافٍ أو عكر | صافٍ إلى حليبي | عكر إلى حليبي |
| الفَصْل ( طبقة قشدية علوية ) | + | — | — | — | — | +/— |
| يُثار بتناول الدهون | ++ | — | — | — | — | + |
| يُثار بتناول السكريات | — | — | +/— | —/+ | —/+/++ | —/+ |

الجدول ٣٧ ـ ٤ : أنماط فرط بروتينات الدم الشحمية المترافقة مع حالات مختلفة

| الظرف | النمط الأكثر شيوعاً |
|---|---|
| داء سكري | الأول ، الثالث ، الرابع ، الخامس |
| أدواء غليكوجينية | الثاني « ب » ، الثالث ، الرابع |
| داء غوشر | الرابع |
| الحمل | الثاني « ب » ، الرابع |
| قصور الدرقية | الأول ، الثاني « آ » ، الثاني « ب » ، الرابع |
| التهاب المعثكلة | الأول ، الثالث ، الرابع ، ( الخامس ) |
| النقرس Gout | الثالث ، الرابع ، ( الخامس ) |
| المتلازمة الكلائية Nephrotic | الأول ، الثاني « ب » ، الرابع ، الخامس |
| داء التشمع الصفراوي الكبدي مع ورام أصفر ( فقط في الإناث ) ، حدوث بروتين شحمي ( LP – X ) غير نمطي | الثاني « ا » |
| خلل تنسج القنوات الصفراوية الولادي | النمط الثاني « آ » ( ؟ ) |
| التهاب الكبد الحاد | الرابع |
| بارابروتينيمية Paraproteinemia | الرابع ، الخامس |

| | |
|---|---|
| الكحولية الحادة | الأول ، الرابع ، الخامس |
| موانع الحمل الفموية : | |
| – استروجينات | الرابع |
| – الجستاجينات | الثاني « ب » |
| الريتينوئيدات | الرابع |
| البدانة | الرابع |

الانسدادية ، كما هو الحال في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » ، أن يسيطر على الصورة السريرية حدوث لويحات صفراء وصفرومات مسطحة وحدبية . وتحدث أحياناً صفرومات مسطحة منتشرة مع البارابروتينيميات Paraproteinemias .

**المعالجة** : يجب معالجة المرض الأساسي . وكتدبير ثانوي فقط ينبغي الأخذ بعين الاعتبار الحمية والتدابير العلاجية الهادفة لإزالة فرط بروتينات الدم الشحمية . كما ينصح بالتعاون مع الطبيب الداخلي .

## الصفروم المنتثر مع البوالة التفهة Xanthoma Disseminatum with Diabetes Insipidus

آوست [ Ausset ١٨٩٩ ؛ مونتغمري Montgomery وأوستربيرغ Osterberg ١٩٣٨ ] :

*المرادفات* : متلازمة مونتغمري .

**التعريف** : هو تشارك مميز جداً لصفرومات منتثرة على الجلد والأغشية المخاطية يحدث مع البوالة التفهة Insipidus .

**الحدوث** : نادر جداً ويحدث بشكل رئيسي في الأطفال الصغار والمراهقين . ويصاب الذكور أحياناً أكثر من الإناث ( ١/٢ ) . وطراز الانتقال غير معروف .

**الإمراض** : هو ورام أصفر طبيعيُّ شحم الدم ، وتحدث علامات فرط بروتينات الدم الشحمية ثانوياً ( يحدث أحياناً ارتفاع مستويات الكولستيرول ) . وإن وجود البوالة التفهة غير النظامي ( ٥٠٪ من الحالات ) والذي عزاه العالم ثانهاوزر Thannhauser إلى حدوث عقيدات صفرومية في الأم الجافية وضغطها ثانوياً على سويقة الغدة النخامية أو على الوِطَاء Hypothalamus غير مُفَسَّر بشكل واضح . ويضم بعض المؤلفين هذا الاضطراب إلى زمرة داء كثرة المنسجات X ، ولكنه يُقبل أن يكون داء كثرة منسجات من نمط Non – X Histiocytosis . ولقد فشل المجهر الألكتروني فشلاً ذريعاً في كشف حبيبات خلايا لانغرهانس في الخلايا المنسجية الشكل Histiocytoid ، وكانت دراسات الأضداد S – 100 و OKT – 6 سلبية . ومن الملفت للنظر ملاحظة أن الحطاطات الجديدة تبدي كثرة منسجات وحيدة الشكل بينما تظهر الآفات القديمة حبيبوماً التهابياً متعدد الأشكال مع خلايا صفرومية بالإضافة إلى خلايا توتون العملاقة الحاوية على الشحوم أو البروتينات الشحمية .

**الموجودات السريرية** : توجد ثلاث علامات مميزة :

*صفرومات جلدية حطاطية منتثرة* : وهي عبارة عن حطاطات وعقيدات نصف كروية صفراء كامدة أو صفراء بنية اللون والتي قد تكبر حتى حجم الجوز أو أكبر . وتصيب الاندفاعات المتناظرة بشكل رئيسي الأجفان والمنطقة حول الفم وجانبي العنق ومناطق الثنيات للمفاصل ( خصوصاً الإبطين والمنطقة الأربية وظهر مفصلي الركبتين ) . وتصبح الآفات متلاقية وثؤلولية وتبدي تلوناً أحمر أو بنياً .

*صفرومات الأغشية المخاطية* : تميل لأن تكون عديدة جداً وتحدث غالباً في جميع الحالات . وهي تحدث بشكل رئيسي في الفم وجدار البلعوم الخلفي إضافة إلى البلعوم الأنفي والحنجرة ، ولكن توجد أيضاً في القصبات وحتى في الأسناخ . ويمكن أن تحدث الصفرومات حتى على الملتحمتين واللوزتين . وتوجد أيضاً تقارير عن صفرومات بالدماغ .

*البوالة التفهة Diabetes Insipidus* : يمكن أن يكون موجوداً ويستجيب جزئياً للفازوبرسين Vasopressin . ويبقى الثقل النوعي للبول أحياناً عالياً نسبياً ، وهذا غير عادي بالنسبة للبوالة التفهة .

**الأعراض** : يبقى استقلاب البروتين الشحمي طبيعياً . وهكذا تميل مستويات ثلاثي الغليسريد والكولستيرول لتكون طبيعية ولكنها قد تصبح مرتفعة قليلاً خلال سير المرض . وليس سبب ذلك معروفاً .

**إصابة الأعضاء** : يمكن أن يصاب كل من نقي العظم والدماغ والمسلك التنفسي والقلب والكليتين والكبد والمعثكلة والعقد اللمفية والرحم والعضلات .

**التشريح المرضي النسجي** : الآفة البدئية عبارة عن كثرة منسجات وحيدة الشكل . ويتطور لاحقاً حبيبوم التهابي متعدد الأشكال مع كريات بيض وحمضات ولمفاويات وبلاعم كثيرة . وتسيطر في وقت تالٍ خلايا صفرومية صغيرة وكبيرة بالإضافة إلى خلايا عملاقة من نمط توتون التي تحوي كميات كبيرة من الشحوم والبروتينات الشحمية .

**السير والإنذار** : يتطور المرض ببطء . والإنذار غير مؤكد في حالات الإصابة المخاطية أو الدماغية . وإذا سيطرت على

ظهور سريرية صفرومات جلدية ، فيمكن أن تبقى الحالة حية . ويحدث تراجع عفوي للآفات الجلدية إضافة للبوالة التفهة .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي الأشكال الأخرى للصفرومات الطفحية وكذلك الحبيبوم الأصفر الشبابي والصفروم الحطاطي وداء كثرة المنسجات X مع آفات صفرومية .

**المعالجة** : عرضية . ويمكن إزالة العقيدات البارزة على الجلد أو الأغشية المخاطية بالاستئصال ، أو بالتخثير الكهربائي ، أو بالآزوت السائل . وقد تَصِح بالمعالجة بالقشرانيات السكرية Glucocorticoids المجموعية . ويجب أن يعالج البوالة التفهة بشكل متزامن بالفازوبرسين أو ربما بالكلوفيبرات المتهم بتحريض إفراز ADH .

**الصفروم الحطاطي Papular Xanthoma :**

هو متلازمة طبيعيةُ شحم الدم Normolipemic ، فيها صفروم أصفر حطاطي يصيب الجلد والأغشية المخاطية . وهذا الصفروم الأصفر ذو سير حميد ويتراجع تلقائياً و لم يميز فيه طور تكثر بالمنسجات .

**الصفروم ثؤلولي الشكل Verruciform xanthoma : [ Shafer 1971 ] :**

**تعريف** : هو تنشؤ نادر جداً يصيب كلا الجنسين وجميع فئات الأعمار . وتتوضع الآفات على الفم أو جلد الناحية التناسلية بشكل مفضل .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر كآفة ثؤلولية الشكل تشخص فقط بعد فحص التشريح المرضي النسجي ؛ وهي آفة متقرنة شوكية مع تراكم كثيف لخلايا رغوية في الأدمة .

## الاضطرابات الجلدية الناجمة عن اضطرابات استقلاب الشحم الموضعية Skin Disorders Caused by Local Lipid Metabolism Disturbances :

هي جلادات ناجمة عن اضطرابات مجموعية ـ بدئية أو ثانوية ـ باستقلاب البروتين الشحمي ، أي أنه يجب تميز فرط بروتينات الدم الشحمية عن تلك التي تحدث فيها ترسبات ثانوية للشحم كنتيجة لتغيرات نسيجية موضعية في حين لا تتبدل الشحميات أو البروتينات الشحمية بالمصل .

**اللويحات الصفراء الجفنية Xanthelasma Palpebrarum [ Rayer 1835 ] :**

**تعريف** : اللويحات الصفراء عبارة عن لويحات طرية مسطحة مصفرة تحدث في أغلب الأحيان على الأجفان العلوية ، ويمكن أن تكون مؤشراً على فرط بروتينات الدم الشحمية ، وبخاصة فرط الكولسترولية العائلي .

**الحدوث** : أكثر شيوعاً في الأشخاص الكبار وخصوصاً النساء .

**الإمراض** : السبب غير معروف . تتطور ترسبات محدودة في النسيج الضام اللين للأجفان . وتتألف الترسبات من منسجات تحتوي بلورات كولستيرول مزدوجة الكسر Birefringent وشحميات أخرى ، ولذلك فهي تنقلب إلى خلايا رغوية أو خلايا توتون عملاقة . وباعتبار أن الآفات لا تسبقها أية تبدلات التهابية لذا يجب الافتراض أن بروتينات المصل الشحمية تخضع خاصة للتسرب إلى هذه المناطق فتأكلها البلاعم وتتعامل معها . وقد وصفت تغيرات بالصميم البروتيني الشحمي .

**الموجودات السريرية** : تفضل اللويحات الصفراء الأجزاء الأنسية للجفنين العلويين وتحدث أحياناً وحيدة الجانب ولكنها متناظرة عادة . ويمكنها أن تصيب الجفنين السفليين . وهي مسطحة ومرتفعة قليلاً فقط فوق مستوى الجلد ، وذات لون أصفر أو أصفر غامق . و لم تسجل تغيرات ثانوية . ونادراً ما تترافق اللويحات الصفراء مع آفات مفرطة التقرن شبيهة بالزؤان وكيسات شبيهة بالدخيْنات Milia ( لويحات صفراء كيسية Xanthelasma Cysticum ) . وقد وصف حدوث لويحات صفراء كيسية مع فرط تصبغ الأجفان كمتلازمة هتشنسن Hutchinson .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدأ التطور في الأحياز حول الوعائية في الأدمة العليا حيث تتحول خلايا منسجية الشكل Histiocytoid إلى خلايا رغوية نمطية أو خلايا توتون العملاقة . ويمكن كشف كتل من الكولستيرول والشحوم الأخرى في الخلايا .

**السير والإنذار** : لا يوجد أبداً تراجع عفوي ، وتترق الحالة ببطء . وتكون معظم اللويحات الصفراء آفات موضعة .

*اللويحات الصفراء العائلية دون فرط بروتينات الدم الشحمية :* نادرة وقد تُمَثِّل فرط السيتوستيرولية Sitosterolemia أو داء فرط الكولستانول Cholestanolosis . ومهما يكن ، وباعتبار أن اللويحات الصفراء يمكن أن تكون علامة لفرط بروتينات الدم الشحمية بيتا مع مخاطرها المتأصلة من تصلب شرياني واحتشاء إكليلي لذا يجب تبني الإجراءات التشخيصية التالية :

القصة : يجب أن يُسأل المريض بشأن الأعراض القلبية وضعف جريان الدم الشرياني المحيطي والداء السكري .

- فحص العلامات الأخرى لفرط بروتينات الدم الشحمية ( صفرومات ، قوس شحمانية ) .
- ويتطلب الاشتباه بفرط بروتينات الدم الشحميةالبدء بالاختبارات التشخيصية الأخرى .

**التشخيص التفريقي** : الأورام الغدية العرقية Syringomas ( غدومات عرقية Hidradenomas ) بالأجفان ؛ وهي صغيرة ومسطحة ويميل لونها للبياض . ويجب أيضاً نفي الدخينات Milia والمران السافع مع كيسات وزؤانات . وآفات الحبيبوم الأصفر للبلى الفيزيولوجي عبارة عن عقيدات التهابية أعمق ويمكن أن تتقرح .

**المعالجة** : يمكن استئصال اللويحات الصفراء الصغيرة . وتزال الآفات الأكبر بحذر طبقةً طبقةً بواسطة عروة إنفاذ الحرارة Diathermal Loop أو بواسطة الكيّ بحمض الخلّي ثلاثي الكلور ( ٥٠٪ ) . وتستخدم الليزرات أيضاً . والنكس متكرر .

### الصفروم المسطح المنتشر Diffuse Plane Xanthoma :

*المرادفات* : اللويحات الصفراء الجسدية ، اللويحات الصفراء المتعممة .

**التعريف** : هو حدوث آفات شبيهة باللويحات الصفراء Xanthelasmoid مصفرة كبيرة نسبياً في مناطق غير الأجفان .

**الحدوث** : نادر جداً ويحدث عادة في الذكور الكبار .

**الإمراض** : الحدثية مماثلة لتلك التي تقود إلى اللويحات الصفراء الجفنية ، ويعني ذلك انجبال البروتينات الشحمية في البلاعم لتشكل بعدئذ خلايا رغوية وخلايا رغوية عملاقة .

**الموجودات السريرية** : يمكن أن تسبقَ اللويحاتُ الصفراء الجفنية تطورَ آفات أكثر تسطحاً ذات لون أصفر إلى برتقالي بمستوى الجلد ، وتحدث أحياناً بشكل متناظر ، ويبدو الجلد في هذه الأماكن أصفرَ لامعاً ويتغضن أحياناً بسهولة أكبر . وتكون الآفات غير التهابية . والأماكن الانتقائية للإصابة هي : الوجه ، وخلف العنق ، والطرفان العلويان ، والجذع .

**الأعراض** : مستويات الشحم والبروتينات الشحمية بالمصل طبيعية ( ورام أصفر طبيعي شحم الدم ) . ويمكن أن يكون الورام الأصفر المسطح المنتشر أيضاً علامة لفرط بروتينات الدم الشحمية ( فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » البدئي أو الثانوي ) ، ولكن تصاب مناطق مختلفة أخرى مثل الراحتين والطيّات الانعطافية .

**الإنذار** : من الضروري في حالات قليلة من اللويحات الصفراء طبيعية شحم الدم الأخذ بعين الاعتبار إمكانية تطور متزامن للمفومات خبيثة ، أو نقيوم متعدد ، أو ابيضاض دم . وينبغي القيام بالفحص المناسب . وقد وصفت شذوذات بالمتممة . ويمكن أن تسبق الآفاتُ الجلديةُ تطورَ النقيوم المتعدد السريري بأكثر من ٢٠ سنة . ولا تشفى الآفات عفوياً .

**المعالجة** : علاج المرض الأساسي أي فرط بروتينات الدم الشحمية حيثما يمكن ذلك . ويوجد ميل لاستبعاد المعالجة الموضعية بسبب التطور الواسع للمرض عموماً . ويجب أن تتبع الإرشادات الخاصة باللويحات الصفراء كلما كان ذلك ممكناً .

### حبيبوم أصفر البلى الفيزيولوجي Necrobiotic Xanthogranuloma [ Winkelmann و Kossard 1980 ] :

**التعريف** : يراجع الطبيب مرضى مسنين بعقيدات ولويحات التهابية تتطور فيها مراكز ضمورية ومصطبغة وصفرومية بشكل خاص . ويصيب الداء بشكل رئيسي النسيج حول الحجاج والوجه ، والأجزاء الدانية للأطراف ، والجذع . وتحدث الآفات في جميع الأطوار معاً . وتصيب الآفات النسيج تحت الجلد بالإضافة للأدمة .

**الموجودات السريرية** : يكون المرضى عليلين ولديهم شذوذات بروتينية ( بارابروتينيمية ) . وتوجد بروتينات وحيدة النسيلة وغلوبولينات قَرّية وزيادة غلوبولين غاما والعامل الرثياني . ومن الشائع حدوث قلة البيض وفقر دم خفيف بالإضافة إلى عوز متممة . وتكون شحوم الدم طبيعية عادة . ويمكن أن يبدي نقي العظم كثرة الخلايا المصورية ولكن النقيوم المعتدي Aggressive نادر . ويمكن أن يحدث مرض تكاثري لمفاوي . والداء السكري نادر .

**التشريح المرضي النسجي** : تصيب حبيبومات البلى الفيزيولوجي الأدمة والسَبَلة الشحمية . وتوجد خلايا جسم أجنبي لا نمطية غريبة الشكل . ويترسب قليل من الدهن في الحبيبوم ، غير أنه يمكن أن يلاحظ فلح كتل الكولستيرول . وإن التهاب السبلة الشحمية بخلايا توتون فريد بهذا المرض . وتوجد نمطياً عقيدات لمفانية وبؤر من خلايا مصورية . كما توجد خلايا T في الحبيبوم .

**التشخيص التفريقي** : البلى الفيزيولوجي الشحماني والحبيبوم الحلقي والغرناوية Sarcoidosis والصفروم المسطح .

**المعالجة** : الاستئصالُ الجراحي وحقنُ الستيرويدات القشرية موضعياً يتبعهما النكس . وقد أدى البريدنيزون الفموي ( ٢٠ - ٤٠ مغ/يوم ) والعوامل المؤلكلة الفموية

( كنورامبوسيل ٢ – ٤ مغ/يوم ) إلى هدآت في اعتلال غاما
وفي الآفات . ومن الصعب إقناع معظم الأطباء باستخدام
العوامل المؤلكلة في حال وجود قلة البيض ولكن يمكن أن يتم
ذلك بحذر .

# الفصل الثامن والثلاثون

# أدواء اختزان الشحوم المجموعية

# Systemic Lipid Storage Diseases

د . صائن كاشور
د . غانم رسلان

لا توجد في هذه الأدواء ، والتي تدعى أيضاً أدواء الكناز Thesaurismoses ، زيادة في شحوم المصل أو البروتينات الشحمية ، كما هو ملاحظ في فرط بروتينات الدم الشحمية Hyperlipoproteinemia . ويتصف الاضطراب الشكلياني Morphological بوجود تكاثر عام للخلايا المنسجية الشكل Histocytoid Cells التي تتوضع فيها الشحميات كنتيجة ثانوية لاضطراب في الاستقلاب الخلوي محدد وراثياً . وليس هناك أية إمكانية للمعالجة السببية في هذه الأدواء .

**متلازمة رفزم Refsum's Syndrome** [ ١٩٤٦ ] :

*المرادفات :* اعتلال الأعصاب العديد الشكل الرنحي الاعتلالي الوراثي Heredopathia Atactica Polyneuritiformis ، الكناز بحمض الفيتانيك Phytanic Acid Thesaurismosis .

**التعريف** : هو داء وراثي تالٍ لعيب في استقلاب حمض الفيتانيك .

**الحدوث** : نادر جداً . أول ما وصف في النرويج . وهو ينتقل بمورثة جسدية صاغرة ، وأول ما يظهر في الطفولة المتأخرة أو الكهولة .

**الإمراض** : ثمة عيب وراثي في استقلاب حمض الفيتانيك . وبسبب نقص إنظيم هيدروكسيلاز حمض الفيتانيك أو غيابه ، فإن هذا الحمض لا يمكنه أن يتحلل ، ويتوضع بالتالي في البلاعم في نسج مثل الكبد ، والكلى ، والدماغ ، والجلد . يتم اشتقاق حمض الفيتانيك من الأطعمة الحاوية على الفيتول ، وخصوصاً الخضار الطازجة والخس .

**الموجودات السريرية** : العلامات الرئيسية في هذا الداء هي التهاب الأعصاب العديد المترقي أو الناكس ، مع خزل أو شلل كامل ، وخصوصاً في الأقسام القاصية من الذراعين والساقين . وكذلك نجد التهاب الشبكية المصطبغ اللا نمطي Atypical Retinitis Pigmentosa ، وشحوب قرص العين ، وتضيق ساحة الرؤية ، والعمى النهاري Hemeralopia .

*العلامات المخية :* رنح مخيخي Cerebellar ataxia ، ورأرأة خفيفة ، وخشام Anosmia .

*الموجودات الجلدية :* تحدث لدى بعض المرضى فقط ، وتتألف من سماك في الأطراف والجذع ، واحمرار ( أحمرية ) جلد سماكي الشكل Ichthyosiform Erythroderma أحياناً .

**السير** : يستمر هذا الداء عدة سنوات . وتُلاحظ إمكانية حدوث موت مفاجىء يحتمل أن يكون ناجماً عن انسداد إكليلي .

**التشخيص** : إن السماك ، مع اعتلال الأعصاب العديد المحيطي ، والأعراض المخيخية ، والصمم المتزايد ، والخشام ، واضطرابات الرؤية ، كلها ذات دلالة تشخيصية لهذا الداء . وهناك دلائل على وجود مستويات مزدادة من الحموض الدسمة ، وحمض الفيتانيك في الدم . أما بالنسة للجنين ، فيعتمد التشخيص على كشف النقص في إنظيم هيدروكسيلاز حمض الفيتانيك أو غيابه في الخلايا المزروعة المأخوذة ببزل السلى .

**المعالجة** : تعتمد على تدبير القوت ، والفصادة المتكررة للمصورة لإبقاء حمض الفيتانيك في أقل نسبة ممكنة .

**داء تَنْجير Tangier Disease** [ فريدركسون ١٩٦١ ] :

*المرادفات :* غياب بروتين الدم ألفا Analphaproteinemia .

**التعريف** : يعود اسم هذا الداء إلى جزيرة تَنْجير في فيرجينيا ، موطن المرضى الأوائل الذين عُرف أنهم عانوا من هذا الداء . وهو داء وراثي ، ينتقل بمورثة جسدية صاغرة ، ويتصف بالغياب الكامل تقريباً للبروتينات الشحمية العالية الكثافة (HDLs) في المصل ، الذي يترافق مع تراكم أسترات الكولسترول في المنسجات في نسج عديدة ، وخصوصاً في اللوزتين ، والعقد اللمفية ، والتوتة ، ونقي العظام ، والكبد ، والطحال ، والأغشية المخاطية ، والجلد .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : هذا الداء اضطراب استقلابي وراثي ، يمكن كشفه لدى المرضى المتماثلي الزيجوت بوساطة الرحلان الكهربائي للبروتينات الشحمية الذي يبين غياب البروتينات الشحمية ألفا (HDL) من المصل . ومن المظاهر المميزة لهذا الداء في تحليل كيمياء الدم نذكر نقص كولسترول الدم ، وزيادة الغليسريدات الثلاثية . أما الآفات المجموعية فهي تحصل نتيجة تخزين استرات الكولسترول في خلايا جهاز البلاعم .

**الموجودات السريرية** : يتميز داء تنجير بالأعراض التالية عموماً : فرط تصنع اللوزتين مع أتلام صفراء برتقالية ( ورام اللوزات الأصفر Tonsillar Xanthomatosis ) ، وضخامة

صحن ، مع قلة البيض غالباً ، وقلة الصفيحات ، وفقر الدم خفيف ، وكثرة الكريات الشبكية ، وضخامة الكبد الخفيفة عدة ، واعتلال العقد اللمفية العديد ، واعتلال الأعصاب عديد ، والعتامات القرنية ، والخلايا المختزنة في نقي العظام .

موجودات الجلدية : وُصفت بشكل نادر جداً فقط ، وتتألف من صفح حطاطي أقل وصفية ، ويظهر في بعض الحالات بشكل صفروماني Xanthomatoid .

**التشريح المرضي النسجي** : نلاحظ وجود ارتشاح بالخلايا نسجة مع الخلايا الرغوية الحاوية على توضعات غزيرة من كولستترول ( الاستقطاب : بلورات مزدوجة الكسر ) ، ويترافق ذلك مع تغيرات في الأعضاء عادة . تتوضع أسترات كولستترول في المنسجات أيضاً في الجلد وخلايا شوان Schwann's Cells في الأعصاب الجلدية الصغيرة . هذا ويحدث اختزان الشحوم في كلا الأعصاب الجلدية النخاعية وغير النخاعية .

**السير** : يظهر هذا الداء بين أعمار ٣٠ ـ ٦٠ سنة عادة ،لأنه في ذلك الحين فقط يميل تكاثر الخلايا المنسجية الشكل ، وتوضعات الشحوم إلى إصابة الأعضاء المختلفة . أما العلاقة مع تصلب الشرايين فغير محددة تماماً .

**التشخيص** : التغيرات الجلدية هنا هامة جداً عند وجود لأعراض البدئية المذكورة سابقاً . يمكن تميز التغيرات النموذجية بالدراسة الكيميانسجية ، إلا أنه يمكن تأكيدها أكثر بالمجهر الالكتروني ، سواءً في الاندفاعات الحطاطية ، أو في الجلد الذي م يُصَبْ سريرياً بعد .

**المعالجة** : توصف الحمية ، وإجراءات المعالجة التجريبية ( راجع مبحث فرط بروتينات الدم الشحمية في الفصل ٣٧ ) لإنقاص توضعات الكولسترول داخل الخلايا ، إذا كان ذلك ممكناً .

## الشحام السفنغولي Sphingolipidoses :

يطلق هذا التعبير على الأدواء الناجمة عن عيوب وراثية في الإنظيمات التي تساهم في استقلاب الشحوم السفنغولية . يؤدي عوز إنظيم هيدرلاز يحلولي نوعي أو فقده إلى امتصاص وتوضع المواد الشحمية غير القابلة للتفكك في البلاعم . وإذا أمكن تحديد عيب الإنظيم المسبب للشحام السفنغولي بدقة ، فإن هنالك إمكانية لوضع التشخيص لدى الجنين بوساطة بزل السلى ، والزرع الخلوي ، والتماثل الكيميائي الحيوي في الاضطرابات الاستقلابية ، والاستشارة الجينية .

## التقران الوعائي الجسدي المنتشر Angiokeratoma Corporis Diffusam [ فابري ١٨٩٨ ، أندرسون ١٨٩٨ ] :

*المرادفات* : داء فابري، التقران الوعائي الجسدي المنتشر الشامل Angiokeratoma Corporis diffusum universale ، الكناز الشحمي الوراثي Thesaurismosis hereditaria Lipodica (Ruiter – Pompen – Wyers) ، متلازمة فابري .

**التعريف** : هو عيب وراثي في إنظيم ألفا ـ غالاكتوزيداز A

**الجدول ٣٨ ـ ١ : عيوب الإنظيم الوراثية في تدرك الشحوم السفنغولية السكرية ، ونواتج التوضع الرئيسي في الشحام السفنغولي**

| الإنظيم | نواتج التوضع الرئيسية | الداء |
|---|---|---|
| $\alpha$ غالاكتوزيداز A ( سيراميد تري هكسوزيداز ) | سيراميدغلوكوز ـ غالاكتوز ـ غلاكتوز ( تري هكسوزيل سيراميد | التقران الوعائي الجسدي المنتشر |
| $\beta$ ـ غالاكتوزيداز | سيراميد غلوكوز ـ غالاكتوز ( ثنائي هكسوزيل سيراميد ) | داء سيراميدات لاكتوزيل |
| غلوكوسربروزيداز | سيراميد غلوكوز ( أحادي هكسوزيل سيراميد ) | داء غوشيه (Gaucher's Disease) |
| سفنغوميليناز | سيراميد فسفوريل كولين | داء نيمان ـ بيك |
| $\beta$ ـ غالاكتوزيداز | غالاكتوسربروزيد | داء كراب |
| أريل سلفاتاز A | سيراميد ـ ٣ سلفات ـ غالاكتوز | حثل المادة البيضاء المتبدل اللون |
| سيراميداز | سيراميد | الورام الحبيبي الشحمي المنتثر |

يؤدي إلى تراكم تري هكسوزيل سيراميد في العديد من الخلايا والأعضاء .

**الحدوث** : نادر جداً ، ويقدر بنسبة مريض واحد إلى كل ٤٠,٠٠٠ من السكان ، ونمط انتقاله الوراثي مرتبط بالصبغي X . لا تظهر لدى النساء المتخالفات الزيجوت الحاملات للجينات أعراض سريرية ، أو تظهر لديهن أعراض غير هامة . ويتوضع جين ألفا – غالاكتوزيداز على الصبغي X للذكر ، علماً أن هذا الداء أكثر شيوعاً لدى الذكور .

**الإمراض** : ينشأ هذا الداء من عيب جيني في إنظيم ألفا – غالاكتوزيداز A ، الذي يحفز على تحرر جزيء ألفا – غالاكتوز من تري هكسوزيل سيراميد . ويؤدي هذا العيب الإنظيمي إلى تراكم تري هكسوزيل خصوصاً في الأوعية الدموية الصغيرة ، وهذا بدوره يؤدي إلى ظهور الأعراض السريرية ذات العلاقة . يمكن مشاهدة مادة الشحوم السكرية السفنغولية في المقاطع المجمدة للغلالة الوسطانية Tunica Media ، والغلالة الجوانية Tunica Intimo للأوعية الدموية المتوسطة الحجم في الجلد والأعضاء الأخرى بسبب انكسارها المزدوج في الضوء المستقطب ، يبدي المظهر الالكتروني توضعات متراكزة الطبقات ذات بنية صفاحية Lamellar في الجسيمات الحالة للخلايا البطانية ، وأرومات الليف ، والخلايا العضلية الملساء . ( راجع الشكل ٣٨ – ١ ) .

**الموجودات السريرية** : تتعلق العلامات السريرية بشكل رئيسي بالجلد ، والجملة العصبية المركزية ، والكلى ، والعيون .

*التغيرات الجلدية* : تظهر قبل البلوغ عادة . وتتألف الآفة البدئية من بقعة تتوسع فيها الشعيريات حمراء داكنة ، أو سوداء ، أو حطاطة مشابهة تكبر حتى تصبح بقطر ٤ مم . ولا يمكن ملاحظة التقران دائماً . تحدث التغيرات في مناطق صغيرة من الجلد عادة ، ويمكن ملاحظتها بشكل رئيسي على الإليتين ، والصفن ، ومنطقة ما حول السرة ( انظر الشكل ٣٨ – ٢ ) . وفي الحالات الأكثر حدة هنالك وعاؤومات طفحية صغيرة مبعثرة ، أو تقرانات وعائية Angiokeratomas ، وخصوصاً على الجذع والأطراف ، علماً أن الوجه والأغشية المخاطية تظل سليمة عادة . هذا وتكون بعض الآفات فقط متقرنة .

*العلامات القلبية الوعائية/الكلوية* : تظهر مع تقدم العمر التغيرات الناجمة عن التراكم المترقي للشحوم السكرية السفنغولية في الكلى والجهاز القلبي الوعائي ، وتكون العلامات كما يلي : فرط ضغط الدم ، ضخامة البطين الأيسر بشكل خاص ، وذمة مستمرة في القدمين وأسفل الساقين ، اضطرابات الجملة المحركة الوعائية ، تغيرات قلبية ( شذوذات في ECG ) ، وأعراض مخية أحياناً ، ناجمة عن تغيرات وعائية ذات علاقة ( خثرات ، فالج ، حبسة Aphasia ، نزوف مخية ) .

*الموجودات العينية* : وهي شائعة جداً ، وذات أهمية تشخيصية . يمكن أن تصاب كل أجزاء العين ، غير أنه عادة ما تصاب القرنية والشبكية . يمكن كشف العتامات والخطوط في الظهارة القرنية بالمصباح الشقي فقط . أما الآفات الشبكية ، فتكون على شكل توسعات أمدَميّة Aneurysmal ، وتلافيف في الأوعية الشبكية . تشابه التغيرات التشريحية المرضية تلك التي تحدث أثناء العلاج الطويل الأمد بالكلوروكين . إضافة إلى ذلك ، فإن وجود تمدد شبيه بالأنبورة Ampulla – Like في أوردة الملتحمة هو من الموجودات النموذجية هنا .

*الألم* : يشكو المريض بشكل وصفي من هجمات من الألم ، وخصوصاً الألم الحارق على الراحتين والأخمصين ، ينتشر إلى الأجزاء الدانية من الأطراف ، ويثار بالشدة الميكانيكية غالباً . وبما أن هذه الهجمات يمكن أن تُحرَّض بالحرارة ، فإنه من الأهمية بمكان تمييز هذا المرض عن احمرار الأطراف المؤلم Erythromelalgia .

**التشريح المرضي النسجي** : تلاحظ توضعات من الشحوم ذات انكسار مزدوج في العضلات الملساء للقلب والأوعية الدموية حتى الشرايين الجلدية الصغيرة ( خلايا عضلية ، خلايا بطانية ) ، وكذلك في نسج وأعضاء أخرى ( كالكلى مثلاً ) . يمكن كشف الشحوم السكرية في الأوعية الدموية الجلدية المتوسطة القياس في المقاطع المجمدة بانكسارها المزدوج في الضوء المستقطب ، أو بوساطة المجهر الالكتروني .

**السير** : الإنذار سيء ، إذ يموت عدد كبير من المرضى من اختلاطات وعائية ، أو من اليوريمية بين سن ٣٠ – ٥٠ سنة .

**التشخيص** : يؤدي عوز إنظيم ألفا – غالاكتوزيداز A إلى توضع ركائز شحمية سكرية سفنغولية متنوعة مع نهايات ألفا – غالاكتوزيل النهائية . وإن الشحم السكري السفنغولي الرئيسي الذي يتراكم ويتوضع هو تري هكسوزيل سيراميد ، الذي يمكن كشف مستويات مرتفعة منه في كل النسج عدا الكريات الحمر ، وهو يتوضع في الأجسام الحالّة الثانوية للخلايا البطانية ، وحول الظهارية ، والظهارية للجهاز القلبي الوعائي – الكلوي . تتألف الأعراض الرئيسية في سن الطفولة من التغيرات الجلدية ، والعتامات القرنية ، ومذل الأطراف Acroparesthesia . إضافة إلى ذلك ، يمكن أن يكون هناك حمى ، وارتفاع في سرعة التثفل . يوضع التشخيص اعتماداً على وجود الشحوم ذات الكسر المزدوج في مقاطع الجلد المجمدة ، وفي بلاعم نقي العظام ، وفي ثفالة البول . كما يمكن كشف

ـــتويات مرتفعة لـ تري هكسوزيل سيراميد في البول أيضاً . ولعي ـة حي . فإنه يمكن إظهار الفعالية المنخفضة لإنظيم ـ غـالاكتوزيداز A في المصورة ، والكريات البيض ، وخلايـ جذور الأشعـار ، والأنسجـة المأخوذة بالخزعة ، وأرومات الليف المستنبتة Cultivated Fibroblasts . وبهذه الطريقة أيضاً ، يمكن أن يوضع التشخيص في الحياة الجنينية ببزل ـسي في الأسبوع الرابع عشر من الحمل ، والتحليل الكيميائي حيوي ـــ ئل السلى الذي يتراكم فيه تري هكسوزيل سيراميد .

**التشخيص التفريقي** : من المهـم التمييز بين الأنماط المختلفـة ـقرنات الوعائية : التقران الوعائي المحدد في الصفن ، والتقران وعائي ـ ميبللي Angiokeratoma of Mibelli ، علماً أنه لا يمكن في هذه الأشكـال كشف الشحوم ذات الانكســار مزدوج . أما الوعاؤومات الشيخوخيـة فتظهر لدى البـالغين فقط . وهي شـــائعة على الجذع غالباً ، وتكون العـلامات الأخرى غائبة .

**المعالجة** : أعطي الديفينيل هيدانتوئين ( فينتوئين Phenytoin ) diphenylbydantoin بنجاح في المعالجة العرضية للألم . أما معالجة الاضطرابات القـلبية الوعائية ، والعصبية ، والرئوية ، والعضية فهي عرضية بشكل كامل . وفي حال حدوث قصور كلوي مـــزمن ، يجب اللجــــوء إلى الديســـــال الدمـوي Hemodialysis ، أو زرع الكلية . كما يتم اللجوء إلى الاغتراس ـي نكلى في بعض المرضى من أجل إيجاد سبيل لإنظيم ألفا ـ غالاكتوزيداز A الفعـال إلى داخل الجسم لإصـلاح العيب الاستقلابي . هذا وقد جُرِّب مؤخراً الإعطاء المباشر للإنظيم ، وإعطاء إنظيم ألفا ـ غالاكتوزيداز الفعال وريدياً .

**داء غُوشيه Gaucher's Disease [ 1882 ] :**

مرادفات : شحـام السـربروزيد Cerbroside Lipidosis ، كثرة المنسجـــات بشحـــم الكـــيراســـين Kerasin Lipid histiocytosis .

**التعريف** : هو داء ذو سير حاد ، أو تحت حاد ، أو مزمن ، يحدث نتيجة عيب إنظيمي ولادي في تحلل السربروزيد ،وما ينجم عن ذلك من توضع السربروزيدات في البلاعم .

**الحدوث** : نادر جداً ، وينتقـل بوراثة جسـدية صـاغرة .ولم يوصـف حدوث هذا الداء في أكثر من ثلاثة أجيال متتالية .

**الإمراض** : إن حلمهة مركبات بيتا ـ غلوكوبيرانوزيد Beta Glucopyranoside ـ هي المـــرحـــلة الأولى من تحلل ـسربيروزيدات السكرية ، ويُحفز إنظيم غلوكوسربيروزيداز ( وهو بيتا ـ غلوكوزيداز ) هذا التفاعل . وفي داء غوشيه ، ينقـص مستـوى هـذا الإنظـيم بشــدة ، فتـتراكم بـالتـالي السربيروزيدات السكرية بكميات متزايدة ، ويتم امتصاصها من قبل البلاعم التي تتحول بذلك إلى ما يدعى **خلايا غوشيه Gaucher's Cells** . ويمكـن الكشف عن وجود تكـدس كثيف لخلايا غوشيه في الأعضـاء المريضة ، وكذلك في نقي العظـام .تقيس خليـة غوشيه ٢٠ ـ ١٠٠ نانومتر ، ولها نواة واحدة ، أو عدة نوى . تأخذ الضفـائر الليفيـة داخل الهيولية الشبكية الرفيعة العديدة مظهراً نموذجياً ، وتعطي الهيولى مظهراً مخططاً أو حبيبياً مقارنة مع الشكل الفجوي لخلية نيمان ـ بيك .

أما من الناحية الكيميائية النسجية ، فهناك توضع من معقد البروتين السربروزيدي في مثل هذه الخلايا . وإضافة إلى ذلك ، هنـاك كميـات صغيرة من الشحوم الأخرى ، وخصـوصـاً الغليسريدات الثلاثية .

**الموجودات السريرية** : تعتبر ضخامة الكبد والطحال ، وفقر الدم ، ووجود خـلايا غوشيـه ، وارتفـاع مستوى فوسفـاتاز المصل من العلامات المحددة لداء غوشيه . كذلك يمكن أن نجد بقع فرط تصبغ شبيهة بالكلف ذات لون برونزي على الوجه والســاقين ، وكذلك ضخامة طحال مع كبد صغير نسبياً ، إضافة إلى اعتلال عقدي لمفي ، وتصبغ بالملتحمة .

ولقد تم تمييز ثلاثة أنماط من هذا الداء تبعاً للترقي السريري له ، والأعضاء المصابة به .

*النمط I : شكـل كهلي مزمن دون أعراض عصبية :* يمكن أن يظهر في أي عمر . وتعتبر العلامات التالية مميزة للوحة السريرية لهـذا الداء هنــا : اضــطـرابــات في جهـــاز مكــون الدم Hemopoietic System ( فقــر الدم ، قـلة البـيض ، قـلة الصفيحات ) ، ضخامة الطحال ، الألم الهيكلي .

*الموجودات الجلدية :* تظهر على شكل لطخ بنية من تصبغات جلدية ، وخصوصـاً على الوجه ( كلف ) ، وعلى السـاقين ، وكذلك على شكـل توضعـات صباغية على الملتحمة . وهذه الأعراض قد تكون نتيجة شذوذات في استقلاب الحديد .

*النمط II : شكل خبيث حاد مع أعراض عصبية :* تسيطر في هذا الشكل الأعراض العصبية أو المخية ، وهنا يصبح الأطفال مرضى بُعَيْدَ الولادة مباشرة ، ولا يبقون على قيد الحياة أكثر من سنتين .

*الموجودات الجلدية :* التغيرات الجلدية نادرة نسبياً هنا ، ولكن يمكن العثور على توضعات صباغية في الملتحمة البصلية أحياناً . ويموت الأطفال عادة من أخماج عارضة ، أو شلل تنفسي ، أو ذات رئة استنشاقية ، مع لوحة متلازمة بصلية كاذبة .

*النمط III : شكـل شبـابي تحت حاد مع أعراض عصبيـة :* لا تتطور اضطرابات الجملة العصبية المركزية في هذا الشكل حتى

الطفولة الباكرة . ويكون السير هنا كما هو عليه في النمط II . لكنه أكثر سلامة . وهنا يموت المرضى في الطفولة المتأخرة عادة ، أو الكهولة الباكرة .

*الموجودات الجلدية :* تظهر مناطق من فرط تصبغ شبيه بالكلف على الوجه ، وفرط تصبغ خطي أو لطخي على الساقين . ومن الملاحظ أن فرط التصبغ الشبيه بالكلف يصبح داكناً كالبرونز أحياناً ، أو ذا لونٍ رصاصي ، كما أن خلل التصبغ يصبح أكثر قتامة مع تقدم العمر .

**التشريح المرضي النسجي :** لا توجد ارتشاحات بخلايا غوشيه في الجلد . يبدي الجلد المفرط التصبغ كميات زائدة من الملانين البشروي ، وقد يبدي أصبغة تحتوي على الشحوم والهيموسيدرين .

**التشخيص :** يتم التشخيص بإجراء بزالة قصيّة و/أو طحالية تبين وجود خلايا غوشيه . تكون مستويات شحوم المصل طبيعية عادة ، أما مستوى الفوسفاتاز الحامضي ( ذي المنشأ اليحلولي ) فيكون مرتفعاً . هذا ويمكن وضع التشخيص لدى الجنين باللجوء إلى بزل السلى .

**المعالجة :** غير ممكنة ، والآراء مختلفة حول فاعلية استئصال الطحال . أما المعالجة المثبطة للخلايا فهي غير مفيدة . ويمكن اللجوء إلى المداواة بالأشعة من أجل البؤر الموضعية في العظام . هذا وتستجيب مناطق فرط التصبغ الشبيه بالكلف إلى المعالجة الموضعية ، كما في حالات فرط التصبغ بأسباب أخرى .

**داء نيمان – بيك Niemann – Pick Disease** [ نيمان ١٩١٤ ، بيك ١٩٢٦ ] :

*المرادفات :* الشحام السفينغوميليني Sphingomyelin Lipidosis ، داء السفينغوميلينية Sphingomyelinosis ، متلازمة نيمان – بيك .

**التعريف :** هو داء وراثي يحدث نتيجة توضع السفينغوميلين في أعضاء متعددة ، بسبب وجود عيب في إنظيم السفنغوميليناز Sphingomyelinase .

**الحدوث :** نادر جداً . ويقدر أن عدد الحالات الجديدة من هذا الداء في جمهورية ألمانيا الاتحادية يبلغ ١ – ٣ حالات كل سنة . وينتقل هذا الداء بمورثة جسدية صاغرة .

**الإمراض :** نتيجة لنقص فعالية إنظيم السفينغوميليناز أو غيابه ، يتراكم السفينغوميلين والكولسترول في البلاعم المتكاثرة في النسج الشبكية المنسجية Reticulohistocytic Tissues ( العقد اللمفية ، الطحال ، التوتة ، خلايا كوبفر Kupffer's Cells ، الدبق العصبي ) . أما الجلد ، فلا يصاب عادة .

**التصنيف :** يمكن تمييز خمسة أنماط من هذا الداء .

*النمط آ :* شكل طفلي إلى شبابي مع إصابة الجملة العصبية المركزية والأعضاء الداخلية ، ووجود عوز في إنظيم السفينغوميليناز . وهنا لا يعيش الأطفال المرضى أكثر من السنة الثالثة أو الرابعة من العمر .

*النمط ب :* بدء طفلي شبابي ، مع سير سليم بطيء يستمر بالكهولة ، دون إصابة الجملة العصبية المركزية ، ولكن توجد إصابة حشوية . وهنا يوجد عوز في إنظيم السفنغوميليناز .

*النمط جـ :* شكل طفلي مراهقي ، مع إصابة الجملة العصبية المركزية والأحشاء الداخلية ، لكن مع وجود عوز جزئي على الأكثر في إنظيم السفينغوميليناز . ومن المحتمل هنا أن يكون الإيزوإنظيم السفنغوميليناز مفقوداً . والداء هنا مميت قبل سن الخامسة عشر من العمر عادة .

*النمط د :* يوجد عند المرضى المنحدرين من مقاطعة نوفاسكوتيا في كندا . والصورة السريرية مشابهة هنا لما هي عليه في النمط جـ ، مع وجود تليف أو تشمع في الكبد .

*النمط هـ :* يتضمن هذا النمط اضطرابات تخزين السفبنغوميلين في الكهول الذين تكون مستويات إنظيم السفينغوميليناز لديهم طبيعية عادة .

ولعلّ من المحتمل أنه يجب أن تطلق تسمية داء نيمان – بيك على النمط أ فقط . ولم يؤكد بعد ما إذا كان النمط هـ متواجداً بين المرضى الكهول الذين يعيشون عادة لما حول سن الخمسين من العمر ، أو إذا كانت هذه الحالات تمثل أشكالاً مختلفة ذات بدء متأخر من نمط ب أو نمط جـ وذات سير بطيء .

**الموجودات السريرية :** العلامات الأولية في الشكل الطفلي من داء نيمان – بيك هي ضخامة الكبد والطحال ، والارتشاح المنتشر في الرئتين ، وضخامة العقد اللمفية المتممة ، والإصابة الشديدة للجملة العصبية المركزية . أما التنكس الدماغي ، والنوب الصرعية الشكل ، والتنكس البقعي في النمط أ ، فمن المحتمل أنها تعود إلى التأذي العصبي نتيجة تراكم السفينغوميلين في الدماغ .

*الموجودات الجلدية :* وهي تظهر في المرحلة المتقدمة فقط من هذا الداء ( حبن ، وفقدان وزن ، وسغل ) ، وتتألف من فرط تصبغ بني ضارب إلى الصفرة منتشر في الجلد والأغشية المخاطية .

**التشريح المرضي النسجي :** يكون الجلد مستثنىً من عمليات التخزين عادة . والموجودات النمطية في الأعضاء المصابة ونقي العظام هي الخلايا المختزنة الكبيرة التي يمكن فيها كشف

تكدســـات من قطيرات شحمية تشبه ثمار التوت ( وهي ما تـدعى بخـلايـا نيمان – بيك ) . ويمكن كذلك ، وبشـكـل نموذجي ، مشاهدة خلايا لمفاوية مع فجوات محدثة بالشحم ( مشاغر Gytosomes ذات أغشية مغلفة بكثافة ومتوازية ، ويمكن تمييزها بالمجهر الالكتروني ) .

**المعالجة** : غير ممكنة .

## الورام الحبيبي الشحمي المنتشر Disseminated Lipogranulomatosis [ فاربر ورفاقه ١٩٥٢ ] :

*مرادفات* : داء فاربر ، الورام الحبيبي الشحمي العائلي .

**التعريف** : شحام سفنغولي نادر جداً ذو وراثة جسدية صاغرة . وهو يحدث نتيجة عوز في إنظيم سيراميداز الحمض الحلولي Lysosomal acid Ceramidase ، فينتج عن ذلك تراكم تدريجي للسيراميد في كل الأعضاء عملياً .

**الحدوث** : سجل حدوث /٣٠/ حالة في الأدب الطبي . ولا يبدو أن هنالك زيادة في حدوثه في مناطق معينة .

**الموجودات السريرية** : تتمثل الموجودات السريرية بالثالوث المؤلف من تحدد حركة مؤلم في جميع المفاصل ،وبحة صوت ، وعقيدات بنية اللون تحت الجلد ، وخصوصاً على الأوجه الانبساطية للمفاصل الكبيرة ( الأصابع ، المرفق ، الركبة ، مفصل عنق القدم ) . وقد تؤدي إصابة الأوتار إلى حدوث تقفعات .

**التشريح المرضي النسجي** : غير وصفي ، ويمكن ملاحظة وجود نسيج ليفي فيه أرومات ليف ومنسجات ، وأحياناً خلايا رغوية . تبدي المقاطع المجمدة وجود شحم سكري مع شحم وتلوّن بالـ PAS .

**المجهر الألكتروني** : يبين وجود بُنًى دودية الشكل ( أجسام فاربر Farber's bodies ) في أرومات الليف ، والمنسجات ، وفي الخلايا البطانية أحياناً ( أجسام زبرا Zebra bodies ) . ( راجع الشكل ٣٨ – ٣ ) .

**الفحوص الكيميائية الحيوية** : نلاحظ وجود تخزين زائد للسيراميدات في النسج المتغيرة إمراضياً ( مثل العقد تحت الجلدية ) .

**الإنذار** : هذا الداء مميت عادة .

**السير** : هنالك نمطان محتملان لسير هذا الداء :

– سير حاد مع نهاية مميتة خلال السنتين الأوليتين من الحياة ، ووجود إصابة عصبية مركزية أكثر شدة ، وتغيرات جلدية طفيفة .

– سير متطاول مع نهاية مميتة يحتمل أن تحصل قبل عمر الشباب المتأخر . وفي هذه الحالة تسيطر الآفات الجلدية على اللوحة السريرية بشكل أكبر .

**التشخيص التفريقي** : كثرة المنسجات الشبكي العديد البؤر Multifocal Reticulohistcytosis ، الصفروم الحدبي Xanthoma tuberosa ، العقد المجاورة المفاصل Juxtarticular nodules ، داء الكولستان Cholestanolosis .

**المعالجة** : غير ممكنة ، ويمكن محاولة وضع التشخيص لدى الجنين ببزل السلى .

## متلازمة شدياق – هيكاشي Chediak – Higashi Syndrome [ سترن برنك ١٩٤٨ ، شدياق ١٩٥٢ ، هيكاشي ١٩٥٤ ] :

*المرادفات* : العملقة الحبيبية البنيوية Constitutional granular gigantism .

**التعريف** : هو داء نادر جداً ، يحتمل أنه ذو وراثة جسدية صاغرة ، يصيب العضيات المرتبطة بالغشاء في الخلايا . تحوي الخلايا الملانية جسيمات ملانية عملاقة ، فتظهر اضطرابات في تكون الملانين . كما يمكن كشف عيوب نمطية مضاهية في الكريات البيض على شكل حبيبات عملاقة . ويحتمل أن يكون هذا الشذوذ في الكريات البيض مسؤولاً عن ازدياد القابلية لحدوث الأخماج . هذا ويبدي المجهر الالكتروني وجود كتل من الأجسام الحالة ، وتوضعات الشحوم السكرية .

**الموجودات السريرية** : يكون الجلد فاقد الصباغ ، ويبدو شفافاً ( انظر مبحث متلازمة شدياق – هيكاشي في الفصل ٢٦ ) . أما الشعر ، فيكون أشقر ، أو رمادياً فضياً ، وهو رقيق عادة . وبالنسبة للعلامات العينية النمطية فهي : القزحية الشافة Translucent Iris ، وعوز التصبغ بالشبكية ، ورهاب الضوء . أما الدم ، فنجد فيه : فقر الدم ، وقلة الكريات البيض مع قلة العدلات نسبياً ، وقلة الصفيحات ، وشذوذات بالحبيبات في العدلات واللمفيات ، مع وجود حبيبات عملاقة .

**السير** : يموت الأطفال عادة قبل بلوغهم سن العاشرة بسبب الأخماج المتكررة نتيجة شذوذات الكريات البيض . وتسيطر ضخامة الكبد والطحال ، والضخامة المتعممة في العقد اللمفية على اللوحة السريرية في المراحل الأخيرة . كما لوحظ حصول فرط تعرق شديد لدى المرضى .

**المعالجة** : عرضية .

# الفصل التاسع والثلاثون

# الأدواء الجلدية الناجمة عن اضطراب استقلاب الحموض الأمينية

# Skin Diseases Due to Disorders of Amino Acid Metabolism

د . صائن كاشور
د . غانم رسلان

تنجم هذه الأدواء الجلدية عادة عن عوز ولادي في الإنظيات التي تحفز اصطناع الحموض الأمينية النوعية أو نقلها . تتظاهر اضطرابات استقلاب الحموض الأمينية في الجلد بشذوذ في تصبغ الجلد والشعر ، واضطرابات في بنية الشعر ، ومظاهر بلغرة أحياناً . ومن المهم بالنسبة للمرضى الذين لديهم اضطرابات ولادية في بنية الشعر ، استحضار اضطرابات الحموض الأمينية في أذهاننا ، وإجراء مقايسة الحموض الأمينية الجائلة في الدم ، أو الموجودة في البول .

**بيلة الفينيل كيتون Phenyl Ketonuria** [ فولينغ ١٩٣٤ ] :

*المرادفات* : داء فولينغ Folling's disease ، التخلف العقلي بالفينيل بيروفيك .

**التعريف** : هو اعتلال إنظيمي وراثي ، تتوقف فيه هدركسلة الفينيل آلانين إلى تيروزين بسبب غياب إنظيم هيدروكسيلاز الفينيل آلانين ، وهذا يتظاهر سريرياً بتخلف عقلي ، ونوب صرعية ، وسحناء شقراء Fair Complexion .

**الحدوث** : يقدر أن هناك حالة واحدة من هذا الداء بين كل /١٠/ آلاف نسمة من السكان وتنتقل الوراثة في هذا الداء بشكل جسمي صاغر .

**الإمراض** : بسبب غياب الإنظيم هيدرُكسيلاز الفينل آلانين ، يخضع الفينيل آلانين للتحول إلى حمض البيروفيك الذي يتراكم في الدم . إضافة إلى ذلك ، فهناك زيادة في طرح الفينيل آلانين وحمض البيروفيك في البول ( بيلة الفينيل كيتون ) ، ونقص نسبي في التيروزين في الجسم . ( انظر الشكل ٣٩ — ١ ) .

**الموجودات السريرية** : يعتبر الجهاز العصبي المركزي الجهة الرئيسية المتأثرة بهذا الداء . يبدي الأطفال المصابون درجات مختلفة من التخلف العقلي الناجم عن تأذي الدماغ الانسمامي ، التالي لتراكم الفينيل آلانين ومستقلباته التي تكشف مستوياتها المزدادة في السائل الدماغي الشوكي أيضاً .

*الموجودات الجلدية* : نظراً لفقدان هدركسلة الفينيل آلانين ، فإنه لا تتشكل سوى كميات غير كافية من التيروزين لا تكفي بدورها من أجل اصطناع الملانين ، وهذا ما ينتج عنه السحناء الشقراء ، حيث يكون الجلد أشقر فاتحاً ، والعيون زرقاء ، كما تقل نسبة حدوث الوحمات المصطبغة لدى هؤلاء الأطفال عادة . وليست السحناء الشقراء علامة ثابتة غير قابلة للتراجع ، وما يؤكد ترافقها السببي مع عوز الإنظيم ، اغمقاق الشعر إذا أضيف التيروزين إلى حمية المريض .

وليس من غير الشائع هنا ملاحظة وجود رهاب الضوء ، وفرط التعرق ، وانطلاق رائحة شبيهة برائحة الفأر . ومن المهم أن نلاحظ أن جلود هؤلاء المرضى جافة جداً عادة ( انعدام الزهم مع وسوف دقيقة ) . وفي ٢٠ — ٥٠٪ من الحالات هناك أعراض إكزيمة بنيوية ، خاصة وجود آفات إكزيمية خفيفة الشدة على الخدين .

**التشخيص** : لقد أصبح بالإمكان وضع التشخيص لدى الأطفال باكراً في الوقت الراهن . يتلون البول باللون الأخضر لدى إضافة محلول كلوريد الحديد ٥٪ ، أو إيجابية اختبار شرائط Phenistix دلالة تشخيصية قاطعة وحاسمة . وعلى أية حال ، يكون الإفراز المميز لمستقلبات الفينيل آلانين غائباً في بعض الحالات خلال الأسابيع القليلة الأولى من الحياة . وما عدا ذلك ، فإن ارتفاع الفينيل آلانين في المصورة إلى ٥ مغ/١٠٠ مل أو أكثر ، يدفعنا للاشتباه بهذا الداء .

**الإنذار** : سيء ، إلا إذا بُوشر بالعلاج باكراً جداً .

**المعالجة** : يمنع القوت الفقير بالفينيل آلانين حصول التخلف العقلي إذا أعطي باكراً ، لذلك فمن المطلوب تعديل القوت بحذر مع بذل العناية المناسبة . هذا وتستجيب التغيرات الجلدية الإكزيمائية لرهيمات الستيرويدات المنخفضة الفعالية بسرعة . كذلك فإنه من المهم توجيه العناية المناسبة للجلد ( الاستحمام بالحمامات المضاف إليها الزيت ، وتطبيق مستحلبات الماء في الزيت ) .

**متلازمة هارتنب Hartnup Syndrome** [ بارون ورفاقه ١٩٥٦ ] :

*المرادفات* : داء هارتنب ، متلازمة البيلة الحمضينية الكلوية مع الرنح المخيخي البلغرة .

**التعريف** : هو اضطراب وراثي يؤدي إلى حصول عيب في النقل الخلوي للحموض الأمينية المتعادلة ، وإلى أعراض جلدية

وعصبية ، مع بيلة حمضينية نوعية . وتعود تسمية داء هارتنب إلى اسم المريض الذي شخص لديه هذا الداء لأول مرة عام ١٩٥١ .

**الحدوث** : نادر ،ويحتمل انتقاله بصفة وراثية جسمية صاغرة ، وهو ذو الأائل متعددة **Multiple Alleles** .

**الإمراض** : تفترض التغيرات الجلدية الحاصلة هنا وجود نقص في حمض النيكوتيناميد ، حيث أنه من الممكن تلطيف الأعراض الجلدية والعصبية بإعطاء حمض النيكوتينيك . وقد يكون هناك نقص في امتصاص التريبتوفان من الأمعاء ، وهذا ما يُفضي إلى نقص في الحموض الأمينية اللازمة لاصطناع حمض النيكوتينيك . ويمكن أن يُحصر الاصطناع الحيوي لحمض النيكوتيناميد نفسه نتيجة عيب وراثي في خلايا الجلد ، أو الدماغ ، أو حتى الأمعاء والكلى . ولقد افترضت أيضاً إمكانية حدوث تشكيل زائد لمشتقات الأندول نتيجة المستويات المرتفعة للتريبتوفان في لمعة الأمعاء بسبب الاختمار الجرثومي ، وهذه المشتقات بدورها يمكن أن تثبط الاصطناع الحيوي لحمض النيكوتيناميد . وفي كل الأحوال ، فإن الإفراز الزائد لأجسام أندول التريبتوفان ( حمض الإندوليل أكريليك **Indolylacrylic Acid** ) ، والحموض الأمينية الأخرى في البول أمر ملفت للنظر . وهنا سوء امتصاص نوعي للتريبتوفان ، وربما للحموض الأمينية الأخرى مثل الآلانين ، والسيرين ، والغليسرين ، والفينيل آلانين بسبب وجود عيب في آلية نقل هذه الحموض الأمينية عبر الغشاء المخاطي للصائم ، ويبدو أن هذا مسؤول عن العوز بحمض النيكوتيناميد داخل الخلايا . وقد يكون وجود عيب مشابه في آلية إعادة الامتصاص الكلوي مسؤولاً عن البيلة الحمضينية .

**الموجودات السريرية** : العلامات الرئيسية هي : رنح مخيخي انتيابي مترافق بالرأرأة والشفع ، ونوب شقيقة ، وتراجع تدريجي للتطور العقلي ، وتظاهرات جلدية .

*الموجودات الجلدية* : تكون الموجودات الجلدية فصلية ، وتظهر بشكل تحسس ضوئي **Photosensitivity** ، مع تغيرات تشمل فقط مناطق الجلد المعرضة للضوء ( الوجه ، والأنف ، وظهر اليدين ، وكذلك الركبتين لدى الأطفال ) ، خصوصاً في فصل الربيع . وتقدم هذه التغيرات أحياناً **صورة أشد من بلغرائية** ، أو تماثل تلك التغيرات المشاهدة في التهاب الجلد الشمسي الحاد أو تحت الحاد بوجود الحمامى ، والتورم الخفيف ، والحكة ، إضافة إلى ذلك ، فقد يحدث شيب مبكر في الأشعار أحياناً .

وقد سجلت أيضاً حالات حصل فيها **التهاب معدة ، والتهاب لسان ، وإسهال** .

*البول* : إن حدوث استشراب البيلة الحمضمينية أمر ضروري لوضع التشخيص . تفرز في البول عدة حموض أمينية بكميات عالية ، خصوصاً تلك التي تمثل زمر مونوأمينومونوكاربوكسيليك **Monoaminomonocarboxylic Groups** . أما طرح البرولين ، وهدروكسي البرولين ، والغليسرين فيكون طبيعياً . وهنالك عادة بيلة انديكانية **Indicanuria** واضحة ( إيجابية اختبار ميلون **Millon** ) .

**السير** : تميل الحالة للتحسّن مع تقدم العمر . وقد تتطور الأعراض الجلدية والعصبية بشكل متزامن ، أو مستقلة عن بعضها البعض . ويعتبر الحدوث الفصلي أحد المظاهر الشائعة هنا .

**التشخيص التفريقي** : يتظاهر داء هارتنب على مناطق الجلد المعرضة لضوء الشمس فقط . يجب الأخذ بعين الاعتبار آفات البلّغرة أو الاضطرابات البلّغرائية ، وكذلك التفاعلات السمية الضوئية المحدثة بالأدوية ، أو الأرجية الضوئية ، وإكزيمة التأتب المحدثة بالضوء . كذلك يجب الانتباه إلى تبكل الجلد الولادي **Congenital Polkiloderma** ومتلازمة كوكاين **Cockayne's Syndrome** ( الشياخ المبكر ) التي تلاحظ في السنة الأولى من الحياة ، وتترافق مع اضطرابات في التطور الروحي الحركي .

**المعالجة** : يؤدي إعطاء جرعات عالية من حمض النيكوتيناميد ( ٣٠٠ - ٦٠٠ مغ يومياً ) إلى حصول تراجع فوري للأعراض الجلدية ، إلا أن عودة الأعراض العصبية إلى طبيعتها تتم بشكل أبطأ . ومن المهم منع التعرض لضوء الشمس الشديد ، وتزويد المريض بقوت عالي الحريرات ، وغني بالبروتينات ، وكذلك تزويده بالواقيات الخارجية من الضوء .

### البيلة الألكابتونية مع المغرانية Alkaptonuria with Ochronosis [ فيرخوف Virchow ١٨٦٦ ] :

*المرادفات* : البيلة الألكابتونية ، المغرانية .

**التعريف** : هي داء نادر جداً ، يتصف بحدوث تصبغ داكن في الجلد ( مغرانية ) ، والتهاب مفاصل ، وبول داكن اللون ،وتوضعات لحمض الهوموجنتسيك في النسج بسبب وجود اضطراب وراثي في استقلاب التيروزين .

**الحدوث** : نادر جداً ، وينتقل بمورثة جسمية مقهورة . وهو أكثر شيوعاً لدى الذكور ، ونسبة حدوثه /٣/ لكل مليون نسمة من السكان .

**الإمراض** : هناك قصور في إنظيم أكسيداز حمض الهوموجنتسيك نتيجة عيب وراثي ، وبالتالي يتوقف تحلل

التيروزين في مرحلة حمض الهوموجنتسيك ( ٢ ، ٥ دي أكسي فينيـل حمض الأستيك ) . تتجمع هذه الحموض في النسج الليفية والغضروفية خاصة ، وتؤدي لحدوث تصبغات بنية أو سوداء ضـاربة للزرقة . ويعتبر اسوداد الغضروف ناجماً عن توضع مكاثير Polymers مصطبغة تشكلت بوساطة أكسدة حمض الهوموجنتسيك عبر حمض الأستيك بتزوكينون Benzoquinone Acetic Acid .

**الموجودات السريرية** : من المهم ملاحظة الثالوث العرضي التـالي : خلل تلون بعض أجزاء الجلد المعرض للضيـاء ، والأعراض المفصلية ، والبيلة الملانية .

*الموجودات الجلدية :* يحدث اضطراب لوني منتشر بشكل لون أسود ضارب للزرقة خصوصاً على الأنف والحواف الهامشية للأذنين ، وذلك نتيجة توضع حمض الهوموجنتسيك في النسج الغضروفية والتصبغ الأسود . ( انظر الشكل ٣٩ - ٢ ) كما تحدث توضعات مصطبغة بنية اللون في الصلبة ، لكنها نادرة الحدوث في أماكن أخرى من الجلد .

*الأعراض المفصلية :* تتظاهر بحدوث **الفصال العظمي الناجم عن البيلة الألكابتونية** . تؤدي توضعات حمض الهوموجنتسيك المكـوثرة إلى حدوث فصـال عظمي تنكسـي ، مع تهدم الغضروف المفصلي ، خصوصاً في العمود الفقري .

*الإصابة القلبية :* محتملة الحدوث أيضاً .

*البول :* إن اغمقاق لون البول لدى تعرضه للهواء ، هو نتيجة الأكسدة السريعة لحمض الهوموجنتسيك في محلول قلوي ، وتحوله إلى صباغ داكن غير ذواب شبيه بالكينون بسبب وجود الأمونيا المتشكلة بالاختمار الجرثومي .

**التشريح المرضي النسجي** : يمكن ملاحظة توضع صباغ داكن في الغضاريف والنسج الضامة . وإنه لمن الصعوبة بمكان تمييز هذا الصباغ نسجياً كيميائياً عن الملانين ، لأن كلا الصباغين يُزالان ( يبيضان ) بوساطة بيروكسيد الهيدروجين ، وكلاهما ذوابان في القلويات . وعلى أية حال فإن التوضعات الناجمة عن حمض الهوموجنتسيك ينبغي أن تتحول إلى اللون الأسود لدى استعمـال أزرق الميتلين العديد الصبـاغ ، ويمكن اللجوء إلى الصبغ بزرقة النيل أيضاً .

**التشخيص** : يقـدم خـلل التـلون الغـامق للبول بعد إضـافة هيدروكسيد الصوديوم الممدد ( محلول مائي ١٠٪ ) أرضية للاشتباه بهذا الداء . ومن الممكن كشف حمض الهوموجنتسيك في البول بوسـاطة اختبـارات الإنظيم النوعي ، أو بوسـاطة الاستشراب الغـازي . إضـافة إلى ذلك ، يجب فحص أفراد العائلة أيضاً .

**التشخيص التفريقي** : يوضع التشخيص في الطفولة البـاكرة غالباً بسبب تلون البول الغامق ، وإلا فإنه يوضع لدى البالغين عند بدء حدوث خلل اللون الغامق للجلد ، واعتلال المفاصل . ويجب ألا تشـوش على تشخيص البيلة الألكابتونية الأسباب الأخرى للبول الغامق مثل ( الاضطرابات الاستقلابية للكبد ، البرفيرية ، بيلة الميوغلوبين ، البيلة الدموية ) ومن المهم تمييز هذا الاضطراب عن أنماط خلل التلون الأخرى ( انظر ٧١٠ ) . كما يجب أن نستبعد البيلة الألكابتونية العرضية ( المكتسبة ) أيضاً ، وهذه تنجـم عن إبطـال فعـاليـة إنظـيم أكسـيداز حمض الهوموجنتسيك بفعـل الأدوية أو المواد الكيميـائية كالفينول ، والريزورسينـول ، والميـاكرين ؛ وفي هذه الحالات لا يوجد اعتلال مفاصل . كذلك ، فإن المغرانية الخارجية المنشأ يمكن أن تلاحظ بسبب الهيدروكينون الموجود في الرهيمات المبيضة .

**الإنذار** : من غير الممكن الحصول على تراجع لهذا الداء . وعلى أية حـال ، فـإن المدى المأمول للحيـاة لهؤلاء المرضى يكون طبيعياً .

**المعالجة** : غير ممكنة ، لأن الجين الذي يتحكم باصطناع إنظيم أكسـيداز حمض الهوموجنتسيك مفقـود . يمكن اللجوء إلى الإجـراءات العـرضـيـة ( قوت خـالٍ من الفينيـل الآنـين والتيروزين ) ، ومخفيات اللون التجميلية لحالات خلل التلون .

**متلازمة حمض الأرجينينوسوكسنيك Argininosuccinic Acid Syndrome** [ آلن Allen ورفاقه ١٩٥٨ ] :

**التعريف** : هذا الداء عبارة عن عيب وراثي نادر جداً ، يترافق بعوز في إنظيم الأرجينينوسوكسينات لياز ، وأعراض تصيب الجملة العصبية ، والأشعار ، والكبد .

**الحدوث** : من المحتمل أن هذا الداء ينشأ نتيجة وراثة جينين آليلين يشتق كل واحد منهما من والد .

**الإمراض** : يكون إنظيم الأرجينينوسـوكسينـات لياز ، وهو الإنظيم الذي يحفز انشطار حمض الأرجينينوسـوكسـين إلى أرجنـين وحمض الفوماريك ، مفقوداً في حلقـة البولة . وقد اكتشـفت غيـاب هذا الإنظـيم في الكبـد والدم لدى هؤلاء المرضى ، ولهذه الأسباب تفرغ في البول كميـات كبيرة من حمض الأرجينينوسـوكسينيك ( ٢ - ٩ غ يوميـاً ) يمكن كشفها بالاستشراب الورقي في البول .

**الموجودات السريرية** : يبدي المريض منذ الولادة عادة شعراً قصـيراً ، فريكاً ( سهل التفتت ) ، قَصِفاً ( هشـاً ) ، باهتاً ، شديد الجفاف ، صعب التصفيف وتصاب المنطقة القذالية على وجه الخصوص . ويكون نمو الأشعار معاقاً أيضاً لدرجة أن شعر أولئك المصابين بهذا الداء نادراً ما يحتاج إلى حلاقة . هذا

ويمكن أن تصاب أشعار الحواجب والأهداب وأشعار الجسم ، وكذلك الأظافر أيضاً . وعلى أية حال ، فقد يعود الشعر إلى طبيعته بشكل كبير خلال مرحلة المراهقة . كما يلاحظ لدى هؤلاء المرضى حصول تخلف عقلي ، واختلاجات ، ورنح ، واضطرابات كبدية .

**التشريح المرضي النسجي** : التغيرات الوصفية هي **تقصف الأشعار العقد** ، أو **تقصف الأشعار الولادي** ، وشذوذات في جليدة الشعرة يحتمل أنها مسؤولة عن المظهر الباهت للأشعار . وإنه لمن غير الواضح فيما إذا كان تقصف الأشعار العقد الذي يؤدي إلى تكسر الأشعار هو نتيجة مباشرة للاضطراب في استقلاب حمض الأرجينينوسوكسينيك . تحدث حالات مشابهة في بعض المرضى بتقصف الأشعار الولادي فقط . وينطبق هذا أيضاً على العلاقة المشتبه بها لمتلازمة حمض الأرجينينوسوكسينيك بالشعر السبحي **Monilethrix** ، والأشكال الخاصة من الحاصة المزمنة ( **الحاصة ذات المنشأ الأميني** : شيللي **Shelley** وروفنسلي **Rawnsley** ١٩٥٦ ) .

**التشخيص التفريقي** : تقصف الأشعار العقد ، ومتلازمة الشعر الملتوي ، والشعر السبحي .

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على وجود حمض الأرجينينوسوكسينيك في البول الذي يكشف بالاستشراب أو الرحلان الكهربائي . هذا ويمكن تشخيص هذا الداء في الحياة الجنينية أيضاً بوساطة بزل السلى .

**البيلة الهوموسيستينية Homocystinuria** [ فيلد ١٩٦٢ ] :

**التعريف** : هذا الداء عبارة عن عيب وراثي في استقلاب الميتيونين ، ينتقل بمورثة جسمية صاغرة ، ويحدث بسبب عوز في إنظيم سينتيتاز سيستاتيونين .

**الحدوث** : نادر جداً ، وتبلغ نسبته القصوى مريض واحد لكل ٢٠,٠٠٠ مولود . وهنا ينقص متوسط العمر المتوقع ، ويموت كثير من المرضى في السنوات الثلاثين الأولى من أعمارهم نتيجة حدوث اختلاطات خثارية . وهذا الداء شائع بين الأقرباء أكثر ، ويميل للحدوث لدى الذكور أكثر .

**الإمراض** : هناك عيب إنظيمي وراثي يؤثر على عملية انقلاب الهوموسيستين والسيرين إلى سيستاتيونين ، وبذلك فالهوموسيستين المتراكم والمنقلب إلى هوموسيستين يفرغ في البول ( إيجابية اختبار ليجال **Legal** ) ، أو يتشكل الميتيونين ، ويصبح قابلاً للكشف بكميات معقولة في البول والمصورة .

**الموجودات السريرية** : تتظاهر هذه الاضطرابات على وجه الخصوص في مكونات الكولاجين الحاوية على مجموعات السلفاهدريل ، وبذلك فهي تتظاهر في أماكن عدة : خلع عدسة العين حتى لدى حديثي الولادة ، واضطرابات في النمو والتطور العقلي ، وتغيرات هيكلية ( الطول وطول الأطراف يذكرنا بمتلازمة مارفان ، تخلخل العظام ) ، وحسر بصر ، وتغيرات وعائية مع خثارات وريدية وشريانية مميتة غالباً ( تنقص عوامل التجلط ) ، وتغيرات جلدية .

*الموجودات الجلدية* : يبدي جلد الفم لطخاً حمراء لدى الأطفال والمراهقين والكهول ، خصوصاً في البيئات الدافئة . ويلاحظ أن لجلد الوجه مسامات كبيرة ، كما يميل جلد الأطراف لأن يأخذ شكلاً شبكياً . أما الشعر فهو متفرق ( متناثر ) ورقيق .

قد توجد أيضاً أوعية دموية ذات نموذج شبيه بالتزرق **Livedo – Like** ، وندبات ضمورية صغيرة تشبه ورق السجائر على اليدين .

**التشخيص التفريقي** : يجب ألا يلتبس التشخيص بمتلازمة مارفان ، إلا أنه في هذه المتلازمة تغيب الأعراض المخية ، وتغيرات الأشعار ، واضطرابات التطور العقلي . ومن جهة أخرى فإنه تظهر أعراض حشوية ، إضافة إلى أنه لا يمكن كشف الهوموسيستين في البول .

**المعالجة** : يجب أن يوضع التشخيص باكراً ما أمكن نظراً لأن تناول الفيتامين ب ٦ ( بيروكسيدين **Pyroxidine** ) بجرعات عالية ( ٣٠٠ – ٦٠٠ مغ يومياً ) يعطي نتائج ناجحة جداً في بعض الحالات .

**بيلة التريميتيل أمين Trimethylaminuria** [ هامبرت ١٩٧٠ ] :

*المرادفات* : متلازمة رائحة السمك .

هذا الداء عبارة عن داء نادر ذو رائحة جسد حقيقية . يوجد هناك فشل في عمل إنظيم الكبد الذي يؤكسد التريميتيل أمين الممتص من الأمعاء إلى شكل لا عرقي . وهنا يطلق المريض رائحة تشبه رائحة السمك الفاسد . ويعتبر القوت ، والنبيت الجرثومي للأمعاء مسؤولين عن هذه الظاهرة . ويمكن إثبات التشخيص بالاستشراب الغازي للبول .

**التشخيص التفريقي** : التهاب المهبل بالجاردنيرلا المهبلية **Gardnerella Vaginalis** ، ومتلازمة الشوه **Dysmorphic Syndrome** .

**المعالجة** : يفيد القوت المناسب في تحسين الرائحة المحسوسة من قبل المريض نفسه ، ومن قبل الآخرين .

# الفصل الأربعون

# الاعتـلالات الغـامية ( الاعتـلالات الغلوبلينية )

# Gammopathies

د . صائن كاشور

يمكن أن ينشأ فرط غاما غلوبلين الدم ( وهو الزيادة المرضية للبروتينات من نموذج غاما غلوبُلين ) من أسباب مختلفة كثيرة .

*الاعتـلال الغـامي الوحيـد النسيـلة Monoclonal Gammopathy* : هو الزيادة في الغلوبلينات المناعية الناجمة عن الاصطناع الزائد لجزيئات ضدية عبر نسيلة خلوية متكاثرة مستقلة مفردة .

*في الاعتـلال الغـامي العـديد النسيـلة Polyclonal Gammopathy* : تُنتج غلوبلينات زائدة عبر عدد وافر من نسائل خلوية مختلفة كنتيجة لتنبيه مستضدي مزمن عادة .

تكـون الغـلوبـلينـات المنـاعيـة ذات مركب غيري Hetrogenous بـالنظـر إلى بنيتهـا الجزيئيـة ، وشحنتهـا الكهربائية ، وهذا ما يبدو في الرحلان الكهربائي المصلي كزيادة واسعة في غلوبلين غاما .

إن الغلوبلينات المناعية التي تُنتج مرضياً بشكل زائد في الاعتلال الغامي الوحيد النسيلة هي من بنية جزيئية محددة ، وتُظهر سلوكاً انتقالياً محدداً في الانفصال الرحلاني الكهربائي . لذلك ، فإنه في الحالات النموذجية ، يبدي الرحلان الكهربائي المصلي للمرضى الذين لديهم اعتلال غامي وحيد النسيلة ذورة متناسقة ضيقة ( مركب M ) ، تظهر إما في منطقة $\gamma$- ، أو $\beta$- ، أو في منطقة $\alpha_2$- غلوبلين أحياناً ، وذلك تبعاً للشحنة الكهربائية للبروتين غير السوي .

لقد نشأ المصطلح التاريخي **نظير البروتينات ( البارابروتين Paraprotenis** لهذه الغلوبلينات المناعية الوحيدة النسيلة من الافتراض الخاطىء بأنها جزيئات بروتينية محولة إمراضياً ولا تمثل نظائر البروتينات جزيئات بروتين غير سوية إلا في الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة ، والتي تشكل فيها خلية نسيلة خبيثة جزيئات غلوبلينات مناعية غير تامة تتألف على سبيل المثال من سلاسل خفيفة فقط ( ورم مصوريات بنس جونس Bence Jones Plasma Cytoma ) ، أو من سلاسل ثقيلة فقط ( داء السلسلة الثقيلة Heavy Chain Disease ) .

يتم **التشخيص المخبري** للاعتلال الغامي الوحيد النسيلة بالرحلان الكهربائي لمصل المرضى وبولهم . هذا ولقد تم الاستغناء عن التشخيص الروتيني في تمييز نظائر البروتينات بسلوكية تثفلها أثناء التبنيذ Centrifugation . ويمكن الآن ، بوساطة أضداد المصل النوعية ، تحديد نماذج السلاسل الخفيفة أو الثقيلة بالرحلان الكهربائي المناعي .

قد يصاب كل صنف من الأصناف الخمسة للغلوبلينات المناعية **باعتلال غامي** وحيد النسيلة ، ويسبب ذلك **اعتلالاً جلدياً** . وتبعاً لذلك ، يمكننا أن نميز اعتلالات جلدية بالغلوبولينات IgE IgD, IgA, IgM, IgG . ويتعلق تواتر حدوث كل اعتلال جلدي بالتركيز النسبي للغلوبلينات المستقلة في الدم .

نطرح ، في نصف حالات الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة من نمط الورم النقوي المصوري الخلايا على الأقل ، تُطرح سلاسل جزيئية خفيفة حرة ( بروتينات بنس جونس ) من الغلوبلينات المناعية الوحيدة النسيلة المناسبة في البول بكميات كبيرة . وبدلاً من الاختبار المستخدم سابقاً ، والذي يقوم على غلي البول لكشف بروتينات بنس جونس فيه ( تترسب في درجة حرارة ٥٠ – ٦٠ م° ، وتتفكك في حوالي درجة ٨٠ م° ) ، فقد أصبح كشفها بالرحلان الكهربائي المناعي للبول المركز للمرضى الوسيلة التشخيصية النوعية .

إن التحول الخبيث للخلايا المشكلة للغلوبلينات المناعية ( خلايا B ) ، مع التكاثر غير المسيطر عليه للخلية النسيلة الناتجة ، وإفراز الغلوبلينات المناعية ، مسؤول عن الزيادة في الغلوبلينات المناعية الوحيدة النسيلة .

تتميز حالات الاعتلال الغامي الوحيد النسيلة الثانوي عن غيرها من الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة البدئية المتنوعة . فالحالات الأولى تحدث في أدواء أرومات الدم Hemoblastoses ، والسرطانات ، واضطرابات الكبد ، والأدواء الخمجية ، وحبيبوم أصفر البلي الفيزيولوجي Necrobiotic Xanthogranuloma . وليس من الواضح حتى الان ما إذا كان لهذه الأدواء علاقة سببية بظهور الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة ، أو أنها أمراض مرافقة مزامنة .

من المهم تمييز **الاعتلال الغامي الوحيد النسيلة الأساسي السليم** الصامت سريرياً والذي يمكن كشفه بالتشخيص المخبري فقط ، ولا يحتاج لمعالجة . ويحدث هذا النوع بتواتر أكثر في الأعمار المتقدمة على هيئة زيادة وحيدة النسيلة لدى ٣٪ كحد أعلى من الأشخاص الذين جاوزوا سن السبعين .

*علامات الاعتلال الغامي الوحيد النسيلة البدئي :*

- ألم عظمي ، وتغيرات عظيمة تكشف شعاعياً .

- سرعة تثفل عالية جداً .
- تفاعل SIA إيجابي ( ترسب بروتينات مرئية من المصل المنقط في الماء المقطر ) .
- زيادة بروتينات المصل الكلية .
- وجود بروتينات بنس جونس في البول .
- فقر دم .
- نقص وزن .

أما **التظاهرات الجلدية** فتختلف اعتماداً على تكاثر الخلايا المنتجة للغلوبلينات المناعية ، والظاهرة الأرجية ، واضطرابات النفوذية الوعائية .

## الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة : Monoclonal Gammopathies

### وجود الغلوبُلين الكِبْري بالدم Macroglobulinemia [ فالدنستروم ١٩٤٤ ] :

**التعريف** : هو داء مزمن يتصف بزيادة وحيدة النسيلة للغلوبلينات المناعية من نمط IgM ( غلوبلين كِبَري ) .

**الحدوث** : غير شائع نسبياً ، ويصيب الرجال الكهول خاصة .

**الإمراض** : الأساس في هذا الداء هو التنكس الخبيث للأرومة اللمفاوية B أثناء تمايزها إلى خلية مصورية . وهذا التنكس هو نتيجة لتمدد خلية نسيلة متنكسة تؤثر على العقد اللمفية ، والطحال ، والكبد ، ونقي العظام . ويتصف هذا الداء بزيادة وحيدة النسيلة للغلوبلين IgM ( غلوبلينات كبرية ) بأوزان جزيئية حوالي ١٠^٦ موافقة لتثفل مستقر على 19S في التنبيذ . تشاهد **الظواهر النزفية** نتيجة تأذي الأوعية الدموية بالجزئيات الكِبَرية ، وتكون فعالية التجلط وعوامل الصفيحات مثبطة . إضافة إلى ذلك يمكن أن يكون هنالك تكاثر للخلايا المصورية الشكل في الجلد .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر وجود الغلوبلينات الكِبري في الدم بالأشكال التالية :

*أهبة النزف* : وهذه تبدو على شكل نمشات نزفية صغيرة بدرجة أقل من النزف المخاطي الكبير من الفم والأنف ، أو النزف في الجملة العصبية المركزية ، والأذن الداخلية ، والشبكية .

أما **فرفرية وجود الغلوبلينات الكبرى في الدم** على الجلد فهي نادرة .

*الموجودات الجلدية* : يعتبر الارتشاح الهلامي النزفي الجزئي حول الحجاج من الموجودات الجلدية المشخصة جداً ، وبدرجة أقل من ذلك يكون وجود ارتشاحات ورمية الشكل ، أو عقيدية صغيرة ، أو ارتشاحات شبه لويحية في الجلد ، والتي تبدي نزوفاً نمشية ، وتكون ذات لون أحمر ، أو تتدرج بين اللونين الأحمر والأزرق .

*الموجودات المجموعية* : ضخامة محسوسة بالعقد اللمفية ، ووذمة شديدة نتيجة نقص ألبومين الدم ، وضخامة كبد وطحال أحياناً .

**الأعراض** : متنوعة .

*الموجودات الدموية* : يوجد عادة فقر دم سوي الصباغ ، مع أعداد طبيعية من كريات بيض عَدِلة مفصصة النوى ، وكثرة لمفاويات نسبية .

*جملة التخثر* : تكون طبيعية باستثناء تطاول محتمل لزمن التخثر ، وانخفاض مقاومة الشعيرات .

*المصل* : بالإضافة لنقص ألبومين الدم ، يزداد المحتوى البروتيني بشكل كبير جداً ( حتى ١٢ غ٪ ) ، كما تزداد سرعة التثفل كثيراً ( أكثر من ١٠٠ م . م في الساعة الأولى ) . ويبدي **الرحلان الكهربائي المصلي** ذروة مرتفعة ضيقة في منطقة غلوبلينات γ ، والتي يمكن أن تظهر في الرحلان الكهربائي المناعي كاعتلال غامي وحيد النسيلة من نمط IgM .

*نقي العظام* : توجد خلايا لمفية صغيرة و/أو خلايا مصورية الشكل تحل محل نقي العظام .

**التشريح المرضي النسجي** : لا يوجد أساس نوعي هنا . تتألف الرشاحة الجلدية من تكاثر خلايا لمفانية و/أو خلايا مصورية الشكل : **لمفوم الخلايا اللمفيّة المصورية الشكل - Lymphoplas - Macytoid lymphoma** ، و **ورم الخلايا المناعية Immunocytoma** .

**التشخيص** : يمكن إثبات التشخيص بكشف الغلوبلينات الكبرية في التنبيذ الفائق ( أجزاء بروتينية غير عادية ذات وزن جزيئي > ١٠^٦ في تركيز أكثر من ٥٪ ) .

**التشخيص التفريقي** : من المهم نفي واستبعاد الأورام المصورية النادرة جداً من نمط IgM كذلك يجب الانتباه إلى الأرومة المركزية /الخلوية المركزية/ Centroblastic Centrocytic ، أو اللمفوم الخبيث للأرومة المناعية Immunoblastic Malignant Lymphoma .

**الإنذار** : سيء .
**السير** :مزمن .
**المعالجة** : عرضية وموقفة للخلايا .

## اعتلالات غامية وحيدة النسيلة أخرى Other Monoclonal Gammopathies :

يُعدّ ورم المصوريات Plasmocytoma ( النقيوم المتعدد

Multiple Myeloma ) السبب الأكثر شيوعاً للاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة في هذه المجموعة . يتصف النقيوم المتعدد بالإنتاج المفرط لغلوبلينات مناعية وحيدة النسيلة سليمة ( حوالي ٥٥٪ IgG ، وحوالي ٢٣٪ IgA ) .

يتعلق تواتر حدوث النقيومات لصفوف الغلوبلينات المناعية المستقلة بتركيز الغلوبلينات المناعية في المصورة السوية ( IgG > IgA > IgM > IgD > IgE > ) .

ينتج الاعتلال الغامي IgG الذي يحدث بشكل أكثر شيوعاً من غيره عن نقيوم متعدد ، أو بشكل أقل شيوعاً من لمفومات لاهودجكينية متنوعة ، وخصوصاً من نمط ورم الخلايا المناعية .

أما الشكل الذي يأتي في المرتبة الثانية من حيث درجة الشيوع فهو **الاعتلال الغامي IgA** ، ويحدث في النقيوم المتعدد أيضاً ، لكنه يحدث كذلك في اللمفومات اللاهودجكينية ، وفي تقيح الجلد المواتي Pyoderma Gangrenosusm .

وأما الشكل غير الشائع كثيراً ، وهو **الاعتلال الغامي IgD** فإنه يرى في النقيومات المتعددة أيضاً ، بينما يشاهد الشكل المماثل له في قلة الشيوع وهو **الاعتلال الغامي IgE** في ابيضاض الدم بالخلايا المصورية ،واللمفومات اللاهوجكينية .

*الموجودات الجلدية :* لا تظهر علامات جلدية في البداية في أورام الخلايا المصورية ( النقيومات المتعددة ) . وفي المراحل الأخيرة فقط ، قد تظهر ارتشاحات بالجلد على شكل ارتشاحات عقيدية زرقاء ضاربة للحمرة متعددة ، أو على شكل ارتشاحات أكثر تسطحاً . هذا ويدل الفحص النسجي على التشخيص .

*التظاهرات الجلدية الأخرى :*

*الداء النشواني المجموعي الثانوي Secondary Systemic Amyloidosis :* ( الداء النشواني المرافق ) في النقيوم المتعدد ، والذي يظهر بشكل شائع بصورة نزف حول الحجاج ، أو حول الشرج .

*الحزاز الوذمي المخاطي والوذمة المخاطية التصلبية Lichen Myxedematosus and Scleromyxedema :* وهو اعتلالات غامية وحيدة النسيلة من أنماط IgM ، و IgG ، كثيراً ما يرافق تكاثر خلايا مصورية الشكل في نقي العظام ، والجلد ، والعضلات .

*تقيح الجلد المواتي Pyoderma Gangrenosum ( التهاب الجلد التقرحي ) :* وهنا يمكن كشف وجود اعتلالات غامية وحيدة النسيلة من النمط IgA لدى المرضى مع أو دون نقيوم متعدد .

*الحمامى العقدة Erythema nodosum :* وقد وجدت في حالات نادرة من الاعتلال الغامي IgA .

*الحمامى المرتفعة الدائمة Erythema elevatum diutinum :* وقد وصفت في الاعتلالات الغامية IgA ، و IgG ، وكذلك في النقيوم بشكل نادر .

*الداء البثري تحت الطبقة المتقرنة Subcorneal Pustulosis :* .

*حبيوم أصفر البلى الفيزيولوجي Necrobiotic Xanthogranuloma :* وهو يحدث في الاعتلالات الغامية الوحيدة النسيلة من أنماط IgG و IgM ( أنماط Kappa و Lambda ) .

*أعراض غلوبلينات الدم القرّية Cryoglobulinemia :*

**التشخيص** : في كل حالات الاشتباه بوجود أورام مصورية ( نقيوم متعدد ، داء كاهلر Kahger's Disease ) .

*سرعة التثفل :* تكون مرتفعة .

*الرحلان الكهربائي في المصل ، والرحلان الكهربائي المناعي :* يظهران اعتلالاً غامياً وحيد النسيلة .

*بزل نقي العظم :* يبين وجود ارتشاح بالخلايا المصورية .

*فحص الهيكل العظمي :* يظهر وجود آفات انحلال عظمي .

*البول :* يحتمل أن نكشف فيه بروتينات بنس – جونس .

**المعالجة** : قد تستطيع العوامل المؤلكلة إخماد كلا الاعتلال الغامي والداء .

## الاعتلالات الغامية العديدة النسيلةPolyclonal Gammopathies :

يُعدّ فرط غلوبلينات غاما العديدة النسيلة في الدم ، أي الزيادة في كل أجزاء الغلوبلينات المناعية في المصل ، كثير المشاهدة نسبياً . وتترافق هذه الأدواء عادة مع تفاعلات إيجابية في الاختبارات المصلية الأخرى كاختبارات التفاعلات الإفرنجية غير النوعية المصلية ، والعوامل الرثيانية ، والعوامل المضادة للنوى ، وعوامل خلايا الذأب الحمامي ، والأضداد الأخرى . ويمكن أن يحدث فرط غاما غلوبلين الدم العديد النسيلة بشكل عرضي في الأدواء الالتهابية المزمنة كالذأب الحمامي المجموعي ، والغرناوية ( الساركوئيد ) ، ومتلازمة شُغْرين Siögren's Syndrome ، والتهاب المفاصل الرثياني . ولهذا ، فإن الاعتلال الغامي العديد النسيلة يعد أيضاً تعبيراً عن تفاعل مناعي ذاتي يكون المحرض السببي فيه غير معروف .

## فرفرية فرط غلوبلينات الدم Purpura Hyperglobulinemia [ فالدنستروم ١٩٤٨ ] :

*مرادفات :* لمفوم الخلايا المناعية ، داء فالدنستروم Waldenstrom ، فرفرية فرط غلوبلينات الدم .

**التعريف** : هذا الداء عبارة عن مجموعات ناكسة من فرفرية قيامية Orthostatic Purpura لدى النساء خاصة ، مع فرط غلوبلينات غاما في الدم .

**الحدوث** : غير شائع ، ويحدث أكثر ما يحدث لدى النساء الشابات ، ولا يوجد تأثير وراثي واضح .

**الإمراض** : يوجد هنا **فرط غلوبلينات غاما عديدة النسيلة في الدم** أساسي أو غامض دون أي افتراض بوجود أدواء أخرى قد تؤدي إلى تغيرات هامة في بروتينات المصل . وبالإضافة إلى العوامل الوعائية ، فإن فرط غلوبلينات غاما المصلي في الدم ذو أهمية محتملة بالنسبة للفرفرية ، وخاصة كما في الأدواء الأخرى التي يحدث فيها **فرط غاما غلوبلينات الدم العرضي أيضاً** ( التهاب الشغاف العدسي ، التهاب المفاصل الرثياني ، النقيوم المتعدد ، الداء النشواني ) . وقد توجد زيادة في النفوذية الوعائية تؤهب بدورها لحدوث الفرفرية .

**الموجودات السريرية** : تشابه الصورة السريرية تلك الموجودة في الفرفرية القيامية ، وذلك بوجود مجموعات من نزوف نمشية بحجم رأس الدبوس ، أو أكبر بقليل على الأجزاء الارتكازية من الجسم ، وخصوصاً الساقين السفليين ، قد تطلقها عوامل ميكانيكية ،وتكون علامة رمبل – ليد Rumpel – Leede إيجابية . إضافة إلى ذلك ، يمكن مشاهدة توضعات ثمالية ذات لون بني ضارب للصفرة على نمط فرفرية مغرانية صفراء Jaune d'ocre .

يمكن أن تظهر أحياناً عقيدات صغيرة تشبه الأورام الوعائية إلى حد ما كمناطق وذمية على الكاحلين الداخلي والخارجي . أما الأغشية المخاطية ، فلا تصاب عادة .

**الأعراض** : تظهر حكة بسيطة أحياناً ، وفي أحيان أخرى قد يظهر إحساس حارق شديد ، أو شعور بالانكماش والتضيق في المناطق المصابة من الأطراف .

**التشريح المرضي النسجي** : تعود الصورة النموذجية إلى التراكم المرضي للكريات الحمر داخل الأوعية ( تكدر الدم Sludging ) ، وقد يوجد التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض أيضاً . وهنا يجب إجراء اختبار التألق المناعي المباشر .
**السير** : مزمن ومتموج .
**التشخيص** : الأدواء المجموعية الأخرى غائبة . يوجد ارتفاع شديد في سرعة التثفل ، وفرط بروتينات الدم ، واختبارات تنشيط المصل شاذة ( مثل البروتين المنشط C ) .

*طراز الرحلان الكهربائي المصلي النمطي :* نقص ألبومين الدم ، مع ذروة غلوبلين لا عريضة مرتفعة .

*الرحلان الكهربائي المناعي :* نلاحظ وجود زيادة متعددة النسائل في الغلوبلينات المناعية ، كما تحدث زيادة في نفوذية الشعيرات دون أي اضطراب في جملة الدوران . ومن الممكن أن نجد فقر دم سوي الصباغ ، مع قلة البيض Leukopenia .

**التشخيص التفريقي** : من المهم فحص هؤلاء المرضى جيداً ، والتحري عن فرط غلوبلين غاما العرضي في الدم في الذأب الحمامي المجموعي ، وتصلب الجلد المجموعي المترقي ، ومتلازمة شغرين ، والتهاب الأوعية المنخّر . كما يدخل في التشخيص التفريقي الأشكال الثانوية من فرفرية فرط غلوبلينات الدم في التشمع الكبدي . وفي هذه الحالة الأخيرة ، يمكن أن نجد فرط غلوبلينات غاما في الدم مع اعتلال غامي عديد النسائل ، لكننابإضافة إلى ذلك عادة ما نجد اضطرابات ذات منشأ كبدي مثل قلة الصفيحات ، أو عوز البروترومبين ، أو الفبرينوجين . و من المهم أيضاً استبعاد ونفي وجود غلوبلينات قرّية في الدم Cryoglobulinemias .

**المعالجة** : صعبة ، ومن المهم إجراء فحوص وتحريات متكررة عن الأدواء الأخرى ( التهاب المفاصل الرثياني ، اضطرابات الكبد ، الذأب الحمامي المجموعي ، تصلب الجلد المجموعي المترقي ، متلازمة شغرين ، التهاب الأوعية ، ورم التوتة Thymoma ) . أما الستيروئيدات القشرية ، فلم تحرز إلا نجاحاً بسيطاً ، وليس لها سوى تأثير مخمد للمرض فحسب . ويمكن أيضاً تجريب العلاج بالأزاثيوبرين Azathioprine .

## وجود الغلوبلينات القرّية في الدم Cryoglobulinemia

[ لاندستيز Landsteiner ١٩٠٣ ، ليرنر وواطسون Lerner and Watson 1947 ] :

**التعريف** : الغلوبلينات القرية هي أضداد ذاتية يمكنها رص الكريات الحمر في درجة حرارة تحت ٣٧ م° ، وتعود للذوبان بالتسخين . ( راجع الشكل ٤٠ – ١ ) . تنتمي الغلوبلينات القرية إلى أجزاء من الغلوبلين **IgG** ، أو **IgM** ( الغلوبلينات الكبرية ) ، ونادراً ما تنتمي إلى أجزاء الغلوبلين **IgA** . ويملك المرضى الذين لديهم غلوبلينات كبرية في الدم عادة غلوبلينات قرية في الدم في نفس الوقت . وعلى أية حال ، فإن هذا المركب لا يسبب أعراضاً جلدية دوماً . هذا ويمكن مشاهدة الفبرينوجين ومكونات المتممة في الترسب القري Cryoprecipitate .

ومن المهم تحديد الحالة الموجودة ، هل هي **غلوبلينات قرية**

**وحيدة النسيلة في الدم ، أم غلوبلينات قرية عديدة النسائل في الدم** . يدل وجود الغلوبلينات القرية الوحيدة النسيلة في الدم على وجود كثرة المصوريات ، أو نقيوم الخلايا المصورية . أما الغلوبلينات القرية العديدة النسائل فتكون تالية لمعقدات مناعية جوالة عادة .

**الإمراض** : السببيات غير معروفة . وهناك جدال حول ما إذا كان ترسب الغلوبلينات القريّة ضمن الدوران في المناطق الأبرد من الجلد يسد الأوعية الصغيرة بترسبات البروتين والنضائد Rouleaux ( لفة نقود معدنية موضبة بشكل أسطواني في غلاف ورقي ) . ومن الممكن أن تحدث الغلوبلينات القرية حالة نقص تحبب الخلايا البدنية أيضاً ، وتؤدي كذلك إلى انطلاق وسائط فاعلة في الأوعية . والنتيجة أنه يمكن مشاهدة اضطرابات الأوعية الدموية المحيطية في حالة وجود غلوبلينات قرية في الدم .

**الموجودات السريرية** : تعتمد التظاهرات الجلدية السريرية النمطية على الفصل من عدة جهات :

*متلازمة رينو الكاذبة Pseudo – Raynaud's Syndrome :* تتصف بزراق شديد متقطع في نهايات الأصابع والأنف والأذنين مترافق في أغلب الحالات مع شرى البرد . يتطور هذا الزراق لاحقاً إلى زراق نهايات أسود مزرق مفاجىء ، وذلك بعد التعرض للبرد ، ويرافقه ألم شديد جداً يعقبه موات Gangrene . ( راجع الشكل ٤٠ – ٢ ) .

*الفرفرية القريّة Cryopurpura :* تتظاهر بنمشات نزفية على المناطق المعرضة للبرد من الجلد ، وخاصة اليدين والقدمين ( فرفرية غلوبلينات الدم القرية ) ،أو بكدمات كبيرة أو قروت Sugillations يمكن أن تؤهب لحدوث أشكال نزفية ونخرية من التهاب الأوعية الأرجي . هذا ومن الشائع حدوث **نزوف المخاطية** ( الأنف والفم ) .

*تقرحات وموات الجلد :* يمكن أن تحدث هذه التغيرات على الأجزاء المعرضة للبرد والتي تملك نسيجاً شحمياً وافراً ، مترافقة مع نزوف ، أو تكون عفوية على ما يظهر .

*شرى البرد Cold Urticaria :* يمكن العثور على الغلوبلينات القريّة في المصل في حالات شرى البرد ، وهي اندفاعات شروية تحدث في مناطق الجلد المعرضة للبرد . ويظهر هذا التفاعل بعد ساعتين كحد أقصى من حقن الجلد بغلوبلينات قرية ذوابة ، ويترافق مع نقص تحبب الخلايا البدنية ، وهذا يقتضي تحرر وسائط فعالة في الأوعية Vasoactive Mediators كالهستامين مثلاً تقوم به الغلوبلينات القرية .

*زراق الأطراف Acrocyanosis :* يبدي معظم هؤلاء المرضى زراق نهايات أزرق ضارباً للحمرة في الأصابع والأنف والأذنين بعد التعرض للبرد . ويوجد في هذه الحالات عادة ارتفاع واضح في عيار الغلوبلينات القرية التي تعود إلى صنف IgM .

*التهاب السبلة الشحمية البردي Cold Panniculitis :* .

**الأعراض** : ألم شديد كما في متلازمة رينو ، وما يعقبها من نخر أو موات في الأصابع والأباخس . إضافة إلى ذلك ، تحدث الحكة في شرى البرد .

**التشريح المرضي النسجي** : يمكن أن نجد في حالات النزوف النمشية نضائد Rouleaux ، ونتحات Exudates من ترسبات بروتينية إيوزينية في أوعية الأدمة المتسعة ( كدر Sludging ) . كذلك يمكن أن نجد بشكل نموذجي تخثراً في الأوعية الصغيرة ، وخصوصاً المحيطية منها . وفي بعض الأحيان يمكن ملاحظة وجود التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض Leukocytoclastic Vasculitis مع غلوبلينات قريّة مختلطة . أما التغيرات الأخرى فهي ثانوية ، وغير نوعية .

**السير** : مزمن .

**التشخيص** : يرتكز التشخيص على الأعراض السريرية المذكورة أعلاه في مناطق الجلد المعرضة للبرد ، وإجراء اختبار الغلوبلينات القرية .

**التشخيص التفريقي** : يشاهد **وجود الغلوبلينات القرية العديدة النسائل في الدم** في الذأب الحمامي المجموعي ، والتهاب الشرايين العقد Polyarteritis Nodosa ، ومتلازمة شغرين ، وابيضاض الدم اللمفاوي المزمن ، والغرن اللمفاوي Lympo – Sarcoma ، وداء غلوبلينات الدم الكبري لفالدنستروم ، وفرفرية فرط غلوبلينات الدم ، والتهاب الأوعية المنخر .

يفترض وجود **غلوبلينات قريّة وحيدة النسيلة في الدم** وجود النقيوم المتعدد ( ورم الخلايا المصورية ) . ويتطلب التفريق عن متلازمة رينو أخذ قصة مرضية دقيقة ، وحصول ترافق مع شرى البرد ، وفقدان التفاعل الثلاثي المميز لمتلازمة رينو . وإن سرعة التثفل العالية ، والوجود الجسيم للغلوبلينات القريّة في الدم ( حتى ١٠ غ/١٠٠ مل مصل ) يعزز التشخيص .

كذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار **وجود غلوبلينات قريّة في الدم بشكل عرضي** لالتهاب الشغاف الجرثومي ، أو تشمع الكبد ، أو اللمفومات الخبيثة .

**المعالجة** : صعبة ، ويجب معالجة الأدواء المستبطنة ، وكمثال على ذلك نجرب معالجة شرى البرد بالبنسلين بمقدار ٥ – ١٠ × ١٠^٦ وحدة/يومياً لمدة ٢ – ٣ أسابيع ، أو بمعالجة عرضية . ويمكن أن تتحسن الأعراض بتبديل المصورة .

# الفصل الواحد والأربعون

# الأدواء النشوانية

# Amyloidoses

د . محمد نزار الدقر

## الكيمياء الحيوية والإمراض :

الأدواء النشوانية مجموعة من الأمراض غير الشائعة يحدث فيها ترسبات للمادة النشوانية خارج الخلايا ، موضعة أو جهازية ، حيث تبدو المادة النشوانية في الأنسجة كمادة ثابتة ، شافة ، غير مبلّرة . ذات خصائص تلوينية نوعية . فهي محبة للحمض بشكل خاص وولوعة بأحمر الكونغو ، وتبدي تبدلاً في اللون مع البنفسجية الزجاجية .Crystal V وبنفسجية الميتيل ، كما أنها ولوعة بالأصبغة الومضانية مثل التيوفلافين ت . ويكون تفاعل الباس PAS عادة إيجابياً . وفي بعض حالات فردية قد يكون من الصعب التمييز بشكل مؤكد بين المادة النشوانية وبين ترسبات الدُّخَيْنَة الغروانية والتنكس الهياليني الجلدي المخاطي ( الداء البروتيني الشحماني ) أو نظير الفيبرين . وعادة لا ينصح بإجراء اختبار أحمر الكونغو داخل الأدمة لاستمرار تبدل لون الجلد ، فالترسبات النشوانية الجلدية تبقى مصطبغة باللون الأحمر لعدة أيام أو أسابيع بعد حقن أحمر الكونغو (١ ــ ٢٪) في الأدمة . وكطريقة للكشف يؤكد هنا على التلوين بأحمر الكونغو القلوي لبوشتلر Puchtler ، حيث أن التنميط الظاهري المناعي Immunophenotyping للمادة النشوانية أصبح ممكناً . وتتصف المادة النشوانية بأنها كاسرة مضاعفة بالضوء المستقطب وتبدو خضراء في المقاطع النسيجية الملونة بأحمر الكونغو ( لذا تدعى بمزدوجة التلون ) . وتبدو ترسبات المادة النشوانية في النسج إما حول الألياف الكلاجينية ( الداء النشواني حول الكلاجين Pericollagenous ) أو حول الغشاء القاعدي والألياف الشبكية ( الداء النشواني حول الشبكي = Perireticulin ) وتكون الخلايا المتنية ( البرانشيمية ) دائماً خالية من المادة النشوانية .

**تركيب المادة النشوانية** : بالرغم من أن المادة النشوانية متباينة في بنيتها ، وأن المواد النشوانية المختلفة يمكن تمييزها بطرق كيميائية ــ حيوية ومناعية ، فإنها تشترك جميعاً بمظهر متشابه وهو البنية المستدقّة الليفينية والبنية بيتا المنطوية بواسطة انعراج الأشعة السينية . هذه البنية المستدقة لألياف المادة النشوانية تختلف كلياً عن بنية الألياف الكلاجينية والمرنة وغيرها من الألياف المعروفة جيداً . أما الفحص بالمجهر الالكتروني فيبدي لييفات دقيقة غير متفرعة تشبه العصا تقيس من ١٠٠ ــ ٣٠٠ نانومتر طولاً ومن ٥ ــ ١٥ سماكة ويفترض أنها مؤلفة من تحت وحدات خيطية . وتشكل الألياف النشوانية حزماً يصطف بعضها بشكل متوازٍ وبعضها بشكل شبكة ثلاثية الأبعاد . وهذا قد يكون مسؤولاً عن الانكسار المضاعف ، ويشترك مع عديدات السكاكر المخاطية في إحداث التلون المتبدل . وتبدي معظم ترسبات المادة النشوانية عنصراً بنيوياً ثانياً هو المكوّن P ( المكوّن المصوّري النشواني ، AP ) . وهذا المكوّن ، في مستوى البنية المستدقة ، يتكون من تحت وحداتSubunit خماسية قصيرة قطرها ٩٠ نانومتر . وإن المكون P النشواني يبدو وكأنه مثيل في تركيبه للمصورة البشرية الطبيعية ( SAP ، المكون P النشواني المصلي ) ويمكن للكيمياء النسيجية المناعية أن تظهر اتحاد الأضداد المضادة للمكون P بشكل خاص مع الغشاء القاعدي للأوعية والغدد العرقية والألياف المرنة ، وعلى هذا فإن المكون P للمادة النشوانية يبدو وكأنه من مكونات الجلد السليم .

**الجدول ٤١ ــ ١** : الأدواء النشوانية والنماذج المطابقة للترسبات النشوانية

| | نموذج المادة النشوانية |
|---|---|
| **الأدواء النشوانية المجموعية** | |
| ــ الأدواء النشوانية الوراثية | |
| الداء النشواني في حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية | AA |
| اعتلال الأعصاب النشواني العائلي | AF |
| الداء النشواني العائلي مع الشرى والصمم واعتلال كلوي | غير معروف |
| داء العضلة القلبية النشواني العائلي | AF |
| الداء النشواني المجموعي الأساسي | AL |
| الأدواء النشوانية المجموعية الثانوية ( الأدواء النشوانية التفاعلية ) | AA |
| بارابروتينيمية ، نظائر البروتينات في الدم ، ورم الخلايا المصورية ، الورم النقوي العديد ، البيلة الآحينية لبنس جونس ، فرط غلوبولينات الدم الكبرية ، داء السلاسل الثقيلة | AL |
| الأخماج المزمنة ، الأمراض الورمية | AA |
| **الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة** | |
| الداء النشواني الجلدي البقعي | AK |
| الحزاز النشواني ، الداء النشواني الجلدي الحطاطي | AK |

| | |
|---|---|
| الداء النشواني الجلدي العقيدي | AL |
| الداء النشواني الجلدي الفقاعي | غير معروف أو AL |
| الداء النشواني الجلدي التبكلي (Poikilodermic) | غير معروف |
| المران النشواني | غير معروف |

**الطبيعة الكيميائية الحيوية للمواد النشوانية** : يمكن تمييز المواد النشوانية المختلفة عن الكلاجين والمرنين والبروتينات الصلبة الأخرى بشكل واضح بواسطة مكوناتها من الحموض الأمينية ومن مائيات الفحم (٢٪ – ٤٪) . وتحوي المواد النشوانية على كميات وافرة من التربتوفان ، ولا تحوي في العادة على الهيدروكسي برولين والهدروكسي ليزين . علاوة على ذلك ، فهي تحتوي على بروتينات مصلية نوعية أو أجزاء منها . وهي دائماً ذات طبيعة متماثلة في المريض الواحد لكنها تختلف في تركيبها الكيميائي من مريض لآخر . ويمكن تمييز الأشكال المختلفة من المادة النشوانية وطلائع البروتينات اعتماداً على اختبارات كيميائية – حيوية وفيزيائية – حيوية ومناعية مذكورة في الجدول (٤١ – ٢) .

**الإمراض** : لم يفسر إمراض الأدواء النشوانية بشكل مؤكد . ومن المقبول عموماً أنها ليست سوى ترسبات بسيطة موضعة أو متعممة لطلائع بروتينية منتشرة مِنَ الدم إلى النسيج الخلالي ، بل إنها نتيجة لعملية خلوية تؤدي إلى ترسب المادة النشوانية . ومن الناحية الشكليائية فالمادة النشوانية غالباً ما توجد مرافقة للخلايا الشبكية البطانية والبلاعم ، وتظهر التحريات الدور الأساسي لهذه الخلايا في منشأ المادة النشوانية . وبشكل مشابه فالخلايا المصورية يمكن اعتبارها كخلايا أصلية للمادة النشوانية . وبالرغم من أن الاستجابة المناعية ليست طبيعية في العديد من الأدواء النشوانية فإن هذه الشذوذات لوحدها لا يمكن أن تفسر تشكل المادة النشوانية . وكذلك فإن دور المكوّن P في اتحاد الكلس مع المادة النشوانية أو ترسب عديدات السكاكر المخاطية غير واضح . ومن جهة أخرى فمن المؤكد أن تشكل المادة النشوانية قد ينتج عن حثّ مستضدي مستمر أو اضطراب مورثي أو حتى نتيجة التهاب مزمن أو حدثية تنشؤية .

إن ترسبات المادة النشوانية في الأنسجة تكون إما مرتبطة مع الألياف الشبكية والغشاء القاعدي ( الداء النشواني حول الشبكي ) أو تتوضع على طول الألياف الكلاجينية كما في جدران الأوعية الدموية ( الداء النشواني حول الكلاجيني ) . وتتوضع ترسبات المادة النشوانية A مفضلة النسيج الضام الشبكي ومناطق الغشاء القاعدي وتقود إلى الداء النشواني حول الشبكي ، في حين تتوضع ترسبات المادة النشوانية L بشكل مسيطر في النسيج الضام الكلاجيني وتؤدي إلى الداء النشواني حول الكلاجيني . ومن المهم أن نؤكد بأن الخلايا المتنية ( البرانشيمية ) لا تحتوي أبداً على مادة نشوانية !. .

**تصنيف الأدواء النشوانية** : حتى هذا اليوم لا يوجد تصنيف عام وحيد مقبول ولقد سطرنا في الجدول (٤١ – ١) التصنيف المقبول من وجهة نظر الجلديين .

## الأدواء النشوانية المجموعية Systemic Amyloidoses :

### الداء النشواني المجموعي الأساسي

**Idiopathic Systemic Amyloidosis** : [ Virchow ١٨٥٤ و Lubarsch ١٨٩٩ ]

*المرادفات* : الداء النشواني الجلدي العضلي المجموعي البدئي ، الداء النشواني حول الكلاجيني ، نظير الداء النشواني .

**التعريف** : ترسبات مجموعية أساسية ( غامضة ) من المادة النشوانية AA أو AL في الأنسجة اللُحمية المتوسطية مع إصابة في الأعضاء الداخلية ( الكبد – الطريق المعدي المعوي – العضلة القلبية – الكلية ) والجلد واللسان .

**الحدوث** : نادر جداً ، يصيب كلا الجنسين ، البدء عادة بعد سن الخمسين .

**الإمراض** : إن سببيات المرض غير معروفة . وقد افترض في العديد من الحالات وجود اضطراب في وظيفة الخلايا المصورية أدّى إلى تشكل المادة النشوانية ، كما تم تمييز الداء النشواني الأساسي Idiopathic من النمط AA .

**الموجودات السريرية** : تسيطر على الصورة السريرية أعراضاً وعلاماتٍ حشوية مع نقص في الوزن وإسهال متكرر وآلام بطنية ويظهر بشكل متأخر ضخامة كبدية وقصور قلب معند يترافق أحياناً مع اعتلال أعصاب عديد . وقد يوضع التشخيص لأول مرة فقط عندما يؤدي الورم النقوي العديد إلى آلام في الأطراف أو آلام عظمية أو إلى الكسور العظمية . أما **الأعراض الجلدية** فتشاهد في ٣٠٪ من الحالات ولها أهمية في التشخيص ، وهي غالباً متعددة الأشكال . والاندفاعات النموذجية عبارة عن حطاطات شمعية ، شافة ، بحجم رأس الدبوس ، منتشرة ، حيث تبدي ولعاً خاصاً بالأجفان وتلتبس مع اللويحات الصفراء . كما نشاهدها في المناطق المركزية من الوجه وفي النقرة والإبط والمغبن وحول الشرج ، تكبر ببطء وقد تشكل عقيدات أو لويحات ، وقد ترافقها حمامى ووذمة ، وجسأة في الأصابع بسبب ترسب المادة النشوانية تحاكي

الجدول ٤١ ـ ٢ : نماذج المادة النشوانية والأمراض المتعلقة بها
( أعده كل من Linke و Nathrath عام ١٩٨٠ )

| أنماط المادة النشوانية | التسمية | البروتين الطليعي | اسم المرض |
|---|---|---|---|
| ـ المادة النشوانية من نمط السلسلة الخفيفة للغلوبلين مناعي | $A_\lambda AL, A_K$ , | سلاسل خفيفة من الغلوبلينات المناعية وحيدة النسيلة من نمط K أو λ | الأدواء النشوانية المعممة المتشاركة مع تكاثر الخلايا البائية والأورام مثل الورم النقوي العديد ، ورم الخلايا المصورية ، البيلة الآحينية لبنس جونس ، الورم المصوري لبنس جونس ، داء والدنستروم .<br>ـ الداء النشواني الأساسي المعمم .<br>ـ الداء النشواني الموضع . مثلاً في الطريق التنفسي أو المثانة . |
| ـ المادة النشوانية A | AA | المادة النشوانية A المصلية | ـ الأدواء النشوانية المعممة الثانوية المترافقة مع أمراض التهابية مزمنة أو أورام : مثل السل ، الجذام ، الأمراض الرثوية ، التهاب الكولون القرحي ، الورم الكلوي الكظري ، داء هودجكين .<br>ـ الأشكال الأساسية من النمط AA .<br>ـ الداء النشواني المترافق مع حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية . |
| ـ المادة النشوانية العائلية | $AF_P$ | مماثل طليعة الألبومين | ـ الداء النشواني العائلي البرتغالي .<br>ـ الأدواء النشوانية العائلية الأخرى . |
| ـ المادة النشوانية من منشأ غدي ـ صمّاوي | AE<br>$AE_t$<br>$AE_P$ | الكالسيتونين الدرقي<br>الأنسولين المعثكلي<br>( غلوكاكون ؟ ) | ـ السرطانة اللبية للدرق .<br>ـ الداء النشواني لجزر المعثكلة .<br>ـ الأورام الأنسولينية . |
| ـ المادة النشوانية الشيخية | AS<br>$AS_c$ ( قلب )<br>$AS_b$ ( دماغ ) | غير معروف | <br>ـ الداء النشواني التنكسي في القلب .<br>ـ العتة الشيخي ، داء ألزهايمر Alzheimer . |
| ـ المادة النشوانية K | AK | قرنين | ـ الحزاز النشواني ( الداء النشواني الجلدي الحطاطي ) .<br>ـ الداء النشواني الجلدي البقعي . |
| ـ المادة النشوانية الموضعة في الجلد | LA | غير معروف | ـ الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة . |

تصلب الجلد المنتشر والمترقي ( التصلب الجلدي النشواني لغوترون Gottron ) . ويتظاهر الداء النشواني العقيدي بشكل متناظر على الأذنين أو الثنيات المفصلية أو على شكل تسمك لويحي منتشر في الوجه بما يشبه السحنة الأسدية . وتعتبر النزوف الحَبَرية Petechial شائعة على جلد سليم في الظاهر . ويعتبر تشكل الفقاعات الرضيّة علامة تشخيصية مبكرة وهامة مشابهة لما يحدث في انحلال الجلد الفقاعي المكتسب ( انحلال الجلد الفقاعي الرضحي ) . هذه العلامة يجب تمييزها عن البرفيرية الجلدية الآجلة .

أما الداء النشواني الفقاعي فيمكنه أن يتطور أيضاً في غياب المرض المستبطن المثبت وتشاهد على الأغشية المخاطية عقيدات زجاجية ولويحات أو ارتشاح منتشر في اللسان ( ضخامة اللسان النشوانية ) وقد ينتشر إلى الحنجرة وهذا يؤدي إلى بحة في الصوت وعسرة في البلع ، ( راجع الشكل ٤١ ـ ١ ) .

**الأعراض** : عسر البلع وعسر التصويت يمكن أن ينجما عن انتشار الداء النشواني إلى اللسان والحنجرة . والعرض التشخيصي الأكثر أهمية هو تنوع الآلام المفصلية والآلام العضلية والعصبية الناجمة عن الاضطرابات الحسّية . وقد يحدث

إسهال دوري ووذمة بدئية في الكاحل .

**التشريح المرضي النسجي** : من الناحية النسجية هناك داء نشواني حول كلاجيني مع ترسبات للمادة النشوانية AL في الغِلالة البرّانيـة للأوعيـة الدموية الصغيرة وحول الألياف الكلاجينية ، وخصوصاً في الطبقة الحليمية للجلد . أما التبدلات الالتهابية فليس لها أي وجود . وأما المادة النشوانية حول الغدد اللعابية والخلايا الشحمية ( الحلقات النشوانية ) فيمكن إظهارها بواسطة الخزعة بالإبرة Needle biopsy .

**التشخيص** : يجب أن نبحث عن الاضطرابات في بروتينات المصل حيث أن هذا المرض غالباً ما يحدث في مرحلة متأخرة مع الورم النقوي العديد ( ورم الخلايا المصورية ) ... إلخ ، على الرغم من أن بروتينات المصل قد تكون سويّة في بعض الحالات ، ويحدث عادة ارتفاع في الغلوبولينات . علينا أن نبحث إذن عن الورم النقوي العديد : البيلة البروتينية لبنس جونس ، والمسح الهيكلي ، والبروتينات المصلية ، ( الرحلان الكهربي ، الرحلان الكهربي المناعي ) ، وفحص نقي العظم ( الخلايا المصورية اللانموذجية ) ، ويشك بالتشخيص عند تنوع الأعراض . ويمكن إثباته بالخزعة الجلدية أو خزعة من مخاطية المستقيم . ومن المهم تمييزه عن الداء البروتيني الشحماني ( التنكس الهياليني الجلدي والمخاطي ) والذي يبدأ في سن الطفولة . وعن الحزاز الوذمي المخاطي ، وعن الوذمة المخاطية الصلبة والصفرومات العجرية وفرط بروتينات الدم الشحمية .

**الإنذار** : سيّء ، وفي العادة هو قاتل خلال سنتين .

**المعالجة** : عرضية فقط ، ويمكن أن تجرب مثبطات المناعة ( كالآزاتيوبرين Azathioprine أو الأدوية السّامة للخلايا Cytotoxic مع الدي بنسيلامين ) لفترة طويلة ، حيث يعطى مثلاً الآزاتيوبرين ( ١٠٠ – ١٥٠ ملغ/اليوم ) والدي بنسيلامين d. penicillamine ( ٣٠٠ ملغ تُزاد بالتدريج حتى ٩٠٠ ملغ/اليوم ) .

## الداء النشواني المجموعي الثانوي
## Secondary Systemic Amyloidosis :

*المرادفات* : الداء النشواني حول الشبكي – الداء النشواني التفاعلي .

**التعريف** : تنجم الترسبات النشوانية عن أمراض تقيحية مزمنة ( التهاب عظم ونقي مزمن ، توسع القصبات ) أو الأمراض المشكلة لنواسير مزمنة ( السل ، الإفرنجي ، الجذام ) ، وخلال سير الأمراض الالتهابية المزمنة ذات الطبيعة غير الخمجية ( كالتهاب المفاصل الرثواني ، الصداف الوخيم طويل الأمد ، التهاب اللفائفي النّاحي ، التهاب الفقار الرثياني ، التهاب القولون التقرحي ، اعتلال المفاصل الصُدافي ، العد المكبب ) أو في أمراض الغراء أو خلال سير التنشؤات الخبيثة كداء هودجكن والابيضاض اللمفاوي المزمن أو الأورام الخبيثة .

وتبدو الترسبات النشوانية من نمط AA مرتبطة بالغشاء القاعدي والألياف الشبكية ، ومن هنا جاءت التسمية : الداء النشواني حول الشبكي . وتكون المادة النشوانية الثانوية قابلة للانحلال في برمنغنات البوتاسيوم . ويصاب عادة كل من الكلية ، الطحال ، الكبد ، الكظر ، الطريق المعدي المعوي والأوعية الدموية ، أما الموجودات الجلدية فهي نادرة جداً .

**التشخيص** : إن العلامة السريرية الرئيسية هي المتلازمة الكلائية مع تفاقم القصور الكلوي وتبدو ضخامة كبدية طحالية بشكل متأخر . ويعتبر هاماً في التشخيص إثبات وجود المادة النشوانية في خزعة المستقيم ، أما الخزعة الجلدية أو اللثوية فيمكن اعتبارها ، غير أنها لا تعطي النتائج الأفضل . وفي حال سلبيتها يمكن اللجوء إلى بزل النقي لوحده أو مشتركاً مع الخزعة الكبدية أو الكلوية .

**الإنذار** : يبدي الداء النشواني الثانوي ميلاً للهجوع إذا عولج المرض المؤهب .

**المعالجة** : يوصى ، بالإضافة إلى معالجة المرض المؤهب ، بإعطاء الدي ميتيل سولفوكسيد فموياً . وعندما يكون المرض المؤهب هو التهاب المفاصل الرثواني فمن المفيد إعطاء الكلورامبوسيل بمقدار ٠,٢ ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً .

## الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة
## Localized Cutaneous Amyloidoidoses :

يمكن كشف المادة النشوانية في الجلد في هذه الحالات دون وجود أي إصابة واضحة في الأعضاء الأخرى ، وهي دائماً أدواء نشوانية حول الكلاجيني .

### الحزاز النشواني Lichen Amyloidosus :

**التعريف** : اندفاع حزازاني مزمن بدئي . حاكٌ بشدة وخاصة في المنطقة الظنبوبية وهو ناجم عن توضع المادة النشوانية .

**الحدوث** : نادر ، ويحدث خاصة لدى البالغين من الجنسين .

**الإمراض** : يمكن للعوامل الوراثية أن تؤخذ بعين الاعتبار طالما أن المرض يحدث عادة بشكل عائلي ، كما يمكن للغلوبلين ألفا٢ الشاذ أن يوجد لدى بعض المرضى . وتتضمن ترسبات المادة النشوانية المكوّن P لهذه المادة ، ويمكن كشف المادة القرنية في ترسبات المادة النشوانية بواسطة تفاعل الأضداد وحيدة النسيلة المضادة للقرنين . ويفترض في إمراض الحزاز

نشو ني والداء النشواني البقعي ( المادة النشوانية K ) وجود تكس خيطي في الخلايا القاعدية مع تدرك وتحول تال للخيوط القرنية إلى مادة نشوانية .

**الموجودات السريرية** : تغلب إصابة حرفي الظنبوب ، حيث يظهر في هذه المواضع حطاطات قاسية منبسطة أو مرتفعة قيلاً ، متعددة وكثيفة إذ تتجمع بشدة مع بعضها . وهي ذات مظهر حزازاني ، يختلف لونها بين اللون القرنفلي والأحمر البنّي ، وتبدي عادة فرط تقرن مع تبدلات ثؤلولية على سطحها . وإن تبدلات الحزازانية قد تتجمع أيضاً في مناطق معزولة ، ( راجع شكل ٤١ ـ ٢ ) .

**الأعراض** : تعتبر الحكة الشديدة عرضاً واسماً وذو أهمية خاصة لأنّ الآفات الجلدية في الأدواء النشوانية المجموعية ، سواء الثانوي والأساسي ، تكون عادة غير حاكة .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث الترسبات النشوانية في الأدمة الحليمية فقط وقد تتلاقى في مساحات واسعة . وقد تحدث في بعض الأحيان رشاحة التهابية مزمنة حول الترسبات النشوانية . ومن الناحية الكيميائية ـ النسجية المناعية يمكن للترسبات النشوانية أن تتفاعل مع مصل ضدي Antiserum موجه ضد المكوّن P للمادة النشوانية وأحياناً ضد القرنين .

**التشخيص التفريقي** : من المهم أن نفرق الحزاز النشواني عن الحزاز المسطح الثؤلولي والأشكال الموضعة من الحزاز البسيط المزمن والداء البروتيني الشحماني . وفي حالة وجود تبدلات عقيدية أشد يجب أن نستبعد الحزاز المسطح الضخامي والحزاز المسطح الكليل Obtusus . ويعتمد التشخيص على كشف المادة النشوانية في الحليمات الأدمية بواسطة الخزعة .

**المعالجة** : تجرب الأترتينات كمعالجة جهازية . وتكون المعالجة الموضعية عرضية لتسكين الحكة . وتعد المعالجة الموضعية بالستيروئيدات القشرية تحت ضماد بلاستيكي كتيم معالجة فعّالة ، أو تحقن موضعياً ضمن الآفة إذا كان ذلك ضرورياً ، كما يمكن استئصال الآفة إذا كانت وحيدة . ويمكن اللجوء أيضاً إلى السنفرة الجلدية .

### الداء النشواني الجلدي العقيدي الضموري : Amyloidosis Cutis Nodularis Atrophicans [ Gottron ١٩٥٠ ]

**التعريف** : في هذا الشكل النادر من الداء النشواني حول الكلاجيني قد تتطور آفات عقيدية على الجذع أو آفات أشبه باللويحات على الساق ، وقد نشاهد تبدلاً ضمورياً جزئياً شبيهاً بضمور الجلد البقعي .

**الإمراض** : غير معروف ، وقد أكد غوترون على مرافقة هذه الآفة للداء السكري .

**الموجودات السريرية** : ارتشاحات قريصية بنية محمرة ، عقيدية نوعاً ما ، تصبح جاسئة في محيطها ، مما يبدي ميلاً للتراجع المركزي مع ضمور شبيه بما يشاهد في ضمور الجلد البقعي . وبشكل نموذجي يبدو المظهر الشمعي للمادة النشوانية أو الوميض المصفر للنسيج الشحماني عبرها .

**التشريح المرضي النسجي** : رغم ضآلة الترسبات النشوانية في الطبقة الحليمية الجلدية ، فهي تشاهد في كامل سماكة الجلد وحتى الطبقات السفلية للأدمة كما تتدخل في الصفيحة المخصوصة Lamina Propria للغدد العرقية والأوعية الدموية ، كما يغلب وجود رشاحة التهابية خلوية مزمنة في النسج المجاورة .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن ضمور الجلد البقعي ( التهاب الجلد البقعي الضموري ) ، ضمور الجلد الأساسي المزمن المحدد ، الوحمة الشحمومية ، اللمفومات الجلدية الخبيثة .

**المعالجة** : استئصال الآفات الصغيرة ، ويمكن أن تجرب الستيروئيدات القشرية السكرية موضعياً .

### الداء النشواني الجلدي البقعي Macular Cutaneous Amyloidosis : [ Palitz و Peck ١٩٥٢ ]

ويسمى بالداء النشواني الجلدي بين اللوحين . وقد وصف هذا الشكل الموضع وغير المعتاد من الأدواء النشوانية الجلدية بشكل خاص عند الأشخاص الملونين بشدة في أمريكا الجنوبية والوسطى والشرق الأدنى في آسيا . علماً بأنه يصادف أيضاً في المناخات المعتدلة .

**الإمراض** : غير معروف . ويمكن مشاهدة الترسبات النموذجية للمادة النشوانية في الخزع الجلدية ضمن الحليمات الأدمية بواسطة تقنيات كيميائية نسجية وبالمجهر الالكتروني . وهي تماثل في توضعها الترسبات النشوانية حول الكلاجينية في الحزاز النشواني . وقد يترافق المرضان معاً ويعتبره البعض أحد أشكاله . لم يتضح بعد بشكل محدد نموذج المادة النشوانية لكنها أحياناً قد تتحد مع الأضداد المضادة للقرنين ( المادة النشوانية K ) .

**الموجودات السريرية** : بالرغم من أن تظاهرات الداء النشواني البقعي يمكن مشاهدتها في أي مكان على الظهر أو الأطراف إلا أن توضعها الانتقائي عادة بين لوحي الكتف مشكلة لويحات بقعية مفرطة التصبغ ذات أشكال وحجوم مختلفة وحواف غير واضحة ( الداء النشواني الجلدي بين اللوحين ) . ويعتقد أن

الآفات الجلدية الحاكة هي ثانوية تالية للخدوش أو أن تكون شكلاً خفيفاً من الحزاز البسيط المزمن ويتم وضع التشخيص عادة بالفحص النسجي ، ( راجع الشكل ٤١ – ٣ ) .

**الأعراض** : تتظاهر الآفة بحكة معتدلة مع فرط تصبغ .

**التشريح المرضي النسجي** : نجد في الأغلب ترسبات نشوانية صغيرة جداً في الحليمة الأدمية قريبة من البشرة وقد تغفل هذه الترسبات دون إجراء تلوين كاشف خاص وقد يكون تكرار الخزعة ضرورياً . وتشاهد الأجسام النشوانية الشبيهة بالأجسام الهيالينية للحزاز المسطح قرب البشرة وحول الأوعية في الحليمة . وهي إيجابية الباس PAS وسهلة الكشف في المجهر الومضاني مع التيوفلافين آ ويمكن كشف البنية المستدقة النموذجية للمادة النشوانية بواسطة المجهر الالكتروني .

**السير** : لا يوجد ميل للهجوع العفوي .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن التصبغ التالي للالتهاب أو الإكزيمة ، والحزاز البسيط المزمن والتفاعلات الدوائية .

**المعالجة** : كما في الحزاز النشواني باستثناء الاستئصال الجراحي .

**الداء النشواني الفقاعي ( النزفي )**
**: Bullous (Hemorrhagic) Amyloidosis**

شكل نادر جداً يترافق بحدوث فقاعات تالية للرضح وباعتلال في الخلايا المصورية .

**المران النشواني Amyloid Elastosis :**
**[ ١٩٨٥ Winkelmann ]**

شكل منفرد من الداء النشواني الجلدي والمجموعي ، مترقٍ ومميت يصيب الألياف المرنة في الأدمة والجنب والصّفاق Peritonium . اندفاعاته الجلدية عبارة عن حطاطات أو عقيدات ليفية ثابتة ذات لون لحمي أو بني مصفر ، تتوضع على الرقبة أو الكتف أو الجذع ، وتذكر بوحمة النسيج الضام أو التليف الجلدي العدسي . تحتوي الآفات الجلدية على ألياف مرنة سوّية مغطّاة بمعطف من المادة النشوانية . ويشكو المريض من ضعف مترقٍ وسغاب وعلامات عصبية توافق التغيرات في الأوعية الدموية بسبب توضع المادة النشوانية فيها .

# الفصل الثاني والأربعين

# الأدواء الهيالينية

# Hyalinoses

د . محمد نزار الدقر

الأشكال المختلفة من التنكس الزجاجي ( الهياليني ) هي آفات مزمنة نادرة جداً نجد فيها ترسبات ـ الهيالين ـ وهي مادة كاسرة بشدة ـ متوضعة في الجلد والأغشية المخاطية . وهناك اختلافات كيمياوية جلية بين الهيالين والمادة النشوانية . ومن المحتمل أن تنجم الأدواء الهيالينية عن ترسب مكونات مصلية تدخل الأنسجة من المجرى الدموي . أما التركيب الكيميائي لهذه المكونات فيمكن أن يكون بشكل رئيسي من زمرة البروتينات السكّرية الغنية بماءات الفحم ، وقد توجد ترسبات شحمية إضافية ، كما هي الحال في الداء البروتيني الشحماني . هذا ويفترض وجود استعداد وراثي للإصابة بهذا الداء . ويمكن تمييز نوعين من التنكس الزجاجي ( الهياليني ) : أولاهما لا يترافق بتحسس ضيائي ، والآخر يترافق مع تحسس ضيائي ، وخاصة الشكل الناجم عن البروتوبرفيرية المكونة للحمر .

## الداء البروتيني الشحماني Lipoid Proteinosis :

[ Wiethe : ١٩٢٤ و Urbach : ١٩٣٣ ]

*مرادفات :* التنكس الزجاجي الجلدي المخاطي ـ متلازمة أورباخ وايت .

**التعريف** : داء يبدأ عند اليفعان بترسب المادة الهيالينية والحاوية على الشحوم في الجلد والأغشية المخاطية .

**الحدوث** : نادر جداً ، وهو مرض عائلي في الأغلب ، ويحتمل أن ينتقل بوراثة صاغرة يحملها صبغي جسدي Autosomal ، وإصاباته لا تنحاز لأحد الجنسين لكن سجلت قرابة بين الوالدين . وتحدث في الشكل الثانوي تبدلات نسجية مماثلة في المناطق من الجلد المعرضة للضياء فقط وقد وصفت في البروتوبرفيرية المكونة للحمر .

**الإمراض** : غير معروف . ولا تقدم معايرات البروتين المصلي أي دليل على اضطراب استقلاب البروتينات الشحمية . ويجب أن يكون ترسب المواد الدسمة مظهراً ثانوياً . وقد يكون الاضطراب الرئيسي في هذا المرض تباطؤ في نقل بروتينات مصورية معينة من الدم إلى الأنسجة حيث تترسب ، ويمكن أن ترى ككتل هيالينية عاكسة ، مجردة من الخلايا ، ويختلف السلوك الكيميائي النسجي للمادة الهيالينية عن المادة النشوانية ، فهي لا تبدي أيّ تبدل في اللون وتكون إيجابية الباس PAS شديدة ، وتبدو في المجهر الالكتروني مكونة من شبكة ليفية دقيقة من الخيوط ذات سماكة ٤ ـ ٦ نانومتر .

**الموجودات السريرية** : البحّة منذ الطفولة الباكرة والناجمة عن توضع الهيالين في الحنجرة هي مفتاح التشخيص .

**الموجودات الجلدية** : المناطق التي تصاب عادة هي الوجه وخاصة الجفن العلوي والسفلي والشفتين والرقبة والوجه الباسط للأصابع على المفاصل وجوانب الأصابع ، والمرفقين والإبطين . ففي هذه المواضع وببطء تحدث ترسبات بيضاء مصفرة أو بلون لحمي تتظاهر على شكل حطاطات قاسية صغيرة ، أو عقيدات ، تميل للتجمع على شكل لويحة تعطي مع ترقيها مظهراً متقرناً ثؤلولياً . والمظهر المميز بشكل خاص هو المظهر الحبيبي الدقيق أو الثؤلولي للآفات على مفاصل الأصابع وفي الإبط . وغالباً ما تؤدي الترسبات المرتشحة في الوجه إلى ثبات تعابير الوجه ، كما يحدث فقد في الأشعار حول الترسبات الهيالينية في المناطق المشعرة من الجلد وخاصة الأهداب ، ( راجع الشكلين ٤٢ ـ ١ و ٤٢ ـ ٢ ) .

*الموجودات على الأغشية المخاطية :* تعتبر التغيرات المرضية في جوف الفم نموذجية تماماً حيث تنتشر ترسبات هيالينية لونها أبيض مزرق أو مصفر على الغشاء المخاطي للفم واللوزتين والبلعوم والحنجرة ( يشكو المصاب من بحّة لترسب الهيالين في الحبال الصوتية ولسان المزمار ) . وللسبب نفسه يصبح اللسان ضخماً وخشناً ( ضخامة اللسان Macroglossia ) كما يصبح لجيم اللسان أكثر سماكة وضخامة مثبتاً اللسان في الفم . كما يمكن للشفتين أن تتضخما بسبب الترسبات الهيالينية الجسيمة فيها ( ضخامة الشفاه Macrocheilia ) .

*الموجودات الجموعية :* يمكن أن تحدث تغيرات مشابهة أيضاً في المريء والمعدة والمستقيم والمهبل بسبب الترسبات الهيالينية . والصورة الوصفية بشكل خاص هي مظهر التكلس المتناظر داخل القحف الشبيه بالجناح فوق السرج التركي وعلى جانبه . وفي مثل هذه الحالات قد تحدث نوبات صرعية عند المريض .

**الأعراض** : تعتبر البحة الموجودة منذ الطفولة علامة تشخيصية هامة . وتعود الأعراض الأخرى للاضطرابات الحركية الناجمة عن الترسبات الهيالينية الشديدة في الجلد والأغشية المخاطية .

**التشريح المرضي النسجي** : إما أن تكون البشرة سويّة ، وإذا كان هناك آفات جلدية ثؤلولية ، فإن البشرة حينئذٍ تبدي تسمكاً شواكياً غير منتظم يرافقه فرط تقرن . كما توجد ترسبات خارج خلوية لمادة هيالينية متجانسة في الأدمة الحليمية والطبقة الشبكية العليا حول الشعريات والشرينات والغدد

العرقية والعضلات الناصبة للشعرة . وقد يمتلىء الجسم الحليمي للأدمة العليا تماماً بكتل الهيالين متوضعة بين الألياف الكلاجينية المرنة . ويبدي التلوين الخاص بالدسم في المقاطع المجمدة شحوماً ضمن ترسبات الهيالين ( ولهذا سمي بالداء البروتيني الشحماني ) . وتحوي المادة الهيالينية مواد غنية بماءات الفحم لذلك تبدي تفاعلاً إيجابياً بشدة نحو الباس PAS . أما اختبارات كشف المادة النشوانية فتكون سلبية . وقد وجدت كميات كبيرة من عديدات السكاكر المخاطية الحامضة ( الكبريتات القرنية Keratosulfate ) ضمن الترسبات الهيالينية ، وقد يعود ذلك للبروتينات السكرية المترسبة .

**السير والإنذار** : المرض مترقٍّ عادة حتى البلوغ المبكر . الإنذار العام جيد رغم أنّ الاضطرابات الموضعية كإصابة الحنجرة أو اللسان يمكن أن تؤدي إلى العجز .

**التشخيص** : سهل إذا اعتبرت البحة – العرض الأولي الذي يبدأ منذ الطفولة – دليلاً ، أو إذا فحص المريض من أجل الموجودات الجلدية أو الموجودات على الأغشية المخاطية أو لوجود التكلسات داخل القحف .

**التشخيص التفريقي** : من المهم أن نفرق الداء الهياليني الجلدي الثانوي أو العرضي عن البروتوبرفيرية المولّدة للحمر والتي لا تحدث فيها التبدلات على الأغشية المخاطية الموصوفة مطلقاً ، كما يجب أن تميز عن الدخينة الغروانية وفيها نجد مادة جيلاتينية تخرج من الآفات الحطاطية اللينة على الوجه عند خدش الجلد .

**المعالجة** : إن هذه الترسبات ليس لها أي علاج فعّال ، والعلاج الوحيد هو الاستئصال الجراحي للآفات المحدثة لاضطراب وظيفي كتلك المتوضعة على الحبال الصوتية . وحديثاً جُرب بنجاح عند بعض المرضى إعطاء دي ميتيل سولفوكسيد عن طريق الفم .

## الداء البروتيني الشحماني المترافق بتحسس ضيائي
## Lipoid Proteinosis With Photosensivity :

ويسمى أيضاً بالداء البروتيني الشحماني الثانوي . يعاني مرضى البرتوبرفيرية المولدة للحمر من تحسس ضيائي ملحوظ ، وتحدث في الربيع خاصة على شكل تفاعل التهابي في المناطق من الجلد المعرّضة للضياء ( الوجه ، الرقبة ، اليدين ، الساعدين ) . والآفات التي تحدث في ذلك الوقت شبيهة جداً بتلك المشاهدة في الداء البروتيني الشحماني ( الداء البروتيني الشحماني الثانوي ) . وهذا ينطبق بشكل خاص على الآفات الحطاطية الثؤلولية التي تتوضع على الأوجه الباسطة للأصابع وحواف الأصابع ، والمرفقين ، وخاصة في منطقة الأنف . لا توجد تبدلات مرضية في الأغشية المخاطية أو الأحشاء .

**التشريح المرضي النسجي** : الموجودات النسجية شبيهة بما نشاهده في الداء البروتيني الشحماني ( متلازمة أورباخ – وايت ) والمكوّن P النشواني يمكن كشفه في الترسبات في التشريح المرضي المناعي Immunopathologically . وقد يلعب اللامينين Laminin دوراً أيضاً .

**التشخيص** : في الحالات المشكوك فيها يجب إجراء الفحوص الخاصة بالبروتوبرفيرية المكونة للحمر والبرفيرية الجلدية الآجلة .

# الفصل الثالث والأربعون

# الأمـراض الجـلديـة النـاجـة عن اضـطـرابـات في استـقـلاب عديد السكريد المخاطي

# Skin Diseases Caused by Disorders in Mucopolysaccharide Metabolism

د . محمد دلة
د . غانم رسلان

المـادة الأسـاسية اللحمية المتوسطية Mesenchymal ground substance مادة عديمة الشكل تؤلف مع الكلاجين والألياف المرنة مَطْرِقَ Matrix النسيج الأدمي والضام تحت الجلد . وتحتوي هذه المادة الأساسية على كميات كبيرة من الغـليكـوز أمينـوغـليكـانات Glycosaminoglycans الغنية بعديدات السَكّريد المخاطيـة ، إضـافـة للمـاء والأملاح والبروتينـات السكرية Glycoproteins ويؤلف جُزْءُ عديد السكريد المخاطي نحو ٠,٥ ــ ١ ملغ لكل غرام من الوزن الجاف في الجلد . وتتألف عديدات السكريد المخاطية الحامضة بشكل رئيسي من حمض الهَيَـالُرُونيك Hyaluronic acid ، وسلفات الدِرْماتان Dermatan sulfate ، وسلفات ــ ٦ ــ كوندروئتين Chondroitin – 6 – Sulfate ، بالإضافة إلى كميـات أصـغر من سـلفـات الهيـاريتـين Heparitin – Sulfate . ويختلف التركيب الدقيق لعديدات السكريد المخاطية الحامضة في الجلد من منطقة إلى أخرى ، ويختلف أيضاً مع العمر والجنس . حيث تحتوي مادة وارطون Wharton في الحبل السري رجحاناً لحمض الهيالرونيك ومقداراً صغيراً نسبياً من عديدات السكريد المخاطية المُكَبْرَتَة ، بينما يحتوي الجلد في الكهل قليلاً من حمض الهيالرونيك ولكنه يحوي الكثير من عديدات السَكّريد المخاطية الحامضة المكبرتة من نمط سلفات الدرماتان وسـلفـات ــ ٦ ــ كوندروئتين . وإن عديدات السكريد المخاطية الحامضة في المادة الأساسية هامة لتوازن استقلاب الماء والملح ضمن الجلد . ويرجح أن حمض الهيالرونيك القابل للاستخلاص من الملح هام بشكل رئيسي لسَّعَة الرابطة للماء في المادة الأساسية للنسيج الضام ، في حين تلعب عديدات السكريد المخاطية المكبرتة دوراً خاصاً في إنتاج الكلاجين والألياف المرنة .

تتأثر المواد الأساسية اللحمية المتوسطية بعوامل هرمونية ، ويمكن العثور على تغيرات مرضية في استقلاب عديد السكريد المخاطي في الجلد بإغناء عديد السكريد المخاطي الحامضي في اضطرابات غدية صماوية . وتتشكل عديدات السكريد المخاطية الحامضة ، كحمض الهيالرونيك أو سلفات الدِرماتان ، من قبل أرومات الليف مثلما يمكن إظهاره في المزارع الخلوية . ويمكن أن يبدي النسيج في اضطرابات استقلاب عديد السكريد المخاطي الوراثية تَرَسُّبَ كميات كبيرة من عديدات السكريد المخاطية . ومن المرجح وجود عيبٍ وراثي في استقلاب أو في تقويض معقدات عديدات السكريد المخاطية البروتينية .

## أدواء عديدات السكريد المخاطية الوراثية :

## Hereditary Mucopolysaccharidoses :

تتميز هذه الأمراض الوراثية ( راجع الجدول ٤٣ ــ ١ ) سريرياً بشكل خاص ببيلة عديدات سكريد مخاطية ، أي إطراح كميـات كبـيرة من عديدات السـكريد المخاطيـة في البول ( سلفات درماتان ، سلفات هيباران ، سلفات كيراتان ) ، وترسب نفس عديدات السكريد المخاطية في الأنسجة والخلايا المختلفة . وتظهر العلامات والأعراض السريرية في الطفولة الباكرة عادة . وأيضاً ، تبدي بعض أدواء عديدات السكريد المخاطية الوراثية هذه مواداً قابلة للتلون بشكل متبدل التلون Metachromatically في هيـولى اللمفـاويـات ، والتي تم تطويرها ضمن طريقة تشخيصية . كما أن الاضطرابات الوراثية قابلة للكشف أيضاً في أرومات الليف المزروعة . وهذا ما يسمح بالتشخيص قبل الولادة لهذه العيوب الاستقلابية الوراثية وغيرها ببزل السَّلَى Amniocentesis . ( راجع مبحث العيوب الاستقلابية القابلة للكشف قبل الولادة ) .

**العيوب الاستقلابية القابلة للكشف قبل الولادة :**

* **الشحامات Lipidoses :**

داء كثرة الغنغليوزيد Gangliosidosis $GM_1$ ( الأنماط ١ ــ ٤ ) .

داء كثرة الغنغليوزيد $GM_2$ ( الأنماط ١ ــ ٣ ) .

داء غوشر .

داء نيمان ــ بيك .

داء Krabbe .

داء فابري .

الحثل الأبيض المتبدل اللون Metachromatic Leukodystrophy .

داء رفزوم Refsum .

الجدول ٤٣ _ ١ : أدواء عديدات السكريد المخاطية ( ع س م ) الوراثية

| النمط Type | اللقب Eponym | عُمر الظهور ( سنوات ) | اضطراب النمو | التقفعات المفصلية Joint Contracture | التدن العظمي Bone Dysplasia | الغَرْقَلِيَّة ( الخلل المتعدد ) Gargoylism | تَغَيُّم القرنية | الضخامة الكبدية | التخلف العقلي | بيلة عديدة السكريد المخاطي | عديد السكريد المخاطي الرئيسي المصاب | العيب الإنظيمي Enzyme Defect | طراز الوراثة ( ١ جسدية صاغرة ٢ – X صاغرة ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ع س م IH | Pfaundler – Hurler | ١ | ++ | ++ | +++ | ++ | + | +++ | +++/++ | + | سلفات درماتان وسلفات هيباران | α – L – Idu – Ronidase | ١ |
| ع س م IS | Ulrich – Scheie | ٥ _ ٧ | +/− | + | + | − | ++/+ | ++/− | − | +/− | سلفات درماتان ( وسلفات هيباران ) | α – L – Idu – Ronidase | ١ |
| ع س م II | Hunter – وخيم | ١ | + | + | ++/+ | + | − | + | ++ | + | سلفات درماتان وسلفات هيباران | سلفاتاز إيدورونات _ ٢ _ سلفات | ٢ |
| | _ خفيف | ٤ _ ٦ | + | + | + | + | − | + | +/− | + | سلفات هيباران | | ١ |
| ع س م III A | Sanfilippo A | ٢ _ ٤ ( −٧ ) | +/− | +/− | + | +/− | − | + | +++ | + | | سلفاميداز سلفات الهيباران A | ١ |
| ع س م III B | Sanfilippo B | ٢ _ ٤ ( −٧ ) | +/− | +/− | + | +/− | − | + | +++ | + | سلفات هيباران | غلوكوزأمينيداز ب . ألفا _ ن _ أسيتيل | ١ |
| ع س م III C | Sanfilippo C | ٢ _ ٤ ( −٧ ) | +/− | +/− | + | +/− | − | + | +++ | + | | C. α – Acetyl Co A: α – N – acetylglucos – amine transferase | ١ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ع س م III D | Sanfilippo D | ٢ ـ ٤ ( ـ٧ ) | +/- | +/- | + | +/- | − | + | ++ |  |  | سلفاتاز د . ن ـ أسيتيل غلوكوزأمينو ـ ٦ ـ سلفات | ١ |
| ع س م IV A | Morquio A | ٢ ( ـ١ ) | +++ | + | +++ | +/- | + | + | − | + | سلفات كيراتان | سلفاتاز أ . ن ـ أسيتيل غلاكتوزأمين ـ ٦ ـ سلفات | ١ |
| ع س م IV B | Morquio B | ٢ ( ـ١ ) | + | + | +++ | − | + | − | − | + | سلفات ـ ٦ ـ كوندروئيتين | بيتا ـ غلاكتوزيداز ـ B | ١ |
| ع س م V | ( ع س م IS ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ع س م VI | Maroteaux – Lamy |  |  |  |  |  |  |  |  |  | سلفلتو درماتان | سلفاتازن ـ ن ـ أسيتيل غلاكتوزأمين ـ ـ ٤ ـ | ١ |
|  | ـ وخيم | ٢ ـ ٣ | ++ | + | ++ | +/- | + | + | − | + |  | سلفات |  |
|  | ـ خفيف | ٦ ـ ٧ | + | + | + | +/- | + | + | − | + |  | ( بيتا أريل سلفاتاز ) |  |
| ع س م VII |  | ٢ | +/- | − | +/- | +/- | +/- | ++ | + | + ؟ | سلفات درماتان وسلفات هيباران | بيتا غلوكورونيداز | ١ |

داء ولمان Wolman .

* **أدواء عديدات السكريد المخاطية :**

النمط ١ داء Hurler – Pfaundler .

النمط ٢ داء Hunter .

النمط ٣ A – C داء سان فيليبو Type III A – C Sanfilipp disease .

النمط ٥ داء Scheie .

النمط ٦ داء Maroteaux – Lamy .

النمط ٧ عوز الغلوكورونيداز .

* **الشحامات المخاطية Mucolipidoses :**

الشحام المخاطي ٢ ( مرض خلية – ١ ) .

الشحام المخاطي ٣ .

* **اضطرابات في استقلاب السكريات :**

غلاكتوزمية Galactosemia .

عوز غلاكتوكيناز Galactokinase deficiency .

داء غليكوجيني نمط ٢ ( مرض Pompe ) .

داء غليكوجيني نمط ٣ ( مرض Cori ) .

داء غليكوجيني نمط ٤ ( مرض Andersen ) .

عوز غلوكوز – ٦ – فسفات .

عوز نازعة الكربوكسيل بيروفات .

عوز الفوكوزيداز – $\alpha$ عوز $\alpha$ – Fucosidase .

عوز المانوزيداز – $\alpha$ عوز $\alpha$ Mannosidase .

* **اضطرابات في استقلاب الحموض الأمينية :**

الداء السيستيني Cystinosis .

مرض شراب القيقب Maple Syrup .

سيترولينمية Citrullinemia .

بيلة حمض ميتيل المالونيك Methylmalonic ( الأنماط ١ – ٤ ) .

بيلة هوموسيستينية Homocystinuria .

فرط فالين الدم Hypervalinemia .

فرط ليزين الدم Hyperlysinemia .

حمضمية البروبيونيك Propionic acidemia .

بيلة حمض الأرجينين – سَكْسِينيك – Arginine Succinic aciduria .

هِسْتيدينمية Histidinemia .

* **اضطرابات استقلابية أخرى :**

متلازمة ليش – نيهان Lesch – Nyhan .

عوز الفسفاتاز الحمضية .

المتلازمة الكظرية التناسلية .

التلاسيمية البيتا B – Thalassemia .

فقر الدم المنجلي .

**الموجودات السريرية :** تتظاهر أدواء عديدات السكريد المخاطية الوراثية بتغيرات في الجهاز الهيكلي وخصوصاً في العظام الوجهية والجمجمة ، وبتغيُّم القرنية وضخامة كبدية طحالية وتبدلات وعائية .

يتخن الجلد أحياناً بسبب ترسب عديدات السكريد المخاطية . ويوجد أحياناً ميل لفرطُ الأشعار ، وهي العلامةُ التي تحدث أيضاً في الوذمة المخاطية المحددة . وتوجد نمطياً أيضاً عقيدات مرتشحة أو لطخات عاجية بيضاء متناظرة بين زاويتي الكتفين وفي منطقة الطيِّة الإبطية الخلفية . وتبلغ العقيدات الإفرادية ١ – ١٠ مم بالحجم ، ويمكن أن تكون متلاقية على مناطق أوسع . وفي بعض الأحيان ، ثمة آفات مشابهة على الأطراف العلوية والسفلية وفي المناطق الصدرية والأَلْوِيَّة . ويمكن أن يظهر على الأصابع تثخنٌ منتشرٌ أكثرَ في الجلد مما يشير إلى تصلب الأطراف . وقد يلاحظ نمو أشعار غير طبيعي ، وقد يوجد عادة وعلى أية حال غياب لأشعار رَكَب العانة Monspubis والإبطين بعد البلوغ . ( راجع الجدول ٤٣ – ١ ) .

**التشخيص :** إذا أُشتبه بهذا النمط من المرض فيجب أن يُعرض الطفل على طبيب الأطفال . ويفحص البول للكشف عن عديدات السكريد المخاطية بطريقة أزرق التولويدين ( التلونُ المُتَبَدِّلُ نمطيٌ ) ، وإن إجراء اختبار سيتيل تري ميتيل أمونيوم بروميد أو كلوريد Cetyltrimethylammonium bromide or Chloride على البول أيضاً ذو قيمة في كشف عديدات السكريد المخاطية . ويمكن أيضاً في الدراسات الماسحة الكشف عن خزن عديدات السكريد المخاطية في خلايا الدم ( اللمفاويات والمحببات ) . وإذا وجد أساس للتشخيص فيمكن إجراء التقديرات الإنظيمية على أرومات الليف أو الكريات البيض أو المصل .

**المعالجة :** لا تعرف في الوقت الحاضر طرق علاجية فعالة .

## الأدواء الموسينية ( مخاطيات الجلد ) :

## : Mucinoses (Myxodermas)

تتصف الأدواء الموسينية أو الأدواء المخاطية الجلدية بوجودِ زائدٍ لمادةٍ من نمط مخاطي ( Mucus باللاتينية ، Myxa باليونانية ) في الجلد . وتتألف المادة المخاطية هذه من مكونات من المادة الأساسية بين الليفية – تحديداً غليكوكوز أمينوغليكانات – مع محتوى محدد من عديدات السكريد المخاطية الحامضة والمتعادلة في رابطة البروتين . وفيما يخص

عديدات السكريد المخاطية الحامضة فإننا نجد وبشكل خاص حمض الهيالرونيك أو سلفات الدِرْماتان أو الهيباران . وتحتوي عديدات السكريد المتعادلة Neutral على هكسوز أمينات – Hexosamines في شكل مكوثر Polymerized وهي مع بروتينات تقوم بتشكيل البروتينات السكرية .

يعتمد تلوين المواد المخاطينية وسلوكُها النسجي الكيميائي على بنيتها الكيميائية . فحمض الهيالرونيك يتلون بشكل ضعيف فقط في تفاعل الباس PAS . وسلفات الهيبارين والدِرماتان هما سلبيتا الباسPAS ، بينما تكون عديدات السكريد المخاطية المتعادلة والبروتينات السكرية ايجابية الباس PAS غالباً . ويمكن استخدام تفاعل Hale أو التلوين بأزرق الألسيان لكشف جميع أنماط عديدات السكريد المخاطية الحامضة في المقطع النسيجي . تقوم الهيالرونيدازات الجرثومية والخصوية في مقطع النسيج بمهاجمة حمض الهيالرونيك . ومن المهم إذا وجد الشك بالداء الموسيني ألّا يُثبت النسيجُ المستأصل بالفورمالين كالمعتاد ( لأنه يذيب المخاطانيات Mucoids الذوابة بالماء ) بل يثبت في الإيتانول المطلق الحاوي على فورمالين ١٪ . ويمكن لعوامل غدية صماوية وإنظيمية مختلفة أن تؤثر على المواد الأساسية بين الليفية للنسيج الضام الأدمي . وقد أجريت دراسات مفصلة بشكل خاص على تأثيرات هرمون الدرقية وهرمونات النخامة على المادة الأساسية بين الليفية . ويمكن أن توجد زيادة بالمادة الأساسية اللحمية المتوسطية في حالات مرضية في الجهاز الغدي الصماوي . وفي أدواء موسينية أخرى يشمل الاضطرابُ الجلدَ فقط .

*أدواء موسينية أدمية :*

**أدواء موسينية في قصور الدرقية :**

– الوذمة المخاطية المنتشرة .
– الوذمة المخاطية المحددة .

**أدواء موسينية في فرط الدرقية :**

– الوذمة المخاطية أمام الظنبوب .
– متلازمة EMO .

**أدواء موسينية في حالات سويّ الدرقية Euthyroid :**

– الحزاز الوذمي المخاطي .
– الوذمة المخاطية التصلبية .
– الداء الموسيني الشبكي الحمامي .
– الداء الموسيني الجلدي ذو النمط اللويحي .

*أدواء موسينية ظهارية :*

الداء الموسيني الجريبي ، النمط الغامض .
الداء الموسيني الجريبي ، النمط العرضي .

*أدواء موسينية ثانوية :*

**أدواء موسينية أدمية ثانوية :**

– أمراض التهابية مثل الإكزيمة والصداف والأورام ( ليفوم ، شحموم ، غَرنٌ شحميّ ، غَرَنٌ مخاطيٌ ، كيسات زليلية ) ؛ وذمة الغدد العرقية المخاطانية .

**أدواء موسينية ظهارية ثانوية :**

– السرطانة قاعدية الخلايا .

## الأدواء الموسينية الأدمية Dermal Mucinoses :

تتصف الأدواء الموسينية الأدمية البدئية بترسُّب زائد للمواد الأساسية بين الليفية اللحمية المتوسطية في النسيج الضام الأدمي ، وتبقى البشرة خالية من هذه الترسبات . ومع الزيادة بالمعقدات البروتينية الحاوية على حمض الهيالرونيك يحدث اضطراب ثانوي في التشكل الجديد للألياف الكلاجينية . والصورة النسجية في مثل هذه الحالات مماثلة للصورة الخاصة بمادة وارتون في الحبل السري مع ترسب غزير للمادة المخاطية النمط وشيء قليل فقط من الألياف الكلاجينية القصيرة . وإذا وجدت زيادة بعديدات السكريد المخاطية الحامضة المكبرتة مثل سلفات الكوندروئيتين يزداد إنتاج الكلاجين ويزداد الميل للتصلب .

## الأدواء الموسينية في قصور الدرقية Mucinoses in Hypothyroidism :

إن نقص الوظيفة الدرقية سبب لزيادة المواد بين الليفية في الجلد .

**الوذمة المخاطية المنتشرة Diffuse Myxedema (1878 ord) : .**

*المرادفات :* الوذمة المخاطية الحقيقية ، الوذمة المخاطية المنتشرة في قصور الدرقية .

**التعريف :** عبارة عن تراكم عديدات السكريد المخاطية الحامضة والسائل في الجلد كنتيجة لعدم كفاية الوظيفة الدرقية .

**الإمراض :** يمكن أن يُعزى قصور الدرقية لتركيب هرموني معوز إما باضطراب خلقي ( وذمة مخاطية بدئية ) أو مكتسب ( وذمة مخاطية ثانوية ) مثال ، بعد العمل الجراحي على الدرقية أو المعالجة بـ $I_{131}$ ، أو تنبيه غير كافٍ للمُوَجِّهة الدرقية Thyrotropin ، أو الاضطرابات الدرقية الالتهابية أو غيرها .

**الموجودات السريرية :** يشاهد جلد جاف وشمعي ومنتفخ خصوصاً في الأجزاء القاصية للأطراف . والجلد المتوذم بشكل لديني لا يتوهد بالضغط عليه لأن الكمية المزدادة من المادة الأساسية في الأدمة تحوي الماء بالشكل المرتبط فقط . ويمكن أن يبدو الوجه متورماً ، وخاصة في الأجفان .

ومن الملاحظ وجود لون أبيض مصفر شاحب للجلد أشد كثافة في المنطقة الأنفية الشفوية وعلى الراحتين والأخمصين وهو ينتج عن الكاروتينمية Carotinemia الثانوية في مرضى الوذمة المخاطية . ويكون الجلد مفرط التقرن بشكل موضعي ومنتشر ، ويمكن أن يبدي تقرانات جرابية . ويحتمل حدوث تغيرات سماكية الشكل متعممة . وتنخفض وظيفة الغدد الزهمية ( انعدام الزهم Asteatosis ، ركودة زهمية Sebostasis ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يحوي النسيج الأدمي مادة غزيرة من نمط حمض الهيالرونيك وسلفات الدرماتان . وبشكل خاص في الطبقات العليا حول جريبات الأشعار والأوعية الدموية .

**السير** : تراجع بمعالجة الاستبدال Replacement .

**المعالجة** : تُجرى دراسة غدية صماوية لتحديد ما إذا كانت الوذمة المخاطية بدئيةً أو ثانويةً ومن ثُمَّ تعطى معالجة الاستبدال .

## الوذمة المخاطية المحددة Circumscribed Myxedema : [ Dossekker 1916 و Jadassohn ]

*المرادفات* : الوذمة المخاطية المحددة في قصور الدرقية ، الوذمة المخاطية الحدبية (Dossekker) ، الفلغمون الكاذب .

**الموجودات السريرية** : في حالات قصور الدرقية الصريحة – عادة من النمط البدئي – لا توجد أحياناً وذمة مخاطية منتشرة فقط بل ارتشاحات بلون الجلد محددة وثابتة أو تورمات ذات نمط فَيْلِيٍّ محددة على الأطراف أو الأعضاء التناسلية ( راجع الشكل ٤٣ – ١ ) . ويمكن أن توجد أيضاً وذمة وجهية وحيدة أو تورمات عقيدية أو أكثر انتشاراً ثابتة أو مرنة بلون الجلد على الوجه والتي تشبه الجذام .

**التشريح المرضي النسجي** : هو نفسه كما في الوذمة المخاطية المنتشرة .

**الإنذار** : حسن بمعالجة الاستبدال .

**المعالجة** : تشخيص غدي صماوي ومعالجة الاستبدال .

## الأدواء الموسينية في فرط الدرقية Mucinoses in Hyperthyroidism :

يكون الجلد في فرط الدرقية أو في الانسمام الدرقي thyrotoxicosis دافئاً ورطباً . وكثيراً ما يوجد احمرار ثابت في الوجه وعلى المرفقين وعلى الراحتين . ويميل الشعر لأن يكون رقيقاً لطخياً مع حاصة منتشرة في فرط الدرقية . ويوجد في أحيانٍ كثيرة انحلال ظفري Onycholysis وتكون الحافة الحرة للظفر متموجة الشكل ومنحنية نحو الأعلى . والوذمة أمام الظنبوب علامة ، ومن المشكوك فيه ما إذا كانت الحكة المعممة والشرى المزمن والحاصة البقعية أكثر تكراراً في الانسمام الدرقي .

## الوذمة المخاطية أمام الظنبوب Pretibial Myxedema : [1928 Keining] :

*المرادفات* : الوذمة المخاطية المحددة المتناظرة أمام الظنبوب ، مخاطية الجلد المحددة المتناظرة أمام الظنبوب ، الوذمة المخاطية المحددة بالانسمام الدرقي (1946 Cohen) .

**تعريف** : ترسبات أدمية أمام الظنبوب متميزة سريرياً، لعديدات السكريد المخاطية الحامضة المرتبطة بالبروتين في المرضى المصابين بفرط الدرقية أو بعد استئصال الدرقية .

**الحدوث** : ليست نادرة جداً . وهو أكثر شيوعاً عند النساء .

**الإمراض** : يسود الاعتقاد الآن بأن إمراض الجحوظ في الانسمام الدرقي يشبه مثيله في الوذمة المخاطية أمام الظنبوب . وتنشأ كلا العلامتين من غزارة المادة اللحمية المتوسطية بين الليفية ، وبشكل رئيسي عديدات السكريد المخاطية الحامضة من نمط حمض الهيالرونيك في نسيج الجلد . ولا تتراجع كلا الآفتين أحياناً بعد استئصال الدرقية . ولقد افترض أن هذا قد يكون مرتبطاً بالهرمون مُنَبِّه الدرقية Thyroid Stimulating hormone أو العامل المنبه للجحوظ منها . ويجب التفكير أيضاً بالأورام المنتجة للهرمون مُنَبِّه الدرقية .

من جهة أخرى ، يمكن أن تحدث العلامتان بعد استئصال النخامة أو تشعيعها مثل تأثير منباه الدرقية مديد المفعول Long – acting thyroid stimulator . وهو غلوبولين مناعي من الصنف 7S (IgG) الذي يرتبط بالجسيمات الصِغْرية Microsomes في الزجاج In vitro والذي لوحظ في الدم عند أكثر من نصف المرضى المصابين بالجحوظ ، والوذمة المخاطية أمام الظنبوب ، وثِخَن جلد الأطراف Acropachyderma .

**الموجودات السريرية** : باعتبار أن الوذمة أمام الظنبوب تنجم عن إغناء موضعي بالبروتينات المخاطية المرتبطة بالماء فهي تتطور في المرضى المصابين بقصور الدرقية أو داء بيزدو Basedow أو بعد استئصال الدرقية أو المعالجة الدوائية بالمواد المثبتة للدرقية Thyrostatic . وتتطور بشكل بطيء في البدء تورمات ثابتة صفراء محمرة أو بالأحرى بيضاء رمادية على الطرفين السفليين ( الوذمة أمام الظنبوب Pretibial edema ) . وكنتيجة للترسب المخاطي في النسيج الضام العلوي فإن الغدد الزهمية وجريبات الأشعار تُزاح جانباً مؤدية لمظهر جلد برتقالي نمطي ( جلد البرتقالة ) . ويلاحظ أيضاً وجود فرط أشعار في مناطق الجلد المريض . ويمكن أن تصبح هذه العلامات وخيمة جداً

وتشبه داء الفيل البلدي Elephantiasis nostras مع تغيرات مفرطة التقرن . ولا يحدث تقرح تلقائي .

**التشريح المرضي النسجي** : يحدث تراكم غزير للمخاط في نسيج الضام الأدمي العلوي . وكيميائياً نسيجياً تتكون عديدات السكريد المخاطية الحامضة في معظمها من نمط حمض هيالرونيك ولكن يمكن أن تكون عديدات سكريدٍ مخاطيةً متعادلةً . وتوجد أرومات ليف عديدة ، غير أنه لا يوجد سوى شبكة بسيطة فقط من ألياف كلاجينية قصيرة وناعمة .

**السير** : لا تتراجع الأعراض دائماً بالمعالجة المناسبة وإسْواء Normalization وظيفة الدرقية أو النخامة . ويوجد دائماً ميل نرَجْعَة . وليس من النادر حدوث شفاء عفوي بعد ٥ – ١٠ سنوات .

**المعالجة** : صعبة ومن المهم معالجة المرض المستبطن .

*المعالجة الجهازية* : الستيرويدات القشرية فعالة في بعض الأحيان في معالجة الجحوظ ولكنها ذات تأثير موقف للمراضة ، Morbidstatic على الأعراض الجلدية .

*المعالجة الموضعية* : يمكن المحاولة بحقن الهيالرونيداز موضعياً والذي يحلمه Hydrolyzes حمض الهيالرونيك وعديدات السكريد المخاطية المكبرتة . وقد نصح أيضاً بالحقن الموضعي معلقات الستيرويد الممددة ( تريامسينولون اسيتينوئيد ) ، إضافة للاستخدام المديد للعصائب الضاغطة . وقد تستطب المداخلة الجراحية في الحالات الوخيمة .

**متلازمة EMO** [ توماس 1933 ] :

**التعريف** : هي تشارك بين الجحوظ Exophthalmus والوذمة المخاطية أمام الظنبوب Pretibial Myxedema ، والاعتلال المفصلي العظمي الضخامي Hypertrophic osteoarthropathy . وأول من وصفها توماس عام 1933 ، بينما تم استخدام مصطلح متلازمة EMO لأول مرة من قبل Braun – Falco و Petzoldt ( ١٩٦٧ ) .

**الإمراض** : غير معروف . ويعتقد بأنه قد يوجد تأثير لمنباه الدرقية المديد المفعول .

**الموجودات السريرية** : يمكن للمرضى المصابين بفرط الدرقية أن يُبدوا – وبشكلٍ متسلسل – جحوظاً ، ووذمةً مخاطيةً أمام الظنبوب ، واعتلالاً مفصلياً عظمياً ضخامياً مع أصابع مُتَعَجِّرة Clubbed وأظفارٍ كزجاجة الساعة . ولا تحدث الحالة في أي عمر محدد . ويمكن أن تتراوح المدة الزمنية ما بين بدء فرط الدرقية وحدوث الاعتلال المفصلي العظمي الضخامي من أسابيع إلى ثلاثة عقود . وفي كل الحالات على الأغلب تسبق المعالجةُ المضادة للدرقية المرض . ويظهر تعجُّر الأصابع في الأصابع المتعجرة بأظفار منحنية ، وتورم باليدين والقدمين ، ونمو عظم سمحاقي في الأطراف ، وبذلك فإن لهذا الداء شبهاً معيناً بثخن الجلد والسمحاق Pachydermoperiosteosis .

## الأدواء الموسينية في سَوِيِّ الدرقية Mucinoses in Euthyroidism :

السواء الدرقي Euthyroidism هو وظيفة طبيعية للغدة الدرقية . ولا توجد أية صلة بالاضطرابات الوظيفية في الدرقية أو بالهرمون الموجه للدرقية Thyrotropic من النخامة في هذه الأمراض .

### الحزاز الوذمي المخاطي Lichen Myxedematosus :

*المرادفات* : الداء الموسيني الحطاطي ، الداء الموسيني الحطاطي الحزازاني (Mucinosis Papulosa seu Lichenoides) ، مخاطية الجلد الحطاطية ، الحزاز الليفي المخاطاني Lichen fibromucinoidosus .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : غير معروف . وتشتمل الحدثية الإمراضية الرئيسية على تكاثر أرومة الليف مع تراكم مصاحب لعديدات السكريد المخاطية الحامضة من نمط حمض الهيالرونيك . وتنحرف البنية المستدقة للغلوكوز أمينوغليكان على أية حال عن مثيلتها الموجودة في الجلد الطبيعي . ولا تحتوي خيوط حمض الهيالرونيك بشكل واضح أية وُحَيْدات من غلوكوز أمينوغليكان . وإن الحدوث المتزامن لاعتلال غاما وحيد النسيلة مع ارتشاح خلايا مصورية ضمن نقي العظم يمكن أن يشير إلى وجود صلة مع ورم المصوريات ( النقيوم المتعدد ) . وقد ورد ذكر عامل مصلي ينبه أرومات الليف .

**الموجودات السريرية** : في حالة وظيفة درقية أو نخامية طبيعية يشاهد طفح يزداد بشكل بطيء من آفات حطاطية ٢ – ٥ مم في القطر أو ذات مظهر حزازاني ، وهي طرية ولكنها كثيفة أحياناً ويتراوح لونها من لون الجلد إلى الأصفر الضارب للبياض أو الأصفر الضارب للحمرة . ويمكن أن تحدث الآفات أيضاً بتكدسات موضعية أو متلاقية . والأماكن المفضلة هي الذراعان والجذع والفخذ ( راجع الشكل ٤٣ – ٢ ) .

**الأعراض** : الأعراض الشخصانية غائبة .

**الموجودات المخبرية** : توجد زيادة في بروتينات المصل ، مع اغتناء بعديدات السكريد المرتبطة بالبروتين ( بروتين سكري ) ، ولكن مع وجود كميات شاذة من غلوبولينات المصل في اتجاه اعتلال غاما وحيد النسيلة أو عديد النسيلة ،

وأحياناً من نمط ورم المصوريات (IgG – k) . ويمكن أن توجد اضطرابات في وظيفة الكبد وارتشاح بخلايا مصورية في نقي العظم .

**التشـريح المرضي النسجي** : خلافاً للوذمة المخاطية أمام الظنبوب ، وبالإضافة للحدوث الغزير للمواد المخاطانية من نمط عديدات السكريد المخاطية الحامضة ( حمض الهيالرونيك وسلفات ا لدرماتان ) ، يوجد تكاثر واضح لأرومات الليف والكلاجين ( الداء الموسيني الليفي ) . وتبدي حزم الكلاجين ترتيباً غير منتظم . ويمكن أن تشابه الآفاتُ الباكرةُ الحبيبوم الحلقي الذي يحتوي على الموسين أيضاً . وإن المواد المخاطانية متفاعلة لتلوين Hale وأزرق الألسيان وهي أيضاً متبدلة التلون عادة ، ولكنها حساسة جزئياً للهيالرونيداز الخصوية .

**التشخيص التفريقي** : من السهل نوعاً ما تميز الحزاز الوذمي المخاطي عن الأشكال الأخرى للاندفاعات مثل الحبيبوم الحلقي الخطاطي المنتشر ، أو العقيدات الرثيانية ، أو الكلاجينومات الطفحية Collagenomes eruptives .

**الإنذار** : يجب أن يوضع الإنذار بحذر بسبب الموجودات العامة . ويوجد أيضاً خطر حدوث مرض قلبي ودماغي .

**المعالجة** : صعبة وغير مُرْضية إلى حد كبير .

*المعالجة الجهازية* : محاولات علاجية بالستيرويدات القشرية السكرية ومثبطات المناعة . والعوامل المؤلكِلة هي أفضل معالجة ( خردل الفينيل ألانين ٢ مغ باليوم ، أو كلورامبوسيل ٢ – ٤ مغ يومياً ) .

*المعالجة الموضعية* : تجريبية بحقن الهيالرونيداز أو معلقات الستيرويدات ضمن الآفات ؛ والاستئصال الجراحي حيثما أمكن .

### الوذمة المخاطية التصلبية Scleromyxedema [ Arndt و Gottron 1954 ] :

*المرادفات* : متلازمة Arndt و Gottron .

**التعريف** : مرض مزمن يكون فيه تغيرات جلدية فَيَلِيَّة واعتلال غاما واصمين .

**الحدوث** : نادرة جداً ، وهي أكثر شيوعاً في النساء .

**الإمراض** : هي مرض يتطور من الحزاز الوذمي المخاطي الذي فيه فعالية أرومية ليفية غير مسيطر عليها إضافة إلى ترسب منتشر لمادة مخاطانية . ومن الملاحظ حدوث كميات شاذة من الغلوبولينات المناعية من النمط IgG والتي غالباً ما تحتوي سلاسل خفيفة من النمط بشكل دائم . ويوجد فرط تنسج للخلايا المصورية في نقي العظم والذي يُحتمل أنه مسؤول عن إنتاج الغلوبولينات المناعية الشاذة هذه ، أي اعتلال غاما . وقد كُشف النقيوم المتعدد في حالة واحدة للوذمة المخاطية التصلبية . وتحدث الغلوبولينات المناعية المرضية أيضاً حول ألياف الكلاجين في النسيج الضام ، أي في العضلات والجلد والعضلة القلبية والأوعية . ومن المحتمل أن يؤدي تَرَسُّب الغلوبولينات المناعية المرضية إلى تنبيه تركيب عديدات السكريد المخاطية والكلاجين . ولقد تبين أن مصل هؤلاء المرضى يُنَبِّه تركيب الدنا DNA وتكاثر أرومات الليف .

**الموجودات السريرية** : تتميز الصورة السريرية في الوذمة المخاطية التصلبية بشكل أساسي بثلاثة موجودات : صورة من نمط تصلب جلد ، وتثخن جلد من نمط فَيَلي ، وحطاطات حزازانية .

*الصورة الشبيهة بتَصَلُّب الجلد Scleroderma – Like* : يبدو من خلال فحص المريض عن بُعْد المظهرُ لتصلبِ جلدٍ منتشرٍ مترقٍ من نمط تَصَلُّبِ جلدِ الأطراف وذلك بسبب التثخن المنتشر في جلد الوجه مع تغيرات مماثلة على الأطراف القاصية .

*تَقَسِّي الجلد من النمط الفَيَلي وتثخنه* : يحدث هذا في كامل الجلد أو في أجزاء واسعة منه . ويكون الجلد ثخيناً جداً ومزداداً بالحجم ، ويمكن أن يكون مرتفعاً في طيات كبيرة ، وإن فرط التصبغ المنتشر نمطي .

*الحطاطات الحزازانية* : تحدث حطاطات متعددة تفصل بينها مسافات ضيقة – على طول خطوط الجلد أحياناً – حزازانية بلون الجلد ضاربة إلى البياض وبحجم رأس الدبوس ، وهي غطية جداً . ويمكن لها أن تكون منعزلة ( خصوصاً في طيات الجلد ) ، ولكنها تُظهِرُ ميلاً ملحوظاً لانتظامها خطياً أو على شكل طوقي ، وتتراكم في أماكن حدوثها في صفوف تكمل الصورة لجلد متسمك حزازاني .

ينتج تثخن الجلد ذو النمط الفَيَلي جزئياً عن حدوث منتشر لحطاطات حزازانية تميل للتكدس . والأماكن المفضلة هي الجبهة وجانبا الوجه والمنطقة خلف الأذن وخلف العنق رغم أن الجذع والأطراف يمكنها أن تصاب أيضا ( راجع الشكل ٤٣ – ٣ ) .

*الغلوبولينات المناعية الشاذة Abnormal Immunoglobulins* : يحدث اعتلال غاما من النمط IgG سريع الهجرة Fastmigrating مع سلاسل خفيفة من نمط λ بالإضافة إلى ندرة النمط IgA أو النمط IgM ( غلوبولينات كِبْرية Macroglobulins ) . ومن الملاحظ عادة وجود داء كثرة المصوريات في نقي العظم ولكن دون علامات محددة لخلايا ورم المصوريات Plasmacytoma .

*الأعراض القلبية الوعائية الدماغية* : يبدي مثل هؤلاء المرضى أعراضاً دماغية أحياناً ، مع تغيرات شريانية تصلبية في قاع العين وتصلب في الكليتين والشرايين الإكليلية تكتشف بتشريح الجثة . ويمكن أن تنسجم العلامات السريرية مع ذلك . ولم يتأكد بشكل محدد بَعْدُ ما إذا كانت هذه التغيرات الوعائية ناجمة عن اعتلال غاما أو ناجمة عن اضطرابات في استقلاب عديدات السكريد . ويمكن أيضاً ملاحظة وجود إصابة للعضلات المخططة المتصالبة ، مع ترسب مخاطاني وارتشاح خلايا مصورية ( اعتلال عضلي وذمي مخاطي تصلبي Scleromyxedema myopathy ) .

**الأعراض** : تسبب الحطاطات الحزازانية أحياناً حكة شديدة . أما فرط التصبغ المنتشر فربما كان من الأفضل أن يُفَسَّر على أساس أنه تفاعلي . ومن الأهمية بمكان أن يفحص المريض بانتباه للكشف عن وجود بارابروتينيمية من النمط IgG ( داء السلسلة الخفيفة ) أو IgM وعن حدوث ورم المصوريات ، بالإضافة إلى إصابة الكبد والأعراض الدماغية القلبية الوعائية ، بشكل مستقل تماماً عن الاعتلال العضلي الوذمي المخاطي التصلبي . ويمكن أن يترافق تصلب الجلد والتهاب العضل والذأب الحمامي مع الوذمة المخاطية التصلبية .

**التشريح المرضي النسجي** : يتميز التشريح المرضي الجلدي بترسب محدد لمواد مخاطانية حاوية على عديدات السكريد المخاطية الحامضة من الأنماط حمض الهيالرونيك وسلفات الدرماتان بالإضافة إلى الأنماط المتعادلة ، وتكون مرتبطة إلى البروتينات بشكل واضح . كما يوجد تليف كثيف غني بالخلايا إضافة لألياف نسيج ضام متنكسة مع ترسب غلوبولينات مناعية في ألياف الكلاجين المتوذمة وجدر الأوعية . ويوجد أيضاً في بعض الأحيان ارتشاح خلايا مصورية . وقد يوجد داء كثرة المصوريات في نقي العظم ، والموكوئيد Mucoid وتفاعل خلايا مصورية في العضلات ، وتَرَسُّب غلوبولينات مناعية في الجدر الوعائية للأعضاء الأخرى .

**السير** : لا يبدي المرضُ أي ميل للتراجع العفوي ، ويتبع عادة سيراً مزمناً على مدى سنوات عديدة . وكثيراً ما تنجم الوفاة عن ذات رئة قصبية أو إصابة قلبية وعائية أو دماغية وعائية . ويمكن أن يحدث داء نشواني ثانوي .

**التشخيص** : الصورة المتعممة من نمط تصلب الجلد ، والجلد الثخين والرخو المشابه للفَيَل ، والحطاطات الحزازانية جميعها علامات مميزة .

**المعالجة** :

*المعالجة الجهازية* : المعالجة بالستيرويدات القشرية السكرية والأدوية المثبطة للمناعة ، والأدوية السامة للخلايا مثل الملفالان والميتوتركسات والسيكلوفسفاميد كما في ورم المصوريات ، والمحاولة بالإيزوتريتينوئين . ويمكن لخردل الفينيل ألانين ٢ مغ يومياً أن يسبب هجوعاً بالبارابروتينيمية والآفات الجلدية . ويستمر التحسن ما دامت المعالجة محتملة .

*المعالجة الموضعية* : المراهم الحاوية على الستيرويدات والهيبارينوئيدات Heparinoids وقد جربت المعالجة بحزم الألكترونات أيضاً .

## الداء الموسيني الشبكي الحمامي Reticular Erythematous Mucinosis :

*المرادفات* : الداء الموسيني الحمامي الشبكي ، متلازمة REM ( Steigleder ، Gartmann و Linker 1974 ) ، الداء الموسيني الشبيه باللويحات .

**التعريف** : لطخات متنوعة الشكل من الحمامى على الصدر والظهر ، مع كشف كيميائي نسجي لمواد مخاطانية في النسيج الضام الأدمي .

**الحدوث** : غالباً في الكهول متوسطي الأعمار ، وبشكل مسيطر في النساء . ولا تعرف لهذا الداء أسباب وراثية أو بيئية .

**الإمراض** : ذو نموذج التهابي على الأرجح مع وجود مواد مخاطانية قابلة للكشف كيميائياً نسجياً مثل عديدات السكريد المخاطية الحامضة المتفاعلة مع تلوين Hale أو أزرق الألسيان .

**الموجودات السريرية** : شبكة من الحمامى على الصدر أو منتصف الظهر أو كليهما معاً للطخات كثيرة أو قليلة التسطح ، غير منتظمة ولكنها محددة بشكل واضح ، وتفترق عن الجلد المحيط بلونها الأحمر اللامع . ويمكن أن تكون الحمامى مرتفعة قليلاً ومشابهة للشرى . ويغيب التوسف والتقران الجريبي والضمور . ( راجع الشكل ٤٣ ــ ٤ ) .

**الأعراض** : حكة خفيفة أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : البشرة طبيعية ، ويوجد تنكس تميهي Hydropic degeneration في خلايا بشروية إفرادية أو سفاج معتدل وتَسَرُّب خلوي بسيط فقط في الحالة القصوى . ويوجد ارتشاح حول وعائي مميز بخلايا مدورة حول الأوعية المتضخمة في أعلى الأدمة الشبكية . وترتكز أهمية التشخيص على الترسبات المتفاعلة مع أزرق الألسيان أو Hale في النسيج الضام ، وهي ليست متبدلة التلون عادة كما أنها ليست متفاعلة مع الباس PAS أيضاً .

**السير** : مزمن لمدة شهور ، وقد يحدث تراجع بالأشعة فوق البنفسجية أو ضوء الشمس .

**التشخيص التفريقي** : يسهل تفريق هذا الداء عن التهاب الجلد المثي لأنه ـ خلافاً لالتهاب الجلد المثي ـ لا توجد في الحقيقة أية إصـابة ظهارية في الأماكن الانتقائية في المتلازمة الموسينية الشبكية الحمامية .

**المعالجة** : تم الحصول على نجاح في بعض الحالات من خلال وصف الكلوروكين فموياً .

## الداء المـوسيـني الجـلدي الشبيـه بـاللويحـات Plaque – Like Cutaneous Mucinosis [ Perry و Kierland و Montgomery 1960 ] :

هو مشابه جداً للداء الموسيني الشبكي الحمامي ، ويتظاهر الداء بشكل رئيسي كآفات بنمط لويحي مع حطاطات بوجود نفس التفـاعـل الأسـاسـي . وقد لوحظ تحريش ضـوئي Photoprovocation في أحيان كثيرة .

## الداء الموسيني الظهاري Epithelial Mucinosis :

يتألف الداء الموسيني الظهاري من حدوث مواد مخاطانية مركبة من عديدات سكريد مخاطية حامضة في جريبات الأشعار ، أو الغدد الزهمية ، أو البشرة أثناء سير التنكس الخلوي الظهـاري الشكبي أو أي التهاب آخر . ولم يتم التـأكد بَعْدُ بشـكل محدد فيما إذا كانت هذه المواد هي من إنتـاج الخلايا الظهارية بسبب اضطرابات في التمايز وبالتالي فهي تُنتَج بكميات مفرطة ، أو أنها تنطلق فقط من مركبات موجودة بشكـل طبيعي ( انقلاب مخاطي Mucophanerosis ) .

## الداء المـوسيـني الجريبي Follicular Mucinosis [ Kreibich 1926 ] :

*المرادفات* : الحـاصـة الموسينيـة ( Pinkus 1957 ) ، الانقلاب المخاطي Mucophanerosis داخل الجريبي والغدي الزهمي ( Braun – Falco 1957 ) ، الداء الموسيني الجريبي ( Joblonska 1959 ) .

**التعريف** : يدل اسم المرض على التبدل الأساسي ، وبالتحديد حدوث المخاط أو الوذمة الحاملة للمخاط ضمن الخلايا المتنكسة في الغدد الزهمية وغمد الشعر الخارجي ، ونادراً جداً ما يحدث في البشرة . وتنجم هذه التغيرات إما عن تفاعل التهابي خلوي أو تفاعل من نمط لمفوم جلدي .

**الحدوث** : ليس نادراً جداً . ويحدث عادة على الرأس والنصف العـلوي من الجسـم . ولا يعرف ما إذا كان يوجد أي تأثير لعوامل بيئية أو وراثية .

**الإمراض** : السبب غير معروف . ويُشـاهد بعد التسرب الخلوي لخلايا لمفـانيـة تَنَكُّسٌ خلويٌ ظهـاريٌ شبكيٌ محددٌ ، وتظهر أثنـاء ذلك مواد مخاطانيـة . تحوي هذه المواد المخاطانية عديدات سكريد مخاطية حامضة غزيرة يمكن تحديدها جزئياً بأنها حمض هيـالرونيك وجزئياً كعديدات سكريد مخاطية حامضـة مكبرتة . وهي تتـلون بشكل متبدل التلون بأزرق التـولويدين وتبـدي تفـاعلاً صريحاً للتفـاعل Hale – PAS ، ولكنها من جهة أخرى سلبية الباس PAS . ولم يتأكد أصل هذه المواد المخاطانية بشكل محدد . ففي التصوير الشعاعي الذاتي Autoradiography لا توجد زيادة بانجبال السلفات [ $S^{35}$ ] الذي يشير لتحرر ثانوي لهذه المواد بالتلازم مع بعض الأشكال الخاصـة للأذية الخلوية . وهذا مُتَضَمَّن بمصطلح الانقلاب المخاطي Mucophanerosis .

**الموجودات السريرية** : ليست الصورة السريرية متميزة دوماً ، وبالتالي يمكن أن يكون التشخيص السريري صعباً ، ولا يتحدد إلا بعد الفحص النسيجي فقط . وعادة ما يوجد لطخة أو أكثر محددة بشكـل جيد نسبياً ، ومرتفعة ومتوذمة ، ومرتشحة ، والتهابية على الوجه والفروة ، وأحياناً على الرقبة أو الكتفين أو الأطراف أو الجذع . وتبـدي هذه اللطخـات وسـوفاً شبيهة بالنخالية وملتصقة بشكل ثابت وتشبه الإكزيمة النمية ويمكن أن تسبب حكة أحياناً . وكثيراً ما تتميز اللطخات الالتهابية أيضاً بتقران جرابي مؤنف ، وعلى مستوى الجلد جزئياً . وبالضغط الجانبي على الأجربة تنطرح مواد مخاطانيـة . وتميل اللطخات لأن تفقد الأشعـار ضمنهـا ، وهو ما لا يلاحظ في اللطخات المتوضعة على الجلد الأجرد . وإذا كانت اللطخات موضعة على الفروة أو اللحية أو الحاجبين دَلَّ فقد الأشعار المحدد على العلامة السريرية الرئيسيـة . وهذا ما أطلق عليه مصطلح الحاصـة المخاطينية Alopecia mucinosa . وقد توجد حكة واضحة في بعض الأحيان .

يمكن تمييز شكلين للداء الموسيني الجريبي :

*الداء الموسيني الجريبي الغامض Idiopathic* : وهو يتوافق مع صورة المرض الموصوفة أعلاه . وتستمر اللطخات في الشكل تحت الحاد لأسابيع أو أشهر قليلة ثم تشفى عفوياً . ويلي الشفاءَ عودةُ نمو الشعر وهو لا يشتمـل على ضمور ( راجع الشكل ٤٣ ـ ٥ ) .

وفي الشكل الأكثر إزماناً قد تكون اللطخات عديدة وتبدي تعـددَ أشـكـالِ polymorphism أكثرَ صراحـةً . ويوجد ارتشاح التهابي من نمط لويحي أو عقيدي ، وأحياناً مع تغيرات تشبه الإكزيمة ، أو مع عقيدات بلون الجلد مميزة غير منتظمة تحدث في مناطق أكبر ، وخصوصـاً في منطقة الكتف . وقد تستمر هذه الأشكـال المزمنة لسنوات عديدة . ويجب الأخذ

عين الاعتبار أن الداء الموسيني الجريبي يمكن أن يكون علامة لمفوم جلدي خبيث .

ـ ء موسيني الجريبي *العَرَضي* *Symptomatic* : هذا الشكل كثر شيوعاً من الشكل الغامض بشكل ملحوظ . وحسب دراستنا تبلغ النسبة نحو ١ : ٣ . ويجب دائماً أن يُقَيَّمَ الداءُ موسيني الجريبي كمرضٍ قبل ورمي Preneoplastic . وأحياناً ، نجد المرض كعلامة جلدية نمطية في اللمفومات الخبيثة في خند ، وبشكل رئيسي في لمفومات خلايا T مثل الفطار عضراني . ويحدث أيضاً في الأشكال الأخرى للمفومات خبيثة وفي داء هودجكن . وإن التبدلات المرضية في الغدد زهمية ومقاطع الغمد الخارجي هي نفسها كما في الداء الموسيني جريبي الغامض عادة . ويسمح الفحص التفصيلي للارتشاح لأدمي المحيط من جهة أخرى في تقدير المرض اللمفاوي تكاثري المستبطن . وسريرياً يمكن أن يحدث أحياناً فطار فطراني نمطيّ بالمراحل الارتشاحية أو الورمية مع الداء الموسيني جريبي النمطي أحياناً ( راجع الشكل ٤٣ – ٦ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد تسرب خلوي مع خلايا لمفاوية بالارتشاح المحيطي مؤدياً إلى تطور تنكس خلوي بشروي شبكي وظهور فلوح مميزة وأحياز ( أفضية ) كيسية كاذبة مملوءة بمادة مخاطانية غنية بعديدات السكريد المخاطية الحامضة ( بروتينات سكرية حامضة ) . وهذه المواد متبدلة التلون ومتفاعلة لأزرق الألسيان و Hale ، ولكنها تبقى سلبية الباس PAS . ويمكن أن تلاحظ كمواد مخاطية ليفية . وفي حالات نمطية للداء الموسيني الجريبي يوجد ارتشاح لمفاوي منسجي حول جريبي واضح إلى حد ما ويمكن أن يحتوي أيضاً على حمضات عديدة . وفي الشكل العرضي ينسجم الارتشاح مع المرض المستبطن .

**السير** : في الشكل الغامض من هذا الداء ، يمكن أن يكون السير حميداً أو أكثر حدة ، مع لطخات قليلة وميل عفوي للشفاء خلال أشهر قليلة . ويمكن أن يُمَيَّزَ هذا عن السير الأكثر إزماناً مع عدد أكبر من اللطخات وعلى مساحة أوسع من الجلد ، بالإضافة إلى تعدد أشكال Polymorphism أكثر في اللطخات الإفرادية . ويمكن أن تستمر هذه الأشكال المزمنة لسنوات عديدة دون أي دليل على مرض آخر . وغالباً ما تتميز الأشكال المزمنة بعدم الميل للتراجع .

**التشخيص التفريقي** : يتظاهر الداء الموسيني الجريبي على شكل حاصة في أجزاء الجلد المشعرة . ولذلك كان من الضروري تمييزه عن الحاصة البقعية الوذمية ( Kviem 1941 ) ، أو سعفة الرأس ، أو سعفة الذقن ( كشف الفطور ) . وفيما يخص الفروة ، يفرق عن التحزز المحدد على الفروة مع حاصة متراجعة عفوياً ( Braun – Falco 1960 ) . وفي هذه الحالة تبدي البقع الخالية من الشعر تبدلاتٍ التهابيةً واضحةً مع تحزز .

وعلى أجزاء الجسم ذات الشعر الزغبي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار انعدام الزهم Asteatosis ، والإكزيمة الزهمية ، والحزاز البسيط المزمن ، والحزاز المسطح المؤنف Lichen planus acuminatus . وينصح بالدراسات التشخيصية النسجية في كل حالة .

**الإنذار** : يجب أن ينظر إليه بحذر . فالمرضى المصابون بالداء الموسيني الجريبي يجب أن تجري متابعتهم بانتباه على مدى سنوات لأنه ، حتى في الأشكال الغامضة ، يمكن فيما بعد أن يتطور الداء إلى الفطار الفطراني أو الأشكال الأخرى من لمفوم خلايا T الجلدي الخبيث .

**المعالجة** : صعبة عادة . ويمكن في الحالات الغامضة استخدام التطبيقات الموضعية المحتوية على الستيرويدات القشرية السكرية ، بالرغم من أنها أقل فعالية من الستيرويدات المعطاة داخلاً ( ٢٠ – ٤٠ مغ بريدنيزولون يومياً أو المقادير الموافقة مع تخفيض تدريجي ) . وأيضاً ، يمكن استخدام المعالجة الكيمياضوئية أو التشعيع بأشعة X – السطحية Soft X – ray irradiation ( ثلاث أو أربع مرات Gy 1 بفواصل ٨ أيام أو أكثر ) .

ويكون المرضُ المستبطن هو الهدف الرئيسي للمعالجة في الداء الموسيني الجريبي العرضي .

# الفصل الرابع والأربعون

## البِرْفِيْرِّيات Porphyrias

د . محمد دلة

### الكيمياء الحيوية ، التصنيف ، والتشخيص :

البرفيريات عبارة عن أدواء خِلقية أو مكتسبة تتعلق باضطرابات تصيب التركيب الحيوي للهيم Heme . ويأخذ هذا النمط من العيب أشكالاً سريرية مختلفة تتميز بارتفاع محتويات برْفِيرينات معينة أو طلائعها في الأنسجة والبول أو البراز . والبرفيرينات مواد مُحَسِّسَة للضوء ( سامة ضوئياً ) ، وتؤدي الاضطرابات المتعلقة بها لأعراض سمية ضيائية في مناطق الجلد المعرضة للضياء ، باستثناء وحيد فقط هو البِرْفِيرِّية المتقطعة الحادة . وقد يكون الشذوذ الكيميائي الحيوي المحدد وراثياً غير واضح في بعض المرضى ، مما يستدعي القول إنهم مصابون ببرفيرية كامنة . وفي مثل هذه الحالات يأخذ المرض بالظهور أحياناً بعوامل مثيرة ، مثل الأدوية كالكلوروكين أو الغريزيوفولفين ، أو مانعات الحمل الفموية ، إضافة إلى المواد الكيميائية أو الملوثات البيئية ، أو المعادن الثقيلة .

**التركيب الحيوي للبِرْفِيرينات وصفاتها Biosynthesis and Characteristics of Porphyrins** : يُشكل الهيم الزمرة الضميمة Prosthetic في العديد من بروتينات البرفيرين ، والتي منها مشتقات برفيرين الحديد ، أو ما يسمى ببروتينات الهيم ، وهي الأكثر أهمية في الإنسان . توجد بروتينات الهيم ( السيتوكرومات والبيروكسيدازات والكاتالازات ) في جميع الخلايا ، وهي تقوم بدور ناقل وحامل للأكسجين ، كما في حالة الهيموغلوبين والميوغلوبين . ورغم احتمال أن البرفيرينات يمكن أن تُرَكَّبَ في أية خلية ، إلا أن المواضع الرئيسية لتركيب البرفيرين هي الجملة المكونة للحمر والكبد والكليتان .

لقد تمَّ توضيح **التركيب الحيوي للبرفيرين** ( راجع الشكل ٤٤ – ١ ) . فهو يبدأ بتكاثف السوكسينات والغليسين ليتبع بنزع الكربوكسيل وينتج عن ذلك حمض دلتا – أمينوليفولينيك δ – aminolevulinic acid ، وهو الطليعة الأولى الهامة للبرفيرينات . ويؤدي تكاثف جزيئين من حمض دلتا – أمينو ليفولينيك لتشكل مُوَلِّد البرفوبيلين Porphobilinogen ، ثم تشكل أربع جزيئات من مولد البرفوبيلين البرفيرينات . ويمكن ، حسب زمر السلسلة الجانبية ، الحصولُ على مولد اليوروبرفيرين I أو مولد الكبروبرفيرين I ، ويتشكل من الأخير في النهاية البروتوبرفيرين I والذي ينتج عنه بانجبال الحديد في الفترة الجنينية ، الهيم كزمرة ضميمة للهيموغلوبين . في الكهول ، يعطي مولد البرفوبيلين بشكل رئيسي برفيرينات النمط III ( طريق مولد اليوروبرفيرين III ومولد الكبروبرفيرين III ) ، ومولد البروتوبرفيرين والبروتوبرفيرين . يؤدي انجبال الحديد ضمن البروتوبرفيرين والمحَفِّز بإنظيم خالبة الحديد Ferrochelatase لتشكيل الهيم . ينقلب مولد اليوروبرفيرين I ومولد الكبروبرفيرين I بنفس الوقت إلى يوروبرفيرين وكبروبرفيرين ويطرحان في البول والبراز .

تُحَفِّزُ كل خطوة من خطوات التركيب الحيوي للهيم إنظيمات نوعية أكثرها أهمية سنتاز حمض دِلتا – أمينوليفولينيك التي تعمل كإنظيم مُحَدِّد في مجمل مراحل التركيب المتوالية المؤدية لتشكل البروتوبرفيرين .

يبلغ مقدار الإطراح الطبيعي للبرفيرين ٥٠ – ١٠٠ مكروغرام /٢٤ ساعة في البول و ٢٠٠ – ٥٠٠ مكروغرام /٢٤ ساعة في البراز . وهذا المقدار صغير نسبياً لكون الكبد قادراً على أخذ البرفيرين من الأمعاء بطريق الدوران الكبدي المعوي .

جميع مشتقات البرفيرين ذات لون أحمر داكن وتظهر تألقاً كثيفاً . وتبدي البرفيرينات ، وخصوصاً اليروبرفيرينات ، تألقاً قوياً بلون أحمر عندما تتعرض للأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة . ويكون الامتصاص أعظمياً عند ٤٠٠ نانومتر .

يتلون البول بالأحمر أو الأحمر المائل للبني في البرفيريات أو أنه يصبح أحمر بعد مدة من ركوده . ويوجد تألق أحمر مميز للبرفيرين في البول تحت الضوء فوق البنفسجي ( الفحص بالأشعة فوق البنفسجية الصنعية أو ضوء وود في غرفة مظلمة ) ، وهي طريقة ملائمة للكشف الكيفي عن البرفيرينات .

يولد الضوء المرئي قصير الموجة أو الأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة (UVA) تألقاً هو المسؤول عن الخواص السامة الضوئية للبرفيرينات والمؤدية للتبدلات الجلدية في المناطق المعرضة للشمس . وفي البرفيرية المتقطعة الحادة فقط تكون التفاعلات الجلدية السمية الضوئية غائبة لأن البرفيرينات تتحد كمركبات زنك في بروتينات الهيم ولذلك فهي لا تتوضع بشكل حُر في الجلد . ولم تتوضح بعد بشكل كامل العلاقة الدِّيْنَمِيَّة الضوئية بين العلامات الجلدية والبرفيرينات . ولقد تبين – بعد الإشعاع فوق البنفسجي مثلاً – أن البرفيرينات يمكنها أن تثير شلّال المتممة مبتدئة بذلك التفاعلات الالتهابية في الجلد .

**تصـنيف البرفـيريات Classification of Porphyrias :**
البرفيريات عبارة عن اضطرابات إنظيمية في استقلاب البرفيرين . تُنتَجُ بروتينات هيم الكرية الحمراء في نقي العظام ، بينما تنتج البروتينات هيم الخاصة بإنظيات سلسلة نقل الالكترون في الكبد بشكل رئيسي .

- *البرفيريات المكونة للحمر Erythropoietic Porphyrias .*
  - البرفيرية المكونة للحمر الولادية (CEP) .
  - البروتوبرفيرية المكونة للحمر (EPP) .
- *البرفيريات الكبدية Hepatic Porphyrias .*
  - البرفيرية المتقطعة الحادة (AIP) .
  - البرفيرية المتقلبة (VP) .
  - البرفيرية الجلدية الآجلة (PCT) .
  - الكبروبرفيرية الوراثية (HCP) .
- *البرفيريات المكونة للحمر الكبدية Hepatoerythropoietic Prophyrias .*
  - البرفيرية المكونة للحمر الكبدية (HEP) .
- *البرفيريات الثانوية أو العرضية وبرفيريات أخرى .*

يترافق مع البرفيريات كل من الكحولية والانسمام ( بالمعادن الثقيلة وبخاصة الرصاص ) ، والمواد الكيميائية ، ومبيدات الهوام ( هكساكلوربنزن ) ، وأمراض الكبد والأمراض الدموية . وتُكتسب الأخيرة وتتظاهر كبيلات برفيرينية و/أو برفيرينيميات . ويمكن أن تشتمل الأسباب التالية : الأمراض الخمجية والأدوية ( المسكنات ، المركنات ، الصادات ، مشتقات السلفونيل يوريا ، الايزونيازيد ، الغريزيوفولفين ، الهرمونات الجنسية كالأستروجينات في مانعات الحمل الفموية ) ، والداء السكري ، والأورام الخبيثة ، واضطرابات استقلاب الحديد ( الداء الهيموسيدريني ، الصباغ الدموي ) ، والحمل وحالات المخمصة Starvation States .

**التشخيص** : إن العلامات الجلدية في المناطق المعرضة والتي تتفاقم بالتعرض للشمس تشير إلى البرفيريات . وتشبه الآفاتُ انحلالَ البشرة الفقاعي أو التهاب الجلد السمي الضوئي . ويجب أيضاً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث البرفيرية في المُلاَنات Melanoses وعند حدوث علامات التعرض للضياء بشكل مزمن ، والجلد الشيخوخي المبكر في الأشخاص اليافعين .

ويجب في مثل هذه الحالات فحص البول والبراز والدم لكشف البرفيرينات . ويجب أيضاً التحري عن التألق الأحمر للكريات الحمر .

**الوسمات الكيميائية** : توجد بالتوافق مع التصنيف المذكور أعلاه المظاهر المميزة التالية :

*البرفيرية المكونة للحمر الولادية :* تألق أحمر في الكرية الحمراء ، يوروبرفيرين I بالبول ، كوسنتاز مولد اليوروبرفيرين III في الكريات الحمر .

*البروتوبرفيرية المكونة للحمر :* تألق أحمر في الكريات الحمر ، بروتوبرفيرين في الكريات الحمر والبراز ، البول سلبي عادة .

*البرفيرية المتقطعة الحادة :* حمض دلتا – أمينوليفولينيك ومولد البرفوبيلين في البول .

*البرفيرية المتقلبة :* بروتوبرفيرين وكبروبرفيرين في البراز .

*البرفيرية الجلدية الآجلة :* يوروبرفيرين في البول ، لا يوجد مولد البرفوبيلين .

*الكبروبرفيرية الوراثية :* كبروبرفيرين في البول والبراز .

*البرفيرية المكونة للحمر الكبدية :* تألق أحمر في الكرية الحمراء ( أحياناً ) ، بروتوبرفيرينات في الكريات الحمر ، يوروبرفيرين في البول ، وبيلة برفيرينية بخماسي كربوكسي برفيرين بشكل رئيسي .

*البرفيريات الثانوية العرضية :* برفيرينات في الدم والبول . لا يوجد مولد برفوبيلين .

## البرفيريات المكونة للحمر Erythropoietic Porphyrias :

تظهر البرفيريات المكونة للحمر اضطرابات في استقلاب البرفيرين محددة بالتركيب الحيوي للهيم في خلايا الجملة المكونة للحمر .

والبرفيريات المكونة للحمر أكثر ندرة من البرفيريات الكبدية . وتتميز جلدياً بحساسية مفرطة للضوء تعزى للتفاعلات السمية الضوئية الناجمة عن تراكم البرفيرينات في الجلد .

### البرفيرية المكونة للحمر الولادية Congenital Erythropoietic Porphyria : [ Garrod ١٨٩٩ ، Gunther ١٩١١ ]

*المرادفات :* البرفيرية المكونة للحمر الولادية ، داء غونتر ، البرفيرية الولادية .

**التعريف** : مرض نادر جداً ذو وراثة جسدية صاغرة ، يتصف سريرياً بتبدلات جادعة في المناطق المعرضة للشمس ، وبإطراح مقادير كبيرة من اليوروبرفيرين I في البول ، وبفقر دم انحلالي .

**الحدوث** : تمَّ وصف ٨٠ حالة في الأدب الطبي . وتحدث الحساسية المفرطة لضوء الشمس منذ الولادة فما بعد . وتُحدث الآفات الجلدية بضوء الشمس .

**الإمراض** : يقتصر هذا الاضطراب بشكل رئيسي على الجملة المكونة للحمر في نقي العظم . والعيب الأساسي هو عوز متجانس الزيجوت في تميمة السِنتاز Cosynthetase لمولد اليوروبرفيرين III في كل الأنسجة . ويوجد في الهيموليزات Hemolysate والأرومات الليفية اضطرابٌ في التوازن بين سِنْتاز Synthetase مولد اليوروبرفيرين I وتميمة السِنتاز مولدة اليوروبرفيرين III . وبالنتيجة ترتفع بشدة محتويات البرفيرين في الأرومات الحمر والكريات الحمر ، وتطرح في البول مقادير عالية من البرفيرينات من النمط I .

**الموجودات السريرية** : تبدأ منذ الولادة . وتؤدي الحساسية الواضحة للضوء لعدم الارتياح والصراخ إذا تعرض مثل هذا الطفل للشمس .

*الموجودات الجلدية :* يحدث لدى المريض بعد فترة قصيرة من التعرض للشمس حس حكة وحَرق وحمامى وذمية ( صورة لنمط التهاب الجلد ) . وتحدث حويصلات تكون أحياناً نزفية في المناطق المعرضة للشمس وبشكل خاص على حواف الأذنين . ويمكن للصورة عندئذٍ أن تشابه انحلال البشرة الفقاعي أو الحصاف الوَقسي الشكل Hydroa Vacciniforme .

تحدث خلال سير المرض ندبات جدرية الشكل وتتطور إلى تندب شديد مع التصاق الأصابع وجدع شديد في آخر الأمر مع فرط اصطباغ ونقص اصطباغ . ويقود التأذي الجلدي الضوئي عادة إلى حاصة دائمة بالفروة ( متلازمة الثعلبة الكاذبة ) . ويوجد رهاب ضوء واضح .

*فرط الأشعار :* يكون من نمط الشعر الزغبي ويصيب الوجه والأطراف وبخاصة الساقين .

*احمرار الأسنان* ***Erythrodontia*** : يعني أن التألق الأحمر في الأسنان بالأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة ( الفحص بضوء وود ) موجودة ثابتة جداً . وما عدا ذلك ، تميل الأسنان لأن تكون صفراء أو مائلة للبني .

يحدث فقر دم انحلالي مزمن Chronic Hemolytic Anemia ( انحلال دم ضوئي ) وضخامة الطحال أثناء سير المرض ويتحسن أحياناً بعد استئصال الطحال .

التهاب الملتحمة والقرنية والشتر الخارجي والالتصاق الملتحمي عبارة عن علامات تفاعلية للتغيرات الالتهابية السمية الضوئية في العين .

**الموجودات المخبرية :**

*البول :* يأخذ لوناً أحمر فاتحاً إلى أحمر خمري ، ويبدي تألقاً أحمر شديداً . يزداد بوضوح اليوروبرفيرين I ، والكبروفيرين I بشكل أقل وضوحاً لكنه يبقى مميزاً . ولا توجد طلائع البرفيرين ( حمض دِلتا – أمينوليفولينيك ، مولد البرفوبيلين ) . ويكون اختبار الألدهيد لإهرليش **Ehrlish** سلبياً .

*البراز :* يزداد الكبروبرفيرين I أكثر من اليوروبرفيرين I .

*الكريات الحمر :* تُظْهِرُ كريات الدم الحمراء تألقاً أحمر ثابتاً ( لذا أتت تسمية تألق الكريات ) . ويرتفع البرفيرين ( يوروبرفيرين I ) بشكل جوهري ويحتمل حدوث فقر دم انحلالي .

*نقي العظم :* يحدث تألق قوي في نقي العظم وخصوصاً في الأرومات الحمر والكريات الحمر .

*الكبد :* لا تضطرب وظائف الكبد .

**السير** : يكون الجلاد الضوئي أقل وضوحاً في الشتاء . ويعتمد التندب جداً على الخمج الجرثومي الثانوي . ويؤدي التقرح والتندب اللاحق – أثناء سير المرض – إلى فقد الأظفار والجدع في المفاصل الطرفية للأصابع وغضروف الأنف والأذن مع الانعدام التام لقابلية التحرك . ونادراً ما يعيش المرضى لما بعد عمر الخمسين سنة .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث الحويصلات تحت البشرة ، مع زيادة التندب والتنكس الزجاجي في النسيج الضام كما في البروتوبرفيرية المكونة للحمر .

**التشخيص التفريقي** : يجب الأخذ بعين الاعتبار البرفيرية المكونة للحمر الكبدية بالإضافة إلى الأشكال الخثلية لانحلال البشرة الفقاعي ( تبدأ منذ الولادة ، وأيضاً على سطوح الاحتكاك السادة ) وجفاف الجلد المصطبغ .

**المعالجة** : لا توجد معالجة مثلى .

*الجهازية :* استئصال الطحال في حالة فقر الدم الانحلالي . وإن الحماية الضوئية بتأثير البيتاكاروتين ( ١٠٠ – ٢٠٠ مغ يومياً ) قليلة الفائدة . وقد نصح **Ippen** بتجربة الكلوروكين بإعطائه بجرعة منخفضة ( ٦٢,٥ – ١٢٥ مغ مرتين بالأسبوع ) .

*الموضعية :* تجنب ضوء الشمس ، والحماية المناسبة من الضوء بارتداء القفازات أو استعمال واقيات الشمس الفيزيائية أو الكيميائية التي تمتصُ **UVA** و **UVB** والضوء المرئي ، وتجنب حدوث الأخماج الثانوية في التآكلات البثرية الحويصلية ، ولبس النظارات الشمسية المحكمة .

**البروتوبرفيرية المكونة للحمر Erythropoietic Protoporphyria** : [ Kosenow و Treibs ١٩٥٣ ] .

مـرادفـات : البروتوبرفيرية المكونة للحمر P.Enythropoietica ، البروتوبرفيرية الكبدية الحمراء ، خلاد الضوئي البروتوبرفيرينيمي Protoporphyrinemic Light Dermatosis .

**التعريف** : اضطراب في استقلاب البرفيرين محدد وراثياً يترافق بحساسية للضوء ناجمة عن عوز إنظيم خالبة الحديد Ferrochelatase في المتقدرات . ويتميز الداء بوجود تراكيز عالية من البروتوبرفيرين في الكريات الحمر . ويبدأ عادة في الطفولة .

**الحدوث** : ليست نادرة جداً ( نحو ١/١٠٠,٠٠٠ من السكان ) ، ومهما يكن ، فهي لا تحدد بسهولة دائماً بسبب الأعراض الجلدية الضوئية المتعددة . ويورث الداء كخلة جسدية سائدة دون ارتباط بالجنس . وتحدث طفرات عفوية .

**الإمراض** : يشتق المرض من نقص وراثي في فعالية خالبة الحديد في المتقدرات والتي تُحَفِّزُ انجبال $Fe^{+2}$ ضمن البروتوبرفيرين ليتشكل بذلك الهيم . ومن الملاحظ أن تركيب الهيم يبدو طبيعياً في مثل هؤلاء المرضى لأنه لا يحدث فقر دم . ويمكن للكبد أيضاً أن يكون موضع التركيب الزائد للبروتوبرفيرين لأنه يمكن كشف عوز خالبة الحديد في خلايا الكبد والأرومات الليفية . وإن زيادة بروتوبرفيرين البلازما هو المسؤول بشكل رئيسي من الناحية الإمراضية عن التفاعلات السمية الضوئية بالجلد وليس زيادة بروتوبرفيرين الكرية الحمراء . وباعتبار أن البروتوبرفيرين يطرح عن طريق المسلك الصفراوي الكبدي فإنه لا يوجد إطراح زائد للبرفيرين في البول .

**الموجودات السريرية** : تنجم الصورة السريرية المتغيرة عن التشعيع بالأشعة UVA . ويوجد بشكل نمطي اعتمادٌ على الفصول ( الفصول المشمسة من السنة ) ، وبدءٌ للتفاعلات الحادة في الجلد بعد التعرض المباشر لضوء الشمس ، أو حتى عَبْر زجاج النوافذ والملابس الرقيقة في بعض الأوقات ، بالإضافة إلى التشعيع بالمصابيح المتألقة أحياناً . وفي الرضع يبدؤون بالصراخ عند التعرض للشمس خلال الصيف الأول من حياتهم ، ويعاني الأطفال الصغار من حس حرق في مناطق الجلد المعرضة لضوء الشمس .

ويستطيع المرء تمييز أشكال متعددة من التظاهرات الجلدية :

*نمط التهاب الجلد Dermatitis Type* : يتطور عند المريض حس حرق حاد وحكة حالاً بعد تعرض معتدل نسبياً لضوء الشمس ، والذي يحدث على الوجه ( الأنف ، منطقة الوجنة ، الذقن ، حواف الأذنين ) وعلى ظهر الأصابع واليدين ليُتبعَ بعد ساعات قليلة بحمامى ، ويترافق أحياناً مع وذمة كما في بدء التهاب الجلد الشمسي الحاد . ويمكن أن يستمر هذا لعدة أيام أو حتى أسابيع . وتحدث في الأطفال حويصلات مع تشكل جلبات وندبات ضمورية جدرية الشكل أثناء سير التفاعل وبخاصة على جسر الأنف والوجنتين وظهر الأصابع . وتعتبر هذه الندبات والشقوق الكاذبة حول الفم موجودات نمطية .

تبدي أحياناً مناطق الجلد المعرضة لضوء الشمس بشكل مزمن تسمكاً متحززاً في خطوط الجلد وتصبغاً . ( راجع الشكلين ٤٤ - ٢ و ٤٤ - ٣ ) .

*نمط الحكة Pruritus Type* : لا توجد علامات جلدية نوعية . ويذكر المريض بشكل شخصاني أن مناطق الجلد المعرضة للضوء تُظهر حكة أو حس حرق مزعجين بعد وقت قصير من التعرض البسيط النسبي للشمس .

*نمط الشرى Urticaria Type* : تظهر في المناطق المعرضة للشمس حمامى مرتفعة محمرة وانتبارات مترافقة مع حس حرق أو تخريش مزعج .

*نمط الوذمة الوعائية Angioedema Type* : تحدث بعد التعرض للشمس تورمات تحت الجلد على ظهر اليدين أو في المنطقة حول الحجاج أو على الوجنتين ، ولا يرافقها حمامى عادة ، وتشابه الوذمة الوعائية ( وذمة كوينكة ) . ( راجع الشكل ٤٤ - ٤ ) .

*نمط الحصاف الوقسي الشكل Hydroa Vacciniforme Type* : تظهر في بعض الأحيان مرحلة حويصلية أولية وتليها آفات حطاطية نخرية مع تشكل ندبات جدرية الشكل ، وتحدث بشكل رئيسي على الأجزاء القاصية للأنف وفصيص الأذن وعلى ظهر اليدين .

ومن المميز أيضاً أن نجد فرط أشعار في الناحية الصدغية أو الوجنية . وخلافاً للبرفيرية المكونة للحمر الولادية ، فإن احمرار الأسنان والتألق في الجلد يكونان غائبين .

ويوجد في المرضى الكبار زيادة في إصابة الشفتين على هيئة شقوق كاذبة . كما توجد ثخانة ثؤلولية الشكل منتشرة أو خشونة في جلد جوانب ظهر الأصابع ، وخصوصاً فوق المفاصل السِنْعية ، متماثلة مع الأعراض الجلدية المشاهدة في الداء البروتيني الشحماني ( التنكس الهياليني الجلدي المخاطي ، متلازمة أورباخ - وايت ) ، والتي هي سريرياً ونسيجياً عبارة عن داء بروتيني شحماني نمطي مع حساسية ضوئية أو تنكس

هيـاليـني محرض بـالضيـاء . ( راجع الفصـل ٤٢ والشكـل ٤٤ ــ ٥ ) .

**الموجودات المخبرية** : يبدي المريض ، وفي كثير من الأحيان أقرباؤه ، زيادة مهمة في تراكيز البروتوفيرين في الكريات الحمر والمصورة الدموية والبراز . ويمكن ألّا توجد زيادة بالبرفيرين في واحد من هذه الجوبات الثلاثة . وتكون فحوصات البول للبرفيرينات سلبية عادة وذلك لكون البروتوبرفيرينات تُطرح عن طريق الصفراء .

*البول :* اللون طبيعي ، ولا توجد زيادة في إطراح البرفيرينات أو طلائع البرفيرين .

*البراز :* إن زيادة البروتوبرفيرين والكبروبرفيرين شائعة إلى حدٍ ما .

*الكريات الحمر :* يشاهد تألق أحمر برتقالي في الكريات الحمر ( الكريات المتألقة ) مع طيف اشتدادي عند ٤٠٠ نانومتر بالمجهر المتألق ، وهذا يزود بفحص سريع وحساس يُعتمد عليه في إقرار وجود البروتوبرفيرية المكونة للحمر . ومن المهم أيضاً معرفة أن تألق الكرية الحمراء في البروتوبرفيرية المكونة للحمر يتلاشى بعد ١٠ ــ ١٥ ثانية ، مقارنةً مع تألق الكريات الحمر المستمر في البرفيرية المكونة للحمر الولادية . ولا يمكن كشف الكريات المتألقة دوماً ، فإذا كان ملائماً ، يمكن أن يكون تكرار الفحص ضرورياً .

كيميائياً حيوياً : يكون مستوى البروتوبرفيرين في الكرية الحمراء مرتفعاً بلا جدال .

*المصورة الدموية :* يزداد البروتوبرفيرين .

*نقي العظم Bone Marrow :* يجب في الحالات التي يكون فيها تألق الكرية الحمراء سلبياً إجراء فحص تألق الأرومات الحمر .

*فحص الجلد :* إحداث الانتبارات المميزة المترافقة مع الحكة بوساطة طيف UVA والقريب من الضوء المرئي أو المصادر الأخرى للأشعة UVA .

**الأعراض** : لا تتبدل الصحة العامة جوهرياً . والأعراض المميزة هي حس حرق أو حكة حارقة واضح مرافق لحدوث الأعراض ، أو الهجمات الناتجة عن التعرض للشمس . ويمكن في الأشكال الشديدة أيضاً ملاحظة أعراض عامة حادة كالأرق ، واضطرابات حركية ، وهَيُوجيَّة ، وهي تتراجع بسرعة . وتتطور لدى المرضى أيضاً تبدلات كبدية قد تمتد حتى درجة تشمع كبد مميت .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الحويصلات تحت بشروية . ويوجد حول الشعريات في الطبقة الحليمية وفي أعلى الأدمة الشبكية تثخنٌ في الصفيحة القاعدية . ويُظهر المجهر الإلكتروني طبقات متعددة تقود إلى توضع مادة عديمة الشكل متفاعلة بقوة مع الباس PAS ومحددة كيميائياً نسيجياً بكونها بروتينات سكرية مشابهة لتلك الموجودة في متلازمة أورباخ ــ وايت . ويمكن أيضاً كشف الغلوبولينات المناعية وبشكل خاص في الأوعية الأصغر . وعلى أية حال ، خلافاً للاضطراب الأخير تقتصر التبدلات على المناطق المعرَضة للضوء . ويتعلق ظهور البروتينات السكرية المصلية في النسيج بالتفاعلات السمية الضوئية المُسَبِّبة عن زيادة النفوذية الوعائية ، والتي تترافق بالتكاثر المتجدد في الصفيحة القاعدية حول الوعائية .

**السير والإنذار** : سير المرض مختلف . وأحياناً كثيرة تصبح التظاهرات السريرية في الكهول خفيفة أو غائبة ، بالرغم من استمرار الاضطرابات باستقلاب البرفيرين . وإن الإنذار العام جيد بالرغم من إمكانية حدوث تحصٍّ صفراوي أو التهاب المرارة ، وأحياناً إصابة الكبد مع ميل للتشمع الذي هو نتيجة لزيادة حِمْل الكبد للبروتوبرفيرين .

**التشخيص التفريقي** : يجب الانتباه للحدوث الفصلي للأعراض الجلدية واعتمادها على التعرض للضوء . ويتم التمييز عن البرفيريَات الأخرى بسرعة بناء على القصة والموجودات السريرية والمعطيات المخبرية . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد بالتماس ، والوذمة الوعائية ، والجلاد الضيائي متعدد الأشكال ، والشرى الشمسي . وتساعد الخزعة النسيجية واختبار تألق الكرية الحمراء على التشخيص .

ليس صعباً التمييز عن الكبروبرفيرية المكونة للحمر لـ Heilmeyer ١٩٦٣ ــ الكبروبرفيرية المكونة للحمر الولادية ــ التي لم تتأكد استقلاليتها بعد . وفي هذه الحالة المشابهة سريرياً للبروتوبرفيرية المكونة للحمر يُرجح أيضاً كونها مرضاً وراثياً جسدياً سائداً ، حيث تُظهر الكريات الحمر تألقاً أحمر عائداً لزيادة الكبروبرفيرين III ، في حين يجب أن يبقى تركيز البرفيرين في البول والبراز طبيعياً .

**المعالجة** :

*الجهازية :* لا توجد معالجة فعّالة لأن إعاضة الإنظيم غير ممكنة . ومن الملائم تجربة إعطاء البيتاكاروتين ( ١٠٠ ــ ٣٠٠ مغ يومياً ) في الأشهر المشمسة مع الفحص المناسب لوظيفة الكبد . ويمكن أيضاً تجربة الكلوروكين كما في البرفيرية الجلدية الآجلة ( يوصف بمقدار منخفض بسبب التأثيرات الجانبية السمية الناجمة عن التحريك الكتلي للبرفيرين في بعض الحالات ) . ومن جهة أخرى يجب وصف مضادات الهيستامين قبل التعرض للشمس أو إذا وجدت حكة واضحة .

الموضعية : تطبق واقيات الشمس أو حاصرات الشمس ذات عامل الوقاية المرتفع (٢٠ – ٣٠) والتأثير المرشح في نواحي UVA و UVB ، بالإضافة للستر ( مموهات ، إلخ ) .

## البرفيريات الكبدية Hepatic Porphyrias :

يكمن العيب في البرفيريات الكبدية في الكبد بشكل رئيسي ، ولكنه يمكن في الكريات الحمر أحياناً . ويمكن لطرائق ذات حساسية مناسبة أن تكشف أيضاً اضطرابات في الكرية الحمراء .

وفي البرفيريات الكبدية الحادة يقود العيب الإنظيمي الوراثي البدئي إلى اضطرابِ التنظيم الجزيئي ، والتحريضِ على تركيب حمض دلتا – أمينوليفولينيك في المتقدرات في الكبد .

أما في البرفيريات الكبدية المزمنة – والتي أساسها أذية الكبد المزمنة – فلا تتأثر آليات تركيب البرفيرين والهيم ، وإنما الحديثة هي عبارة عن مرض الغشاء ( أذية الخلية الكبدية وعيب في نازعة كربوكسيل مولد اليوروبرفيرين ) .

البرفيريات الكبدية أكثر شيوعاً من البرفيريات المكونة للحمر . والأعراض الجلدية التي تدل على زيادة الحساسية لضوء الشمس ليست دائماً موجودة في هذه الحالات .

غالباً ما تحرش البرفيريات الكبدية ، التي يحتمل فيها الأساس الوراثي ، بعوامل مثيرة خارجية .

*العوامل السمية التي يمكن أن تحدث علامات سريرية في البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية المتقلبة والكبروبرفيرية الوراثية هي :*

*المنومات :* الباربيتورات ، غلوتيتاميد ، ميتيبريلون ، كاربرومال ، إلخ .

*مضادات الالتهاب :* مشتقات الفينيل بوتازون والبيرازولون .

*المسكنات والمخدرات :* هالوتان ، كيتامينات ، بنتازوسين ، إلخ .

*الأدوية الموجهة النفسية psychotropic :* ديازيبينات ، ميبروبامات ، ايميبرامين ، نيكوتيناميد ، إلخ .

*مضادات الاختلاج :* هيدانتوئين ، تريميتادون ، إلخ .

*الستيروئيدات :* استروجينات ، مانعات الحمل الفموية .

*الأدوية المضادة للجراثيم :* سلفوناميدات ، غريزيوفولفين ، كلورامفينيكول ، بيرازيناميد ، إلخ .

*الأدوية المضادة للسكري :* تولبوتاميد ، كلوربروباميد .

*أدوية أخرى :* أرغوتامين ، ميتيل دوبا ، مشتقات التيوفيلين ، خلاصات السرخس Fern ، طاردات الديدان .

*عوامل خطورة أخرى :* الكحول ، المعادن الثقيلة ، قوت منخفض السُعرات ( الكالوري ) .

## البرفيرية المتقطعة الحادة Acute Intermittent Porphyria :

*المرادفات :* البرفيرية الحادة المتقطعة ، البرفيرية الكبدية الحادة .

**التعريف :** برفيرية شائعة بشكل معتدل ، وتحدث بشكل حاد ، وذات وراثة جسدية سائدة . تُثار عادة بالأدوية أو بالدورة الطمثية لدى النساء ، أو بالكحول . وهي لا تترافق بحساسية ضوئية .

**الحدوث :** يصيب هذا المرض الحاد ٦٠٪ – ٧٠٪ من المرضى المصابين ببرفيريات كبدية وبشكل رئيسي النساء ( بنسبة ٤ : ١ تقريباً ) . ويتراوح عمر البدء عادة بين ٢٠ – ٤٠ سنة . والبرفيرية المتقطعة الحادة مرض وراثي جسدي سائد تؤدي عوامل مثيرة داخلية أو خارجية لإظهاره . ويمكن للمرضى ذوي الداء الكامن أن يُبدوا ارتفاعاً في إطراح مولد البرفوبيلين في البول .

**الإمراض :** المرض وراثي ويبدي أشكالاً مختلفة من التعبير والنفاذ . ويكون تنظيم تركيب البرفيرين مضطرباً بشكل أساسي ( عيب بدئي في سنتِتاز مولد اليوروبرفيرين I في الكريات الحمر والكبد والأرومات الليفية ) مع وجود إنتاج زائد وتراكم لطلائع البرفيرين عديمة اللون ، وبشكل رئيسي حمض دلتا – أمينوليفولينيك ( تزداد كثيراً جداً فعالية سنتِتاز حمض دلتا – أمينوليفولينيك ) ومولد البرفوبيلين ( زيادة فعالية مع تميم سنتِتاز Cosynthetase مولد اليوروبرفيرين ) .

**الموجودات السريرية :** نادراً ما تُحدث البرفيرية المتقطعة الحادة آفات جلدية فقط والتي تتظاهر عادة كفرط اصطباغ خفيف ، وتوجد في الأماكن المعرضة للشمس بشكل رئيسي . وتوجد نقطة هامة هي إمكانية حدوث تظاهرات عصبية نمطية في هذا المرض كما في البرفيرية المتقلبة . وقد تحدث تقرحات في الجلد . ( راجع بحث البرفيرية الجلدية الآجلة ) .

نادراً ما يتظاهر الداء قبل البلوغ . ويمكن أن يبقى موجوداً بشكل كامن طوال الحياة أو أن يثار بعوامل مختلفة . ويرجح أن الإنتاج الزائد لطلائع البرفيرين يقود إلى تأذي الجهاز العصبي . من أجل العوامل المثيرة الرئيسية راجع الجدول في بحث البرفيريات الكبدية .

توجد أعراض متعددة مميزة للبرفيرية المتقطعة الحادة :

*أعراض بطنية :* تعتبر هجمات الألم المغصي في البطن نمطية .

وليس ممكناً في كل حالة تأكيد وجود علاقة بين مقدار إطراح مولد البرفوبيلين والبرفيرين في البول وشدة الهجمة الحادة للألم . وإن أشيع التشاخيص الخاطئة الحاصلة هي التهاب المرارة الحاد ، أو التهاب الحويضة أو التهاب البنكرياس الحاد ، والتهاب الزائدة الدودية الحاد ، أو العِلَوْص Ileus الحاد وأحياناً مع دفاع بطني . ويمكن أن يترافق المغص البطني بإقياء وإمساك شديدين ( مُثَلَّث غونتر ) .

*أعراض قلبية وعائية :* العرض الشائع بشكل خاص هو تسرع القلب إضافة إلى ارتفاع ضغط الدم .

*اعتلال عصبي محيطي **Peripheral Neuropathy** :* يمكن أن يؤدي لشلل حركي شامل خلال أيام قليلة أثناء الهجمة الحادة ، ويصيب العضلات في الأطراف ، والعضلات التنفسية ، والحنجرة ( عسر تصويت ) والأعصاب القحفية . وقد يقود الاعتلال العصبي الحسي إلى خلل حسّي أو مذل أو فرط حس أو زوال حسّ الألم خصوصاً في الساقين ، بالرغم من أن هذا الاعتلال نادر .

تُعدّ التظاهرات في الجهاز العصبي المستقل مسؤولة عن تسرع القلب ، أو ارتفاع ضغط الدم ، أو التعرق الغزير أو التبدلات في الدوران الدموي الجلدي .

*الأعراض العصبية المركزية :* وتتجلى كأعراض عصابية أو اكتئابية .

*وظيفة الكبد :* رغم أن زيادة إطراح البرفيرينات وطلائع البرفيرين تُشتق من الكبد فإن اضطراب الوظيفة الكبدية لا تتناسب والصورة السريرية .

تختلف أعراض المرض بين المرضى وحسب توضع المرض في الجهاز العصبي . وهذا يفسر حقيقة أن المرضى يستشيرون من أجل آلامهم ومشكلاتهم اختصاصيين في الطب الباطني أو جراحين أو أطباء نفسانيين أو أطباء أعصاب أو أطباء نسائيين . ومن المميز وجود اختلافات واضحة في الموجودات الكيمياحيوية .

**الموجودات المخبرية :**

*البول :* اللون خمري أو بني محمر . ويمكن أن يغمق البول أيضاً بعد ركوده في الهواء بسبب الانقلاب غير الإنظيمي لمولد البرفوبيلين إلى برفوبيلين . ويكتسب البول لاحقاً لوناً أسود بنياً نمطياً . ويُظهر البول تألقاً أحمر بالأشعة فوق البنفسجية . ويكون اختبار **Watson – Schwartz** أو **Hoesch** المطبق على البول الطازج إيجابياً أثناء الهجمات . ويُظهر التحليل الاستشرابي **Chromatographic** ارتفاعاً واضحاً في حمض دلتا – أمينوليفولينيك ومولد البرفوبيلين مع ارتفاع بسيط أو معتدل لليوروبرفيرن **III** والكبروبرفيرين **III** بالإضافة إلى ثلاثي وخماسي وسباعي كربوكسي برفيرنيات .

*البراز :* طبيعي عادة ولكن توجد في بعض الأوقات زيادة خفيفة بتراكيز البرفيرين .

*الكريات الحمر :* لا يوجد تألق في الكرية الحمراء .

*مصل الدم :* ليس له أهمية تشخيصية .

**التشريح المرضي النسجي :** توجد أكثر التبدلات تميزاً في الأعصاب وتشمل تدمير النخاعين ، وانحلال الكروماتين ، والتفجي **Vacuolization** في الهيولى وتدمير الخلية العصبية .

**السير :** يختلف حسب شدة المرض . ومن المهم أن تجتنب بشدة كل العوامل المثيرة ، والمعالجة بانتباه أثناء الأطوار الحادة .

**التشخيص التفريقي :** البرفيرية المتقطعة الحادة مقلد كبير للأمراض العصبية والقولنجية . ومن المهم أيضاً تمييزها عن الانسمام بالرصاص والذي يتصف أيضاً بهجمات بطنية واعتلال أعصاب محيطية .

**المعالجة :** يُقبل المرضى في المشفى مع مراقبة مُركَّزة أثناء الأطوار الحادة . ومبادىء المعالجة هي التالية : تثبيط سنثاز حمض دلتا – أمينوليفولينيك بتسريب كميات مناسبة من الغلوكوز ( ٤٠٠ – ٦٠٠ غ يومياً ) والسوائل ( ٢ – ٣ ليترات يومياً ) ، والهياتين Hematin ( ٢٥٠ – ٥٠٠ مغ يومياً ) ، والسيتوكروم C ( ١٥ مغ يومياً ) ، مع مناطرة كهارل المصل . وإذا وجد تسرع قلب أو ارتفاع ضغط الدم يجب أن يعطى البروبرانولول ( ٥٠ – ٢٠٠ مغ يومياً ) والرزربين ( ٠,٥ مغ يومياً ) ، أو يعطى البروستغمين في حالة وجود أعراض العِلَوْص ( نحو ١ مغ يومياً ) ، أو إذا وُجد هياج وغثيان فيعطى الكلوروبرومازين ( ١٠٠ مغ يومياً ) . وإذا وجد ألم فقد يتطلب إعطاء الأسبرين أو مشتقات المورفين بالإضافة إلى الكورتيكوستيروئيدات السكرية . ومن المهم تجنب الأدوية المثيرة للبرفيرية مثل الباربيتورات ومشتقات السلفونيل يوريا والأستروجينات .

**البرفيرية المتقلبة Variegate Porphyria :**

*المرادفات :* البرفيرية المتقلبة **P. Variegata** ، البروتوكبروبرفيرية الوراثية ، البرفيرية الكبدية المختلطة ، البرفيرية الجنوب أفريقية الوراثية .

**التعريف :** هي اضطراب في استقلاب البرفيرين . يكمن العيب الإنظيمي البدئي فيه بأكسيداز مولد البروتوبرفيرين ، وتشترك بعلامات سريرية مع البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية الجلدية الآجلة ( كما سيأتي ) .

**الحدوث** : نادرة نسبياً . وسُجِّل تواترها بنحو ٥٪ من كل حالات البرفيرية الكبدية . وقد سُجِّلت حالات كثيرة من جنوب أفريقيا . وفي ١٣ عائلة ذات صلة قربى أظهر ٢٣٦ فرداً في قسم منهم برفيرية متقطعة حادة وفي قسم آخر برفيرية متقلبة . وكانت الهجمات الحادة أكثر تكراراً في النساء ، بينما كانت تبدلات الجلدية أكثر تكراراً في الرجال . ويتراوح عمر البدء عادة بين ٢٠ و ٤٠ سنة من العمر ، والوراثة هي جسدية سائدة .

**الإمراض** : يوجد عيب أساسي في أكسيداز مولد البروتوبرفيرين . وكنتيجة له يوجد توضع للبروتوبرفيرين في النسج . وتوجد زيادة في إطراح البروتوبرفيرين والكبروبرفيرين في البراز .

**الموجودات السريرية** : يمكن للداء أن يأخذ أشكالاً مختلفة . وفي الحالات المميزة تحدث الأعراض الجلدية للبرفيرية الجلدية الآجلة مع قصة هجمات مشابهة كثيراً لتلك في البرفيرية المتقطعة الحادة . ويمكن أن تَسبق الأعراضُ الجلدية الهجماتِ الحادة أو أن تليها . وفي نحو ٣٠٪ من الحالات تشاهد فقط التظاهرات الجلدية ، في حين لا توجد تبدلات جلدية في ١٥٪ من المرضى تقريباً .

*التظاهرات الجلدية :* تتطابق مع الصورة السريرية للبرفيرية الجلدية الآجلة ، التي سترد بالتفصيل لاحقاً . وتبدأ الأعراض الجلدية عادة بين عمر ٢٠ سنة و ٣٠ سنة . وهي تقتصر على الأماكن المعرضة للشمس ( الوجه ـ ظهر اليدين ) .

*الهجمات الحادة :* تتطابق الأعراض في الهجمات الحادة مع تلك المميزة للبرفيرية المتقطعة الحادة . وتلاحظ كنوبات ألم بطني ، واضطرابات في الجملة العصبية المستقلة ، واعتلال عصبي محيطي ، وأعراض للجملة العصبية المركزية .

يمكن أن تثار الهجمات في البرفيرية المتقلبة بعوامل خارجية كما في البرفيرية المتقطعة الحادة وبخاصة الأدوية ( راجع الجدول في بحث البرفريات الكبدية ) ، أو الكحول ، أو المخمصة .

**الموجودات المخبرية :**

*البول :* أثناء الهجمات الحادة يكون البول غامقاً أو أنه يصبح غامقاً ( بلون خمري ) عند ركوده . وإن التألق الأحمر بالأشعة فوق البنفسجية نمطي . ويكون اختبار مولد البرفوبيلين ( اختبار الالدهيد لإهرليش ) إيجابياً . وأيضاً يكون اختبار Watson – Schwartz أو Hoesch إيجابياً . واستشرابياً ، يكون تركيز حمض دلتا ـ أمينوليفولينيك ومولد البرفوبيلين مزداداً كثيراً جداً . وتعد بيلة البرفيرين مع سيطرة جزء الكبروبرفيرين نمطية ، ويوجد إطراح كثلي لطلائع البرفيرين وحمض دلتا ـ أمينوليفولينيك ومولد البرفوبيلين .

*البراز :* يوجد إطراح زائد للبرفيرينات خصوصاً البروتوبرفيرين والكبروبرفيرين . وأثناء الهجمات الحادة يزداد الكبروبرفيرين III ، بينما في أطوار الهوادة ينطبق هذا على الكبروبرفيرين III ، ولكن أيضاً على البروتوبرفيرين III بشكل خاص . وهذا أيضاً ذو أهمية للتشخيص التفريقي عن الكبروبرفيريات الوراثية التي يسيطر فيها إطراح الكبروبرفيرين في البراز . ويمكن أيضاً للبرفيرينات X ( مقترنات البرفيرين ـ ببتيد ) أن تزداد بشكل كبير .

*الكريات الحمر :* لا يوجد تألق للكرية الحمراء .

**السير** : يجب أن يوضع الإنذار بحذر . وباعتبار أن المرض نادر فليست الإفادة الدقيقة ممكنة . وقد لوحظت حالات استمرت أكثر من عشر سنوات .

**المعالجة** : تتوافق المعالجة في الهجمات الحادة مع المعالجة في البرفيرية المتقطعة الحادة . وإن الوقاية من الهجمات الحادة هامة وتكون بتجنب الأدوية المثيرة ، وبخاصة الباربيتورات ، والسلفوناميدات ، ومشتقات السلفونيل يوريا والاستروجينات . ويمكن لمانعات الحمل الفموية أيضاً أن تفاقم البرفيرية المتقلبة . ولقد تبين أن مثل هذه المشاركات الهرمونية يمكن أن تَحثّ تركيب حمض دلتا ـ أمينوليفولينيك في خلايا الكبد في مُضَغ الطيور . ومن جهة أخرى ، فالمعالجة كما في البرفيرية الجلدية الآجلة ، وخصوصاً بالفَصْد المتكرر ووسائل الوقاية من الضوء . وتوجد بعض الخبرة بالكلوروكين . ويجب أن يوصى المريض بضرورة تجنب الأذيات الضوئية والميكانيكية للجلد في المناطق المعرضة للشمس . ويُنصح بفحص أفراد العائلة فيما يخص البرفيرية المتقلبة .

**البرفيرية الجلدية الآجلة Porphyria Cutanea Tarda** : [ Gunther ١٩٢٢ ، Waldenstrom ١٩٣٧ ] .

*المرادفات :* البرفيرية الكبدية المزمنة ، متلازمة البرفيرية المزمنة ، جلاد البرفيرين الفقاعي الرضحي ـ الضوئي ( Tappeiner ١٩٥٣ ) ، البرفيرية الفقاعية الولادية الآجلة .

**التعريف** : هي اضطراب مزمن متعدد الأسباب يصيب التركيب الحيوي للبرفيرين ، ويُعزى لعوز نازعة كربوكسيل مولد البرفيرين III في خلايا الكبد مع حدوث موجودات نمطية بالجلد والكبد ، بالإضافة إلى إطراح واضح لليوروبرفيرين في البول . ومن الممكن أن تُثار بالتحريض طويل الأمد بعوامل سمية خارجية المصدر .

**الحدوث والإمراض** : يُقَدَّرُ تواتر حدوث البرفيرية الجلدية الآجلة في الكهول بين عمر ٤٠ سنة و ٧٠ سنة بنحو ١٪ من

السكان . وهذه أشيع أشكال البرفيرية المشاهدة من قبل أطباء الجلد وتعادل ٣٠٪ – ٤٠٪ تقريباً من كل البرفيريات . وخلافاً للبرفيريات المكونة للحمر تحدث التظاهرات الأولى عادة بعد عمر ٣٠ سنة . وتصيب الرجال أكثر من النساء بنسبة ( ٢ : ١ تقريباً ) ، بالرغم من أن النساء يصبن بشكل متكرر ومتزايد . ويوجد شكلان وراثيان : أحدهما جسدي سائد ذو عيب متجانس الزيجوت بنازعة كربوكسيل مولد اليوروبرفيرين III ، والآخر جسدي صاغر مع عيب متجانس الزيجوت بهذا الإنظيم ( البرفيرية المكونة للحمر الكبدية التي ستبحث في نهاية هذا الفصل ) . وإن الشكل المكتسب الفرادي أو العرضي يثار بعوامل ذات سمية كبدية . والشكل الأخير هو تظاهرة مثارة بعوامل خارجية المصدر لاضطراب محدد وراثياً ولكنه كامن سريرياً في التركيب الحيوي للبرفيرين .

يمكن في كل حالات البرفيرية الجلدية الآجلة كشفُ أذية كبدية مزمنة والتي تختلف بشكل كبير في النوع والشدة ( كبد شحمي ، التهاب كبد مزمن فعال ، تشمع كبدي ) .

ويبدو أن أذية الخلية الكبدية هي الأساس الكبير في إمراض البرفيرية الجلدية الآجلة والتي يوجد فيها نقص ( ٥٠٪ تقريباً ) بفعالية نازعة كربوكسيل مولد اليوروبرفيرين III . وحسب رأي Doss وزملائه يمكن أن تحدث البرفيرية الكبدية المزمنة بأربعة أنماط A – D . فالنمطان A و B يبديان فقط مراحل تمهيدية وتقهقر تكتشف كيميائياً حيوياً ، بينما يتوافق النمط C مع البرفيرية الجلدية الآجلة الكامنة ، والنمط D مع المرض السريري .

يبدو أن زيادة تركيز البرفيرين في الأنسجة – خصوصاً في الجلد – هي المسؤولة عن الأمراض النمطية في الأماكن المكشوفة . ولقد تبين أن الحساسية غير الطبيعية للضوء تتطابق مع ذروة الامتصاص في جزيء البرفيرين . ويلاحظ أنه لا يوجد إحداث للحويصلات فقط بل وأيضاً تحريضها بالرضح الآلي البسيط . وقد شُخصت في الماضي حالات كثيرة خطأ على أنها انحلال بشرة فقاعي آجل ( مكتسب ) . وليس سبب ازدياد الهشاشة الجلدية واضحاً . ومن المحتمل وجود اضطرابات في النفوذية الوعائية . تنجم الحويصلات عن انفصال في التماسك الأدمي – البشروي في الجلد . وقد تكتشف الغلوبولينات المناعية (IgG) في منطقة الغشاء القاعدي ، رغم أن أهميتها الإمراضية غير مؤكدة . ومن الممكن أن توجد حدثيات مناعية محرضة بالتفاعل السمي الضوئي ، مثال : تفعيل عوامل المتممة . وأخيراً من الملاحظ أن السرطانة البدئية في الكبد أكثر تكراراً في البرفيرية الجلدية الآجلة .

**السببيات** : يفترض أن عوامل وراثية هي المسببة للبرفيرية الجلدية الآجلة ( البرفيرية الجلدية الآجلة الوراثية ) . وترى معظم الحالات كبرفيرية جلدية آجلة عرضية . وإن الكحولية وأمراض الكبد المزمنة هامة بشكل بارز . على أية حال ، يمكن أيضاً أن يحدث انسمام كبدي مزمن بفعل الأدوية ( باربيتورات ، هيدانتوئينات ، زرنيخ ، هرمونات ستيروئيدية ومانعات الحمل الفموية ) . وقد حدث في تركيا وباء كبير ، وبخاصة في الأطفال ، وكان مسبباً عن القمح المعالج بالهيكساكلوروبنزين ( البرفيرية التركية ) . وعرف أيضاً أن التماس المهني بالهيدروكربونات المكلورة الأخرى يؤدي للبرفيرية الجلدية الآجلة ( ثنائي الفَنيلات متعددة الكَلْوَرة Polychlorinated Biphenyls وكلوريد الفاينيل ) . ويمكن لأورام الكبد والقناة الصفراوية أن تكون أساساً لتشخيص البرفيرية الجلدية الآجلة العرضية ، مثلما يستطيعه الحثّ الاستروجيني العلاجي في المرضى المصابين بسرطانة موثية . ويمكن للكلوروكين أن يثير سورات مؤقتة . وإن الداء السكري أيضاً أكثر تكراراً في هذا المرض .

وقد وصفت تبدلات جلدية للبرفيرية الجلدية الآجلة في المرضى الخاضعين للديال الدموي **Hemodialysis** لمدة طويلة بوجود اضطرابات بسيطة في استقلاب البرفيرين أو عدمها . ( راجع الشكلين ٤٤ – ٦ و ٤٤ – ٧ ) .

**الموجودات السريرية** : تتميز الصورة السريرية في البرفيرية الجلدية الآجلة بتغيرات جلدية ، واضطرابات استقلابية كبدية ، وبيلة برفيرينية . والأعراض العصبية غائبة .

*الموجودات الجلدية :* تتوضع الآفات على الأماكن المكشوفة ( ظهر اليدين ، الوجه ، مؤخر العنق ، المناطق الخالية من الشعر في الصلع ، حواف الأذنين ) ، وهي معتمدة على الفصول ( الربيع والصيف ) . ويلاحظ أيضاً أنها تثار بالرضح الآلي البسيط .

*الآفات الفقاعية التآكلية* ***Bullous Erosive Lesions*** *:* تكون نمطيةً وخصوصاً في الأماكن المفضلة وبشكل رئيسي على ظهر اليدين والأصابع ( إصبع الإبهام والسبابة ) ، حيث تتشكل فقاعات غير التهابية متوترة صغيرة أو كبيرة استجابة للأذيات الصغرى كالضغط أو الرضح ، وتكون ذات محتوى مصلي أو نزفي محمر . ويختلف حجم هذه الحويصلات ما بين ٢ مم و ٣ سم ، وتكون الحويصلات المتوترة نفسها ذات شكل غير منتظم . ويؤدي الضغط على الحويصلات لاتساعها ( ظاهرة نيكولسكي II ) . وينتج عن تمزق وتخرب الفقاعات تآكلات تغطيها قشور نزفية تندمل ببطء شديد . ويمكن أن تسيطر التآكلات العميقة والجلبات النزفية على الصورة السريرية لاحقاً . ونادراً ما تشاهد الحويصلات على الرأس والعنق . كما

يلاحظ ندرة حدوث الخمج الجرثومي الثانوي في الآفات حسية . ويحدث الاندمال مع ضمور خفيف ، وتندب ، وفرط اصطباغ بقعي أو نقصه . ويمكن أن توجد في مثل هذه سببات دُخينات بعد فقاعية Postbullous Milia بأعداد غزيرة ، وهي لذلك علامات تشخيصية هامة .

ـلان ، *فرط الأشعار والزراق الوجهي* ***Melanosis, Hypertrichosis and Facial Cyanosis*** : هذه تبدلات تصية مرافقة إضافية . ويكون الملان منتشراً ويصيب الوجه والعنق . وإن فرط الأشعار مميز أيضاً ويظهر في الحاجبين والمنطقة الوجنية ، بينما تصاب الوجنتان خصوصاً في النساء . ويمكن للزراق الوجهي أو انتشار التلون **Suffusion** أن يترافق بتورم وذمي في الأجفان وبالتهاب ملتحمة . وهذا يشابه جزئياً لوجوه في الكحوليين .

*تبدلات الجلدية السفعية المزمنة* ***Chronic Actinic Skin Changes*** : يبدو المرضى بالبرفيرية الجلدية الآجلة أكبر عمراً مما هم حقيقةً ، ويظهرون تبدلات جلدية مماثلة للجلد المعرض للشمس بشكلٍ مزمن . ويشاهد جلد مُعَيَّني واضح في مؤخر العنق ، وأحياناً يشاهد مران شمسي منتشر على الوجه والمنطقة الصدغية ، وأيضاً ، أحياناً ، يشاهد مران شمسي مع كيسات وزؤانات (Favre – Racouchot) ، وبسبب الأذية السفعية المتزايدة بفعل البرفيرينات الفعّالة ضوئياً في الجلد .

*تصلب الجلد الكاذب* ***Pseudoscleroderma*** : يتطور في حالات نادرة تصلب وتثخن بالجلد في الأماكن المعرضة للضوء . ويحدث هذا بخاصة على جانبي الوجه والرأس مشابهاً تصلب الجلد المجموعي المترقي سريرياً ونسيجياً معاً . وقد دُعيت الحالات بالبرفيرية المتصلبة **Scleroporphyria** . إلا أن التآكلات المتجلبة النزفية أو التقرحات السطحية بعد الفقاعية والندبات المحددة هامة تشخيصياً فهي ليست جزءاً من الصورة النمطية لتصلب الجلد المنتشر . وقد سُجل حدوث تصلب الجلد المجموعي المترقي والبرفيرية معاً . ويجب أيضاً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية الإصابة بالبرفيرية المكونة للحمر الكبدية في مثل هذا الطراز من الأعراض . ( راجع الشكلين ٤٤ – ٨ و ٤٤ – ٩ ) .

**الموجودات المخبرية :**

*البول* : بني بلون الجعة مع تألق أحمر بضوء وود . ويوجد إطراح زائد إلى كتلي لليوروبرفيرينات (I<III) وسباعي برفيرين ، وقليل من الكبروبرفيرين III . ولا توجد طلائع البرفيرين .

*البراز* : يكون إطراح البرفيرين في البراز على شكل كبروبرفيرين III بشكل أولي . ولا يطرح البروتوبرفيرين III بكميات مزدادة – خلافاً للبرفيرية المتقلبة – ولا توجد برفيرينات X .

*المصل* : يوجد أحياناً ارتفاع في ناقلات الأمين و GT–γ وارتفاع في مستويات حديد المصل . ويزداد اليوروبرفيرين I .

*الكريات الحمر* : محتوى البرفيرين طبيعي ، ولا يوجد تألق في الكرية الحمراء .

*الكبد* : يوجد تألق أحمر في نسيج الكبد ( خزعة بالإبرة ) بالأشعة UVA ( ٣٦٠ ن م ) . وارتفاع بتراكيز اليوروبرفيرين والكبروبرفيرين من النمط III ، وخصوصاً سباعي كربوكسي برفيرين .

*نقي العظم* : طبيعي .

*فرط حديد الدم* : يمكن أن يبلغ مستوى عالياً . وقد لوحظ تشكل الصباغ الدموي .

**التشخيص** : سهل بالموجودات الجلدية النمطية ، والبول البني بلون الجعة مع إطراح البرفيرينات ، وفرط حديد الدم ، واضطراب الاستقلاب الكبدي .

**المعالجة :**

*الجهازية* : من المهم تجنب العوامل السمية التي تثير البرفيريات ( الكحول ، الأدوية ، مانعات الحمل الفموية ) . ويجب معالجة الاعتلال الكبدي المزمن بالتعاون مع اختصاصي بالطب الباطني . وقد وُجد من الحكمة اتباع معالجة **Ippen** بالفصد المستمر التي ينتج عنها نقص واضح في كل من مستوى الحديد ، وإطراح البرفيرين ، والميل لتشكل النفاطات . يفصد من الدم كميات ٢٥٠ – ٥٠٠ مل أسبوعياً في البداية ، ثم على فترات ٢ – ٤ أسابيع لمدى ٣ – ٥ أشهر . والهدف هو أن يكون مستوى الهيموغلوبين ١٢ غ/د ل أو مستوى حديد المصل ٥٠ مغ/د ل . وإن هذا الإجراء مضاد استطباب في التشمع الكبدي بسبب خطر حدوث لا مُعَاوضة بفقد البروتين . ويعطى الكلوروكين عادة بجرعات منخفضة لمدة طويلة : ١٢٥ مغ أسبوعياً لمدة ٨ – ١٨ شهراً . ويمكن أن يكون تحريك البرفيرينات من الأنسجة سريعاً .

ما زالت موضعَ تساؤل قيمة التقلية **Alkalization** الاستقلابية ببيكربونات الصوديوم ( ٤ – ٦ غ يومياً لمدة ٣ أشهر مع مراقبة وظيفة الكلية ) أو بسيترات البوتاسيوم – الصوديوم **Na – K citrate** ٥ – ٩ غ يومياً بثلاث إلى خمس جرعات منفردة مع مدخول سوائل ١,٥ – ٢ ليتر مع مراقبة **PH** البول ( بين ٧ – ٧,٤ ) . وينصح بهذه المعالجة خصوصاً في الأشكال الكامنة . ويمكن استعمال الأدوية الخالبة التي

تشكل معقدات مع الحديد ( ديسفيركسامين Desferrioxamine ) ، والهدف منها هو تسريع التخلص من الحديد ( حقن عضلي حسب الحاجة وعادة ٥٠٠ مغ ثلاث مرات أسبوعياً ) .

إن المعالجة الكبدية الكافية الإضافية هامة أيضاً ( دعم الكبد بالأنظمة القوتية ، والتسريب ، ويبرودكسال - ٥ - فوسفات أو أدينوزين - ٥ - مونوفوسفات ، بالإضافة إلى الانقطاع عن تناول الكحول وسحب الاستروجينات أو مانعات الحمل الفموية ) . وتختفي الحويصلات عندما ينخفض إطراح البرفيرين دون ١ مغ/٢٤ ساعة .

*الموضعية :* تكون المعالجة ضرورية خصوصاً إذا أبدت التآكلات خمجاً ثانوياً . وتعالج بالمطهرات واللاصق الواقي . ولا تبدي واقيات الشمس العادية تأثيراً واضحاً لأن ذرى امتصاصها ليست عند ٤٠٠ ن م . ويمكن إجراء اختبارات بحاصرات الشمس ذات عامل الوقاية لضوء الشمس من ٢٠ - ٣٠ . ويجب أن يُنبَّه المريض بشدة على تجنب الرضح الشديد .

### الكبروبرفيرية الوراثية Hereditary Coproporphyria :

هي شكل نادر جداً للبرفيرية الكبدية يورث بوراثة جسدية سائدة . ويشمل العيب الوراثي أكسيداز مولد الكبروبرفيرين . والأعراض الجلدية قليلة رغم أن الحساسية الزائدة لضوء الشمس شائعة . وتتطابق الصورة السريرية مع تلك في البرفيرية المتقطعة الحادة وتتضمن نوبات . وتوجد مقادير كبيرة من الكبروبرفيرين III في البراز والبول .

*الكبروبرفيرية العرضية Coproporphyria Symptomatica :* وتحدث ، على أساس استعداد وراثي ، كنتيجة للتحريش . وحالات التحريش المعروفة هي أشكال الانسمام المختلفة ( الكحول ، المعادن الثقيلة وبخاصة الرصاص ) ، ومرض الكبد ، واضطرابات دموية ، والمرض الخمجي ، والداء السكري ، واضطرابات استقلاب الحديد ، والأورام الخبيثة ، والأدوية مثل الباربيتورات أو السلفوناميدات أو مانعات الحمل الفموية . ويمكن أن يتطور عند المريض مرض شديد مماثل للبرفيرية المتقطعة الحادة التالية للتحريش .

**الموجودات السريرية :** يمكن أن توجد أثناء الطور الحاد زيادة بالحساسية للشمس مع الميل لحدوث الحمامى والتحوصل .

يزداد إطراح الكبروبرفيرين III في البراز والبول بشكل كبير .

**التشخيص التفريقي :** يقوم التميز عن البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية المتقلبة أساساً على الإطراح الواضح للكبروبرفيرين III .

**المعالجة :** إيقاف العوامل السمية ، وعدا ذلك فالمعالجة كما في البرفيرية المتقطعة الحادة .

## البرفيريات المكونة للحمر الكبدية Hepatoerythropoietic Porphyrias :

يمكن للبرفيريات المكونة للحمر وخصوصاً البروتوبرفيرية المكونة للحمر أن تبدي إصابة كبدية ولذلك سميت بالبرفيريات المكونة للحمر الكبدية . ومن جهة أخرى تُظهر الاستقصاءات الكيميائية الحيوية أن الجملة المكونة للحمر تصاب بالبرفيريات الكبدية ، والتي مُيِّزت مؤخراً عن البرفيرية الولادية . وبغية معرفة التصنيف انظر الجدول في مطلع هذا الفصل .

### البرفيرية المكونة للحمر الكبدية

**Hepatoerythropoietic Porphyria :** [ Pinol - Aguade وصحبه ١٩٦٩ ] .

*المرادفات :* البرفيرية الكبدية الحمراء Hepatoerythrocytaria ، التهاب الكبد بالبرفيرين المكون للحمر Erythropoietic Porphyrin Hepatitis .

**التعريف :** هذا النوع ذو وراثة جسدية صاغرة . وهو عيب متجانس الزيجوت لنازعة كربوكسيل مولد اليوروبرفيرين III مع فعالية ثمالية أقل من ٥٪ .

**الحدوث :** نادرة جداً . ولا تعرف سوى حالات قليلة فقط .

**الإمراض :** العيب الكيميائي الحيوي هو عوز نازعة كربوكسيل مولد اليوروبرفيرين III مع إطراح كميات كبيرة غير عادية من ٥ - كربوكسي برفيرين . وليس من المعروف أيضاً فيما إذا كانت متوسطات البرفيرين الغزيرة هي المسؤولة عن الاعتلال الكبدي .

**الموجودات السريرية :** يبدأ المرض بعد الولادة بوقت قصير أو باكراً في الطفولة . وتوجد حساسية شديدة للشمس مع صورة شبيهة بالحرق من تحوصل وميل للتقرح ، إضافة للضمور الندبي والجذع في الأماكن المكشوفة . وتوجد سهولة تأذٍ استجابةً للحث الآلي البسيط في الأماكن المعرضة . وتتعلق التبدلات الأخرى باضطرابات الكبد .

*الاعتلال الكبدي Hepatopathy :* توجد أذية مزمنة بالمتن الكبدي والتي يمكنها أن تتظاهر كَكَبد شحمي ، أو التهاب كبد مزمن ، أو حداد أو تشمع كبدي . وإن اختبارات وظائف الكبد وخزعة الكبد هامة تشخيصياً .

**الموجودات المخبرية :**

البول : بسبب زيادة إطراح البرفيرين يكون البول بنياً داكناً أو أحمر ( بول بلون الجعة ) ، ويبدي تألقاً أحمر شديداً بالضوء فوق البنفسجي . وأحياناً لا يوجد ارتفاع في إطراح البرفيرين ولكن تتماوج المستويات بشكل دوري . ويُطرح اليوروبرفيرين III والكبروبرفيرين III بكميات عالية جداً . وتوجد أيضاً زيادة في إطراح سباعي كربوكسي برفيرين ويوروبرفيرين III ، والتي تكون فيها نسبة الكبروبرفيرين / يوروبرفيرين – أعلى من ١ في الحالة الطبيعية – معكوسةً في البرفيرية الكبدية المزمنة ( نمط A – C ، برفيرية جلدية آجلة ) . ولا تزداد في البول طلائع البرفيرين مثل حمض دلتا – أمينوليفولينيك ومولد البرفوبيلين . وتكشف زيادة إطراح سباعي كربوكسي برفيرين بالاستشراب .

البراز : زيادة تركيز بروتوفيرين .

*الدم* : عادة ، كريات حمر متألقة ( كريات متألقة ) وأرومات حمر متألقة . ويرتفع كثيراً محتوى البروتوبرفيرين .

*الكبد ونقي العظم* : تألق قوي بالأشعة فوق البنفسجية ، واعتلال كبدي .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي بشرة ضامرة ، وتجانساً ( تنكساً هَيَالينياً ) في الأدمة العليا ، وأوعية متنكسة هيالينية ومتثخنة مع تنكس هياليني حول وعائي .

**الإنذار** : يعتمد على الحساسية الضوئية والاعتلال الكبدي المؤدي إلى التشمع .

**المعالجة** : كما في البرفيرية الجلدية الآجلة . ويجب الانتباه أثناء المعالجة بالفَصْد لإمكانية حدوث تشمع الكبد . يمكن إعطاء معالجة تجريبية بالبيتا – كاروتين . ولا توجد خبرة جوهرية عن تأثيرات الكلوروكين .

# الفصل الخامس والأربعون

# الكلاس

# Calcinosis

د . صالح داود ، د . هدى منيني

توجد شوارد الكالسيوم والفوسفات بشكل طبيعي ذوابة في السوائل خارج الخلايا وذلك في حالة توازن ثابت نسبياً . والتكلس هو تحول هذه الشوارد من الشكل الذواب إلى الشكل الصلب . وفي الحالات الفيزيولوجية ، في العظم مثلاً ، يتم دمج هذه الشوارد كمكونات لا عضوية ضمن المادة الأساسية العضوية وفق نظام ثنائي الطور . ويتألف المكون العضوي بشكل رئيسي من الكولاجين أما المكون اللاعضوي فيتألف من بلورات الأباتيت Apatite Crystals . وقد تترسب أملاح الكلسيوم غير الذوابة في الجلد في الحالات المرضية بشكل موضع أو معمم . ولا تترسب أملاح الكلسيوم في هذه الحدثية على شكل بلورات الأباتيت وإنما تترسب على شكل فسفات الكلسيوم عديمة الشكل التي تحتوي على كميات قليلة من كربونات الكلسيوم . ويطلق اسم الكلاس على ترسبات الكلسيوم في النسج وقد تتوضع هذه الترسبات في الجلد ، أو في النسيج الشحمي تحت الجلد ، أو في العضلات . أما أسباب الكلاس الجلدي فغير معروفة أو واضحة دائماً . والمعروف فقط أن الأذية النسجية الموضعة والأمراض الجموعية التي يكون فيها مستوى الكلسيوم عالياً في الدم والنسج قد تؤدي إلى ترسبات أملاح الكلسيوم . وعلى أية حال ، فإن ترسب أملاح الكلسيوم قد يحدث أيضاً دون أي سبب واضح . ولا تنتهي الحدثية عند ترسب أملاح الكلسيوم عديمة الشكل ، بل يحدث تشكل النسيج العظمي وهذا ما يسمى بالتعظم المتبذ Ectopic Ossification .

## الكلاس النقيلي Metastatic Calcinosis:

**التعريف** :يحدث الكلاس النقيلي عادة نتيجة لاضطرابات استقلاب الكلسيوم و/أو الفوسفات وعادة ما يكون لدى المرضى فرط كلسمية ( فرط كلس الدم ) Hypercalcemia وفي عديد من الحالات قد يوجد فرط فسفات الدم Hyperphosphatemia أيضاً . إضافة لذلك ، فقد تلعب العوامل الموضعة دوراً في ترسب أملاح الكلسيوم في النسج ومثال ذلك تحول أملاح الكلسيوم الذوابة إلى أملاح غير ذوابة . وتلاحظ التكلسات النقيلية بشكل رئيسي في الأعضاء الداخلية المفرزة للحمض ( الكليتان ، أو المعدة ، أو الرئتان ) . وخلال الإفراز يترسب الكلسيوم والفسفات من المصورة الدموية على شكل فسفات الكلسيوم .

**الموجودات السريرية الجلدية** : يصاب الجلد أحياناً إضافة إلى تكلس الأوعية الدموية . وتشاهد حطاطات قاسية بيضاء متناظرة وأحياناً خطية ، وفي العديد من الحالات يوجد عقيدات قاسية وذات حجم أكبر أو ترسبات على شكل لويحات في الجلد . وقد تكون هذه اللويحات محاطة بتفاعل التهابي . وفي فرط الدريقية Hyperparathyriodism بشكل خاص ، قد يحدث تكلس الأوعية الدموية الأكبر في الأدمة العميقة والنسيج الحلوي تحت الجلد . وكنتيجة لهذا قد يحصل انسداد وعائي يتبعه تقرح مزمن مؤلم ، وخاصة على الساقين . قد تنبثق أملاح الكلسيوم البيضاء الضاربة للصفرة من خلال البشرة المتآكلة . وأكثر المناطق شيوعاً للإصابة هي حول المفاصل الكبيرة مثل المرفقين والركبتين .

ويجب أن تؤخذ أسباب الكلاس التالية بعين الاعتبار :

- فرط الدريقية البدئي أو الثانوي .
- الأمراض الكلوية المزمنة ( الرخد الكلوي ، التهاب العظم الليفي الكلوي Renal Osteitis Fibrosa ) الدّيال Dialysis .
- اضطرابات العظام المخربة ( التهاب العظم والنقي المزمن ، تدرن العظام ، النقيوم المتعدد ، داء باجيت ، التهاب العظام المشوه Osteitis Deformans ، ابيضاض الدم ، النقائل السرطانية ) .
- الغرناوية Sarcoidosis .
- الأدوية ( فرط فيتامين $D_3$ ، الجرعات الزائدة لفترات طويلة من داي هيدروتاكيسترول Dihydrotachysterol .
- تناذر قلاء الحليب .

هذا وإن فرط فسفات الدم لدى المرضى الذين يتمتعون بمستويات طبيعية من الكلسيوم في الدم إنما ينجم عن القصور الكلوي المزمن واحتباس الفسفات . وتحدث التكلسات النقيلية أيضاً في قصور الدريقية الكاذب بوجود مستويات كلسيوم طبيعية .

**الإنذار** : يحدده المرض البدئي . وفي حالات التكلسات النقيلية المحدثة بالأدوية أو في متلازمة قلاء الحليب ، تكون الأعراض عكوسة أحياناً .

**المعالجة** : معالجة الاضطراب البدئي .

## الكلاس الاستقلابي Metabolic Calcinosis :

لا يوجد اضطراب مميز في استقلاب الكلسيوم العام في هذه

حالة . وتكون تراكيز الكلسيوم والفسفات اللا عضوية في سوائل خارج الخلايا ضمن الحدود الطبيعية . ولا تصاب الأعضاء الداخلية . ويبدو أن اضطرابات الاستقلاب المقتصرة على مواقع نسجية معينة تؤدي إلى ترسب أملاح الكلسيوم عديمة الشكل أو لا يحدث تعظم في هذا الاضطراب . وينبغي أن نفترض أن الرضح المحدد أو التغيرات المرضية من ألياف المغراء أو ألياف المرنين تشكل ظروفاً مهيئة لحدوث التكلس الاستقلابي . ويمكن تمييز شكلين لهذا النوع من الكلاس وهما الشامل والموضع .

## الكلاس الاستقلابي الشامل Universal Metabolic Calcinosis :

*المرادفات :* الورام الحبيبي الكلسي الشحمي ، الكلاس الشحمي الحبيبومي المترقي ، الكلاس الشحمي المترقي ، النقرس الكلسي الشحماني ، متلازمة تيوتشلاندر Teutschlander .

**التعريف** : ترسب كتلي لأملاح الكلسيوم في النسيج الجلدي والنسيج الضام تحت الجلد وفي العضلات دون وجود اضطرابات سابقة موضعة أو مجموعية ويتلوها حدوث تفاعل التهابي وترسبات للشحوم .

**الحدوث** : مرض نادر الحدوث . ويحدث عادة قبل سن الـ ٢٠ وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث . وينخفض لدى المرضى المصابين بهذا المرض طرح أملاح الكلسيوم بشكل واضح .

**الموجودات السريرية** : توجد ترسبات كلسية متعددة في الجلد ، وعادة ما تكون ذات توزع متناسق ، وتصيب الأطراف بشكل رئيسي ولكنها قد تترسب على الجذع أحياناً . تظهر الآفات في البداية تحت الجلد غير أنها تصبح أكثر توضعاً في الجلد نفسه فيما بعد . يصل في كثير من الحالات احمرار التهابي ، وانثقاب ، وتقرح يرافقه طرح مادة كلسية قشدية أو قيحية ( الورام الحبيبي الكلسي الشحمي – Lipocalcino granulomatosis ) . وتشفى التفاعلات الالتهابية طويلة الأمد تاركةً خلفها ندبات انكماشية . قد تؤدي التغيرات المرضية في الحالات الشديدة ، وخاصة إذا حدثت قرب المفاصل ، إلى تحدد في الحركة وقد يتشكل غطاء كلسي Calcium Shell .

قد يحتوي النسيج الضام للأوتار ، واللفافات ، والأعصاب على ترسبات كلسية . ويستخدم مصطلح التهاب العضلات التعظمي المترقي Myositis Ossificans Progressiva إذا أصيبت العضلات . ومن الأهمية بمكان التفريق بين هذه المتلازمة وبين التهاب الجلد والعضل . ولقد لوحظ ترافق هذه الإصابة مع تصلب الجلد المجموعي المترقي ، والخثل العضلي ، وتخلخل العظام ، وفرط الكولسترولية ، والتهاب السبلة Panniculitis .

**الأعراض** : تعتمد الأعراض على نموذج المرض . وغالباً ما يؤدي توضع الكلسيوم بجوار المفصل إلى تحدد حركة مؤلم . وقد تؤدي التفاعلات الالتهابية حول مناطق التكلس إلى تقرح مؤلم جداً . وقد يحدث اضطراب شديد في صحة المريض العامة يترافق بحمى وإنتان .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد ترسبات كلسية كبيرة ( تلوين Van Kossa ) في النسيج الخلوي في الجلد وما تحته . وغالباً ما توجد الترسبات الكلسية الأبكر في الخلايا الشحمية أو على ألياف المغراء .

**سير المرض** : عادة ما يكون مزمناً ومترقياً حتى أثناء الهجوع السريري . وقد تنقضي سنوات عديدة من المرض الشديد قبل أن يموت المريض من خمج ثانوي .

**التشخيص** : من الأهمية بمكان إجراء التصوير بأشعة X أو التصوير بالأمواج فوق الصوتية للأطراف والجذع بحثاً عن الظلال الكثيفة الناجمة عن ترسبات أملاح الكلسيوم ، وكذلك الحال بالنسبة للخزعة . وتكون مستويات الكلسيوم والفسفات في الدم طبيعية .

**التشخيص التفريقي** : تناذر تيبرج – ويسنباخ Thibierge – Weissenbach التصلب المجموعي ، والتهاب الجلد والعضل في الطفولة ، والتهاب العضلات التعظمي المترقي ، والنقرس ، والأشكال الأخرى للكلاس .

**المعالجة** : ثبت عدم فعالية محاولات تثبيت قيم فسفات الكلسيوم عن طريق الهرمونات . وكذلك الأمر بالنسبة لاستخدام العوامل المستخلبة ( الكلابية ) EDTA التي تعطى وريدياً بمقدار قد يبلغ ١٢٠٠ ملغ/يوم للبالغين مع مناظرة الوظيفة الكلوية . أما في حالات التغيرات الالتهابية الأشد فيجب إجراء محاولة العلاج بالستيروئيدات . وقد تدعو الحاجة إلى استئصال العقيدات الكلسية المؤلمة ، وتعالج التقرحات الحاصلة بحسب الحالة .

## الكلاس الاستقلابي الموضع Localized Metabolic Calcinosis :

*المرادفات :* الكلاس الاستقلابي المحدد Calcinosis Metabolica Circumscripta .

**التعريف** : يتألف هذا المرض من بعض الترسبات الكلسية الناجمة عن التوضعات المحددة لأملاح الكلسيوم في الجلد أو النسج التحتية .

**الحدوث** : يصيب البالغين عادة وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث .

**الإمراض** : لا يوجد اضطراب في استقلاب الكلسيوم أو الفسفات . وينبغي التفكير بوجود أمراض مشاركة مثل الاضطرابات الدورانية أو الكلوية أو أمراض النسيج الضام المنتشرة .

**الموجودات السريرية** : قد يتظاهر الكلاس الاستقلابي الموضع على شكل آفات قليلة منتشرة متعددة البؤر . ويعتبر تكلس النهايات أكثر النماذج شيوعاً . ( راجع الشكل ٤٥ — ١ ) .

كلاس النهايات **Acrocalcinosis** : تُرى في هذا الشكل ترسبات حبيبية قاسية صخرية تظهر على شكل تلون أبيض أو مصفر أو على شكل عقيدات وذلك في لب الأصابع . ويترقق الجلد فوق هذه العقيدات إلى أن يتقرح أخيراً وتخرج منه المادة الكلسية . يمكن أن يحدث كلاس النهايات في أي عمر . هذا وإن تعبير النقرس الكلسي غير صحيح لأنه ليس لهذا المرض أي علاقة بالنقرس كما أنه لا يؤدي إلى أي اضطراب استقلابي داخلي .

الكلاس المنتشر **Disseminated Calcinosis** : تكون ترسبات أملاح الكلسيوم في هذه الحالة منتشرة بشكل أو بآخر في الجلد وفي النسيج الخلوي تحت الجلد وفي العضلات . وهذا الشكل من المرض مماثل للكلاس الاستقلابي الشامل .

**الأعراض** : تُظهر أشعة X ظلالاً كثيفة الكلسيوم ، تتجمع ، كما في كلاس النهايات ، على شكل عناقيد العنب وذلك في الأجزاء الطرية من الأصابع وخاصة حول السلاميات القاصية . والتقرح الثانوي ليس بغير شائع .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد ترسبات كلسية كبيرة أو صغيرة في الجلد ، وفي النسيج تحت الجلد ، وأحياناً في العضلات . وتحاط هذه الترسبات أحياناً بتفاعل لجسم أجنبي .

**السببيات** : غير معروفة ، وفي حالة كلاس النهايات يتهم بشكل خاص وجود اضطراب دوراني موضع بالإضافة إلى تغيرات كمية ونوعية في المادة الأساسية ( عديدات السكاريد المخاطية الحمضية ) أو في النسيج الضام . ويحدث كلاس النهايات عادة في اضطرابات الدوران المحيطي ( زراق النهايات أو متلازمة رينو ) ، وفي تصلب الجلد المجموعي المترقي . وهناك العديد من الاضطرابات المنتشرة التي يحدث فيها كلاس استقلابي مثل التهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي المجموعي ، والتهاب جلد النهايات المزمن المضمّر .

**التشخيص التفريقي** : يجب الأخذ بعين الاعتبار الأمراض السابقة الذكر . غير أن قيم الكلسيوم والفسفات في المصل تكون طبيعية .

**الإنذار** : غير جيد ، والشفاء أو الهجوع العفوي نادر جداً .

**المعالجة** : لا توجد معالجة فعالة .

## أشكال خاصة من الكلاسات :

**متلازمة تيبرج ويسنباخ [ Thibierge – Weissenbach Syndrome 1911 ] :**

**التعريف** : هو وجود كلاس استقلابي موضع أو معمم في النسيج تحت الجلد بالتشارك مع تصلب جلد مجموعي مترقي أو متلازمة كريست CREST .

**الموجودات السريرية** : من الممكن حدوث كلاس يتظاهر على شكل تكلس نهايات عادة وذلك في تصلب الجلد المجموعي المترقي وخاصة من النموذج المسمى تصلب النهايات . وعادة ما يتواجد الكلاس على الأصابع وظهر ا لبراجم والزند ، والمرفقين ، والركبتين ( راجع الشكل ٤٥ — ٢ ) . كما تتواجد ترسبات الكلسيوم في العضلات ، أو الأوتار ، أو اللفافات أيضاً .

**المعالجة** : لا يوجد علاج فعال . ويجب علاج تصلب الجلد المجموعي المترقي .

**متلازمة كريست CREST Syndrome [ Winterbauer 1964 ] :**

*المرادفات* : متلازمة Thibierge – Weissenbach .

مصطلح كريست هو عبارة عن اجتماع الأحرف البدئية للأعراض الرئيسية التالية :

- كلاس استقلابي جلدي ويتظاهر سريرياً على شكل تكلس نهايات بشكل خاص .
- متلازمة رينو مع وجود اضطرابات اغتذائية وتقرح في الأنامل .
- تصلب الأصابع .
- توسع شعريات كما في داء أوسلر ، بشكل شائع على الوجه والصدر فوق خط العنق .

وفي أغلب الأحيان ( في ٨٠٪ من الحالات ) ، يوجد عسر في حركة المري ( متلازمة كريست ) ، كما هو الحال في تصلب الجلد المجموعي المترقي . ويكون التليف الرئوي والتهاب المفاصل نادرين في هذا الاضطراب وهما أكثر شيوعاً لدى النساء البالغات . ويعتبر هذا الشكل نموذجاً سليماً نسبياً من

تصلب الجلد المترقي المنتشر من النموذج المسمى تصلب النهايات مع وجود ملامح سريرية خاصة . وتتميز هذه المتلازمة مناعياً بوجود أضداد ضد القسيم المركزي Centromere في ٧٥٪ من الحالات .

**المعالجة** : الاستقصاء الدقيق عن الأعراض الأخرى لتصلب الجلد المجموعي المترقي . والعلاج كما هو الحال في تصلب النهايات .

**الكلاس الاستقلابي الموضع العرضي :**

*المرادفات :* الكلاس الاستقلابي المحدد .

يحدث الكلاس الموضع في عديد من اضطرابات النسيج الضام كما هو الحال في متلازمة أهلر – دانلوس ، ويكون على شكل ترسبات كلسية بيضوية يبلغ طول ظلالها ٥ ملم تقريبا ، وهي ذات أشكال دائرية أو بيضوية كثيفة بالكلسيوم ، وتوجد بشكل خاص على الأطراف السفلية . أما نسجياً ، فتتوافق مع نسيج شحمي نخري متكلس . وفي الصفروم الكاذب المرن Pseudoxanthoma Elasticum تبدي جميع الألياف المرنة ترسبات أملاح كلسية دقيقة .

وتظهر الأشعة السينية أحياناً تكلسات موضعة في جدران الأوعية الدموية الكبيرة أو خارج الأوعية في الأحياز ما تحت الجلد . يحدث التكلس الشرياني في متلازمة Werner في الأطراف السفلية بشكل خاص ، أما التكلسات الاستقلابية الموضعة فتحدث في النسيج الضام تحت الجلد حول الركبتين والكاحلين .

**الكلاس الحثلي Dystrophic Calcinosis :**

لا يوجد اضطراب في استقلاب الكالسيوم في هذا النوع من الكلاس . وتؤثر ترسبات أملاح الكلسيوم على الأنسجة المريضة فقط ، وهذا يعتبر من الموجودات النسجية في كثير من الأحيان . وتقتصر الترسبات دائماً على الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد وتتشكل في المناطق المتأذية من النسيج الشحمي أو النسيج الضام .

نموذجياً ، يحدث التكلس في الكيسات ، والأورام وفي الحبيبومات الالتهابية المزمنة ( مثال : التدرن ) . ومع تفكك الخلايا الشحمية وانحلالها ، تتشكل الحموض الدسمة الحرة الناجمة عن انحلال الدسم صوابين كلسية مع أملاح الكلسيوم وتطلق الزناد لتشكل تفاعلاً لجسم أجنبي ( النخر الشحمي ) .

**العقيدات الكلسية الجلدية** [ Woods and Kellaway 1963 ] :

*المرادفات :* الجلد المحصّى Calculus Cutaneus .

**الموجودات السريرية** : يتظاهر هذا الاضطراب على شكل عقيدات داخل الجلد مفردة أو متعددة محددة ، مرتفعة قليلاً ، وقاسية . وقد توجد هذه العقيدات منذ الولادة وتصيب الأطراف والوجه في كثير من الحالات .

**السببيات** : من الأسباب الممكنة لهذه العقيدات : الورم العابي Hamartoma للغدد الدرقية ، وأورام الغدد المتكلسة ، أو الوحمة الخلوية المتكلسة .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد في الأدمة العليا تحت البشرة مباشرة أعشاش من الخلايا الأسسة الحاوية على أملاح الكلسيوم والتي لا تزال في بعض الأحيان تحتوي على نوى خلوية . وغالباً ما يوجد تفاعل تجاه جسم أجنبي .

**المعالجة** : استئصال جراحي .

**العقيدات الكلسية على حواف صيواني الأذنين :**

وهي عقيدات قاسية بيضاء ، نادراً ما تنبثق للخارج ، ويمكن رؤيتها وجسها ، ويتوضع وفق نموذج سبّحي على الحافة الحرة للصيوان .

**السببيات** : قد يكون السبب فيها اضطرابات موضعة مثل الشرث أو عضة الصقيع .

**التشخيص التفريقي** : من الضروري تفريق هذا الاضطراب عن عقيدات الصيوان المؤلمة ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والحبيبوم الحلقي ، وتُوَف النقرس ، والمغرانية ، والداء السكري ، وتلين الغضروف المجموعي ( متلازمة Von Meyenburg – Altherr – Uehlinger ) ، وضخامة النهايات ، وداء أديسون .

**المعالجة** : لا يوجد لها علاج .

# الفصل السادس والأربعون

# استقلاب الحديد ، الزنك ، والنحاس

# Iron, Zinc and Copper Metabolism

د . صالح داود

## استقلاب الحديد :

يلاحظ أطباء الجلد انخفاض مستوى الحديد عند المرضى الذين يعانون من أمراض جلدية واسعة الانتشار مرتبطة بسوء الامتصاص . يتم فقدان الحديد مع الوسوف ، لأن الخلايا البشروية تحتوي الحديد المرتبط بالإنظيمات الهيولية المسؤولة عن عمليات التنفس . ولذلك يعتبر نقص الحديد علامة نموذجية في الصداف الشائع الشديد المنتشر وفي الصداف البثري المعمم ( Von Zumbusch ) . ويمكن أن يكون نقص الحديد دون الترافق بفقر الدم عاملاً هاماً في سببيات الحاصة المزمنة المنتشرة عند النساء ، كما أن له علاقة باللسان الضموري . وتتراجع الأعراض بسرعة عندما يتم تعويض الحديد . ولقد لوحظ في دراسة أجريت للبرفيرية الجلدية الآجلة ارتفاع في مستوى الحديد المصلي وفي الصباغ الدموي Hemochromatosis .

### الصباغ الدموي Hemochromatosis :

*المرادفات :* الداء السكري المشبهي ، داء الحُداد Siderosis داء الفة الحديد Siderophilia ومتلازمة تروبزر – هانوت – كاهوفارد Troisier – Hanot – Cahuffard Syndrome ( 1811/1882 ) .

**التعريف :** يوجد عيب وراثي في امتصاص الحديد في مرض الصباغ الدموي يؤدي إلى تراكمه في النسج وإحداث الصباغ الدموي البدئي . والعلامات المميزة له هي تصبغ رمادي اردوازي اللون والتشمع الكبدي ، والداء السكري ، وقصور القندية Hypogonadism . أما الصباغ الدموي الثانوي ، فليس مرضاً وراثياً بل يحدث بشكل تال لأمراض أخرى .

**الحدوث :** يصيب الذكور أكثر من الإناث بشكل ملحوظ ، ويصيب الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ – ٦٠ سنة . وإن حدوث السرطانة الكبدية ليس بنادر . ويأخذ المرض عند الذكور الأصغر سناً سيراً أكثر حدة منه عند الكبار .

**الإمراض :** السببيات غير معروفة ، ومن المعتقد وجود عيب وراثي في امتصاص الحديد في الأمعاء يورث بصبغي جسدي صاغر ، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى الحديد المصلي . ويترافق مع أنماط هلا التالية : HLA – A3 ، B7 ، B14 وذلك بحسب السلالات الأثنية Ethnic .

أما الأشكال الثانوية فتنجم من الأذيات الكبدية التالية لتناول الكحول ، والبرفيرية ، والأدوية المقوية الحاوية على الحديد ، والأخماج ، وعوز البروتين ، ونقل الدم المتكرر . هذا ويعتقد بأن الاضطرابات الوظيفية التي تصيب الخلايا الكبدية تؤدي إلى خزن الحديد ، والحداد الدموي Sideremia ، وترسب الحديد في الجلد . وتتكون الأصبغة المترسبة بشكل رئيسي من الفيريتين ، والهيموزيدرين ، والشحم البني Lipofuscin(*) ، ويتم خزن الحديد الزائد في الجسيمات الحالة على شكل فيريتين وهيموزيدرين . وإن تحرر الإنظيمات الحالة يمكن أن يؤدي إلى حدوث نخر خلوي كبدي ثم إلى التليف الكبدي في نهاية المطاف .

**الموجودات السريرية :** تتميز المتلازمة بوجود فرط تصبغ منتشر يصيب الجلد ، وضخامة كبدية مع ضخامة طحال خفيفة . بالإضافة إلى داء سكري مترافق ببيلة سكرية .

**الموجودات السريرية الجلدية :** يمكن للاضطرابات الجلدية أن تسبق الإصابات الداخلية ولفترة طويلة ، حيث يلاحظ فرط تصبغ منتشر رمادي – دخاني اللون ، أو رمادي مزرق ضارب للصفرة أحياناً .

ويأخذ في الحالات الشديدة اللون البرونزي . والأماكن المفضلة للإصابة هي المناطق المعرضة للضياء وخاصة الوجه ، والمفاصل ، واليدين . وقد يشبه فرط التصبغ البقعي في الأغشية المخاطية الفموية بقع التصبغ التي تشاهد في داء أديسون .

يكون الجلد عند هؤلاء المرضى لا زهمياً ، ويميل للضمور الخفيف في بعض الأحيان مع ميل للتوسف النخالي الشكل . ويعتبر فقدان الأشعار في ناحية الإبط ، والعانة دلالة على القصور الكبدي – الخُصوي .

**الموجودات السريرية المجموعية :** يعتبر قصور القندية العلامة الهامة في هذا المرض . وتؤدي ترسبات الحديد في الأعضاء الداخلية إلى أشكال مختلفة من الأذيات العضوية ( ضخامة كبد وطحال تترافق مع اضطرابات في الوظيفة الكبدية ) . وتصاب المعثكلة ، ويصاب المريض بالسكري ( السكري البرونزي ) ، وتتجلى الإصابة القلبية باضطرابات في العضلة القلبية . كما ويصاب المرضى باعتلالات مفصلية ، واضطرابات الغدد الصم

(*) شحم بني اللون ضارب الصفرة ، حبيبي ، يوجد بين العضلات بشكل خاص .

( قصور القندية ، التثدي ، فقدان الأشعار ، قصور الدرقية ، العنانة ) وتتضمن التظاهرات الثانوية : اضطرابات الدوران البابي ، والحبن ونزف الأوردة المصابة بالدوالي في المري والمعدة .

**التشريح المرضي النسجي** : يعزى التصبغ إلى زيادة ترسب الملانين في الطبقة القاعدية وكذلك إلى ترسب الصباغ الدموي المتوضع في الأدمة العميقة ، وخاصة حول الغدد العرقية الفاتحة والبطانة الشعرية .

**السير** : يكون سير المرض حاداً عند الصغار أحياناً ، ويأخذ سيراً مزمناً عند الذكور الكهول ، ويسوء الإنذار بتشكل السرطانة الكبدية .

**التشخيص** : يوضع التشخيص استناداً إلى الموجودات السريرية النموذجية ، وتحري مقدار الحديد المرتفع في الدم ، وترانسفيرين المصل . والخزعة الكبدية مشخصة .

**التشخيص التفريقي** : يجب استبعاد الحُداد الدموي الثانوي **Secondary Hemosiderosis** ، لأن الحُداد لا يترافق مع أنماط هلا **HLA** التي ذكرت سابقاً . يجب تفريق هذه الحالة عن البرفيرية الجلدية الآجلة ، والانسمام بالفضة ، والتملن الزرنيخي المنشأ ، والمغرانية **Ochronosis** وداء أديسون .

**المعالجة** : المعالجة عرضية بحسب الإصابات العضوية . وتتضمن إجراءات المعالجة قوت فقير بالحديد ، والفصادة بمقدار ٢٥٠ – ٥٠٠ مل مرة أسبوعياً ، وأحياناً تبديل المصورة ( البلازما ) مرة في السنة أو السنتين ، وكذلك المعالجة بالمواد الخالبة **Desferoxamine** مع إجراء فحوص مخبرية دورية لمعرفة مستوى الفيريتين في المصل .

## استقلاب الزنك Zinc Metabolism :

ينتمي الزنك إلى العناصر الأساسية في العضوية . وتحتاج العضوية إلى الزنك بشكله المؤين للتركيب الحيوي للبروتينات والبروتينات النووية ، وفي تركيب العديد من الإنظيمات التي يدخل الزنك في بنائها مثل كاربونيك انهيدراز **Carbonic Anhydrase** و **Alcohol dehydrogenase** والفوسفاتاز القلوية .

عوز الزنك :

يؤدي عوز الزنك إلى أعراض معوية وجلدية التهابية .

خطل التقرن عند الحيوانات :

يسبب نقص الزنك عند الحيوانات ومنها العجل والخنزير متلازمة تشبه الصداف الشائع سريرياً ونسجياً ، وتتظاهر على شكل آفات التهابية وسفية تصيب النهايات وما حول الفم . وقد سجل حدوث إسهال ، وتأخر نمو ، ونقص المقاومة تجاه الأخماج التي قد تكون مميتة نتيجة للأخماج الإضافية .

**متلازمة عوز الزنك في التغذية عن طريق الوريد :**

**يصاب المريض الذي يغذى تغذية وريدية خالية من أملاح الزنك ، بعلامات عوز الزنك بعد بضعة أسابيع . وتتشابه الآفات الجلدية الناجمة عن ذلك الإكزيمة المثية على الوجه ، والفروة ومنطقة الحفاض ، وتأخذ منظراً مشابهاً لاعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ .**

**وتشفى هذه الآفات بسرعة كبيرة عندما يتم إعاضة الزنك وإن معايرة الزنك المصلي ضروري لوضع التشخيص .**

**أعراض وعلامات متفرقة ناجمة عن نقص الزنك : يوجد العديد من الدلائل على أن عوز الزنك يؤثر تأثيراً شديداً على شفاء الجروح . فقد وجدت مستويات منخفضة من الزنك في المصل بعد الحروق . غير أن الزنك يعود لمستواه الطبيعي بعد تناول سلفات الزنك عن طريق الفم ، وتميل الجروح للالتئام بسرعة .**

**ولقد اقترحت المعالجة بالزنك عن طريق الفم في القرحات الركودية ، والحاصة البقعية ( الثعلبة ) ، والعد الشائع . ولم تثبت الدراسات مزدوجة التعمية Double Blind فعالية هذه المعالجات . ولقد بيّن موينهان وبارنز Moynahan and Barnes عام ١٩٧٣ أن سبب اعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ هو عوز الزنك .**

## اعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ Acrodermatitis Enteropathica [ Brandt 1936, Danbolt and Closs 1942, Moynahan and Barnes 1973 ] :

**التعريف : داء مزمن وراثي ، يبدأ في الطفولة الباكرة بإسهال ، وحاصة منتشرة ، وطفح حمامي حويصلي أو طفح حمامي بثري حول الفوهات والمناطق القاصية من الأطراف ، ( راجع الشكلين ٤٦ – ١ و ٤٦ – ٢ ) . ويؤدي للموت إذا لم يعالج .**

**الحدوث** : المرض نادر المشاهدة ، ويرجح انتقاله بصبغي جسدي صاغر . وقد سجل حدوث إصابات عائلية .

**الإمراض** : يكون عوز الزنك الأساسي في هذا المرض بسبب الاضطرابات المعدية المعوية في امتصاص الزنك مما يؤدي إلى عوزه الثانوي .

**الموجودات السريرية** : إن مناطق تظاهرات الداء هي حول الفوهات ( حول الفم والأنف والناحية الشرجية والتناسلية )

والمناطق القاصية للأطراف ( الأصابع ، الأباخس ، العقب ) . حيث يشاهد حدوث التهاب جلد مزمن عديد الأشكال حمامي أو صدافي الشكل أو حزازاني المظهر . والإصابات واضحة الحدود ، ومتآكلة ونازة ، تعلوها حويصلات أو بثرات في حواف الآفة وجلبات مركزية صدافية المظهر . وتُستعمر هذه المناطق الرطبة بالجراثيم والعفن والخمائر وخاصة المبيضات البيض . كما يصاب جوف الفم والأمعاء والناحية التناسلية بهذه المبيضات .

**تحدث تبدلات في الأظفار** ، وتتراءى على شكل دواحس مزمنة مترافقة بحثل الأظفار . وتخف الأشعار أو تحدث حاصة منتشرة . ويبدي مخطط الشعر Trichogram جذور أشعار في طور نهاية النمو ( telogen ) . ولقد ذكرت حالات من التهاب اللسان مع إسهالات متكررة .

**موجودات أخرى** : ويحدث في هذا المرض أيضاً تأخر نمو ، وتأخر البلوغ الجنسي ، والتهاب فم ، وبحة صوت ، والتهاب أجفان ، والتهاب ملتحمة ، ورهاب الضوء وساد ، والتهاب أذن واضطرابات عصبية وتخلف عقلي .

ينخفض مستوى الزنك في المصل بشكل كبير ( الطبيعي ١٣,٨ – ٢٣ ميكرومول/ل ) ويكون تركيز الزنك في بول ٢٤ ساعة طبيعياً أحياناً ( اضطراب امتصاص ) ولقد لوحظ خلل في الجهاز المناعي مؤخراً : انخفاض في مقادير IgG ، IgA ، وضعف في عامل الجذب الكيماوي للبلاعم ، وانخفاض الاستجابة لتحريض PHA للخلايا اللمفاوية التائية . وتفسر هذه الموجودات الميل لحدوث الأخماج الثانوية المزمنة الجرثومية والفطرية في المناطق الجلدية المصابة .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي التهاب جلد تحت حاد مع سفاج في الطبقات القاعدية من البشرة ، ويلاحظ تشكل حويصلات داخل بشروية تحوي مصلاً وخلايا مدورة ، وقد نجد فرط تقرّن أو خطل تقرن مع ثخانة الطبقة المتقرنة . تبدي أنسجة الربط في الأدمة العليا وذمة في الحليمات مع رشاحة التهابية مؤلفة من اللمفاويات والمنسجات حول الأوعية وفي الأدمة العليا تحت البشرة .

**السير** : يؤدي المرض للموت إذا لم يعالج بسبب الإصابات المجموعية وقد يحدث التحسن العفوي في بعض الحالات أثناء هبة البلوغ . والمعالجة المثلى هي تعويض الزنك .

**التشخيص** : يعتمد التشخيص على الموجودات السريرية الجلدية النوعية بالإضافة إلى الحاصة المنتشرة والإسهال المتكرر .

**التشخيص التفريقي** : يجب استبعاد انحلال البشرة الفقاعي البسيط وداء المبيضات المعمم . ومن الأهمية بمكان معايرة مستوى الزنك المصلي . **هذا ويجب الانتباه إلى أن سوء التغذية قد يؤدي إلى تظاهرات مشابهة لتظاهرات اعتلال النهايات المعوي المنشأ .**

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* نصح العالمان موينهان Moynhan وبارنز Barnes معالجته بسلفات الزنك ، وهي معالجة ناجحة[1] . تُعطى أملاح الزنك عن طريق الفم على شكل سلفات الزنك ( Solvezinc ) . أو على شكل Zinc Dl – asperatate .

تزول الأعراض بسرعة بهذه المعالجة التي يجب أن تستمر مدى الحياة . يجب الانتباه للتأثيرات الجانبية للزنك المعدية أو حدوث فقر الدم أحياناً[2] .

*المعالجة الموضعية :* وتتم كما في التهاب الجلد الحاد .

## أشكال أخرى من عوز الزنك :

**قد يحدث عوز الزنك بشكل غير وراثي أيضاً إذا تناول الإنسان غذاءً غنياً بالفيتات Phytate لمدة طويلة ( قوت نباتي ) حيث تتشكل مركبات فيتات الزنك التي تؤدي إلى نقص امتصاص الزنك في الأمعاء . ولقد شوهدت التبدلات الشبيهة بتظاهرات اعتلال جلد النهايات المعوي المنشأ في الشرق الأوسط .**

**ويجب أن نتوقع حدوث علامات عوز الزنك عند المرضى الذين يغذون تغذية وريدية منخفضة الزنك ، وهذه العلامات هي : تفاعلات جلدية وإسهال بعوز الزنك تشبه أعراض التهاب جلد النهايات المعوي المنشأ . يمكن أن يحدث عوز الزنك أيضاً نتيجة استئصال جزئي للأمعاء أو في اضطرابات جهاز الهضم الأخرى ( التهاب القولون القرحي ، التهاب اللفائفي الناحي ) .**

**ويجب الشك بعوز الزنك في الحالات الجلدية التي تشابه التهاب الجلد المثي على الوجه أو التغيرات على الأطراف التي تتظاهر بحمامى مستمرة مع حويصلات أو داحس مزمن . ويمكن إثبات التشخيص بمعايرة الزنك في المصل .**

## استقلاب النحاس Copper Metabolism :

يعتبر النحاس من العناصر المؤينة الضرورية للعضوية ، وهو أساسي من أجل تركيب العديد من الإنظيمات ، وخاصة إنظيم

---

(١) كان قسم الجلدية بجامعة دمشق من السباقين عالمياً في معالجة هذا المرض بالزنك عام ١٩٧٥ ( جلاد ، داود ) أسبوع العلم .

(٢) يجب الانتباه للتأثيرات الجانبية للزنك على المعدة كما يخشى حدوث فقر الدم أحياناً ( المترجم ) .

سيتوكروم أوكسيداز في سلسلة النقل الإلكتروني وإنظيم Super oxidase dismutase الذي يطرح الجذور الحرة . وتأتي أهمية النحاس أيضاً باعتماد إنظيم التيروزيناز وإنظيم lysyl oxidase عليه في تركيب الملانين والمرنين elastin . هذا ويوجد تشابه بين تظاهرات عوز النحاس والتسمم بالجُلبان Lathyrism .

يمكن حدوث عوز النحاس من جراء تناول القوت الفقير بالنحاس أو نتيجة خلل تمثل النحاس في الأمعاء أو في الدم .

**مرض الشعر الملتوي Kinky Hair Disease** [ Menkes et al 1962 ] :

المرادفات : مرض مينكز ، متلازمة الشعر الجعد ، متلازمة الشعر الفولاذي Steely Hair Syndrome . وهو مرض وراثي ينتقل بصبغي صاغر مرتبط بالجنس ، ويفضل إصابة الذكور ، ويشابه هذا المرض الشعر السبحي Monilethrix ، يترافق بأشعار ملتوية وتقصف أشعار Trichorrhexis عقيدي ولادي ، وشعر فولاذي اللون ، وتخلف عقلي ، واضطراب في التطور النفسي الحركي ، وخلل تنسج في نمو ميناء الأسنان . وتعزى جميع هذه التظاهرات إلى عوز النحاس الناجم عن خلل إنظيم Lysyl Oxidase . ويؤدي العيب بالنقل المعوي إلى اضطرابات في إنتاج القرنين Keratin واصطناع المرنين كما في التنكس المرني Elastic في الأوعية الدموية الكبيرة ( راجع الفصل ٣١ ) .

**الإنذار** : غير جيد .

**داء ويلسون Wilson's Disease [1912] :**

*المرادفات* : التنكس الكبدي الدماغي .

يورث المرض بصبغي جسدي صاغر ويلعب ترسب النحاس فيه دوراً مهماً في إمراضه . يترسب النحاس في الكبد ، والعقد القاعدية Basal Ganglia ، وقشر الدماغ ، والكلية ، وفي القرنية نتيجة التركيب الناقص للسيروبلازمين المرتبط بالنحاس Copper – Binding Ceruloplasmin مما يؤدي إلى إتلاف الخلايا .

هذا ويمكن أن يترافق داء ويلسون مع المران الثاقب الساعي Elastosis Perforans Serpiginosa وتؤدي المعالجة بالبنسلامين – د إلى طرح النحاس في البول ، غير أن ذلك ليس له تأثير على علامات الجلد المرضية .

# الفصل السابع والأربعون

# اضطراب استقلاب البورين

# Disorders of Purine Metabolism

د . صالح داود ، د . هدى منيني

## النقرس Gout :

*المرادفات :* التهاب المفاصل البولي ، نقرس إبهام القدم Podagra .

**التعريف :** يشكل النقرس زمرة من الاضطرابات المختلفة في استقلاب بورين تؤدي هذه الاضطرابات بدورها إلى فرط اليوريكمية ( فرط حمض البول ) Hyperuricemia في الدم ، والتهاب مفاصل بالإضافة إلى تشكل عقيدات النقرس « التُوَف ( الأجناد ) Tophi » التي تنجم عن ترسب بلورات اليورات ( البولات ) Urate في الجلد وداخل المفاصل وما حولها .

ينجم فرط اليوريكمية في الدم المشاهد في النقرس البدئي إما عن زيادة إنتاج حمض اليوريك ( حمض البولات ) Uric Acid ) أو نقص إطراحه . أما في النقرس الثانوي فإن هذه الزيادة تنجم عن زيادة تركيب البورين الأمر الذي يسبب زيادة في إنتاج حمض اليوريك . ويعتبر الشكل الثانوي من النقرس اختلاطاً في الابيضاض المزمن وغيره من أمراض النقي التكاثرية ، وفي كثرة الكريات الحمر الحقيقي بعد المعالجة الموقفة للخلايا ، وفي الصداف الشائع المنتشر ( وذلك بارتفاع الانحلال النووي وفرط اليوريكمية ) .

**الحدوث :** يحدث المرض عادة في الرجال بعد سن الأربعين . أما في النساء فإن مقدار حمض اليوريك يكون أقل من ٠,١ ملغ/١٠٠ مل بعد سن اليأس . وهناك إحصائيات تقدّر أن ٤ - ١٢٪ من تعداد السكان العام يشكون من فرط اليوريكمية في الدم وهذا الأمر غالباً ما يرتبط بداء الحصيات الكلوية . والحدوث العائلي لهذا المرض متكرر . ومن الثابت الآن أن العوامل الوراثية والقوتية تلعب دوراً في إمراض هذا الداء . وقد لوحظ أن داء النقرس كان نادراً خلال فترات الحروب حيث كان هناك نقص في المؤونة الغذائية . ولم تتوصل الدراسات إلى نتيجة نهائية حول دور عوز الإنظيمات الداخلة في استقلاب البورين في الآلية الإمراضية لهذا الداء . ويفترض عوز جزئي في إنظيم هيبوكزانتين - غوانين فوسفوريبوزيل ترانسفيراز Hypoxanthine - guanine Phosphoribosyl - transferase .

**الموجودات السريرية :** تعتبر الهجمات الحادة من الآلام المفصلية وصفية للنقرس الحاد . وتحدث هذه الهجمات بعد رضح خفيف أو زيادة في تناول القوت ، أو أي مرض عارض آخر . وهذه الهجمات تصيب بشكل خاص المفاصل القاصية في الأطراف وتتجلى الإصابة النموذجية بإصابة الأبخس الكبير . قد يشكو بعض المرضى من قولنج كلوي بسبب وجود حصيات اليورات . أما النقرس المزمن فيتميز بوجود تغيرات مفصلية مخربة .

**الأعراض الجلدية :** تتوضع بلورات يورات الصوديوم في النسيج الخلوي تحت الجلد في حوالي نصف الحالات وتدعى هذه البنى العقدية عقيدات النقرس أو التُوَف Tophi . وتكون هذه التوف عادة على شكل عقيدات بيضاء أو لؤلؤية ( لآلىء النقرس ) تشاهد على حافة الصيوان الحرة . ( راجع الشكل ٤٧ - ٢ ) . كما تشاهد هذه العقيدات أيضاً على مفاصل الأصابع والأباخس وتكون بشكل عقيدات بيضاء أو مصفرة قليلاً . أما فيما يتعلق بترسبات بلّورات اليورات في الجلد ، فتشاهد عبر الجلد الرقيق المغطي للجسم في بعض أجزائه ، وقد يصيب التقرح هذه الآفات . تكون عقيدات النقرس الموجودة قرب المفاصل ذات ميل للتجمع إلى بعضها لتشكل مجموعات متلاقية ، وتحدث التوف عادة بعد هجمة حادة وهي غير مؤلمة . وعندما تتقرح هذه العقيدات فإنها تطرح مادة مفتتة بيضاء اللون . ولدى فحص هذه المادة بالمجهر فإنها تظهر على شكل حزم من الإبر الكثيفة وهي عبارة عن يورات الصوديوم .

النقرس الجلدي البدئي : إن تطور التوف من هذا الشكل من المرض يسبق التظاهرات المفصلية للنقرس بعدة سنوات .

التشريح المرضي النسجي : تُظهر الأدمة والنسيج الضام تحت الجلد ترسبات يورات الصوديوم المحاطة بتشكل حبيبومي لجسم أجنبي . ومن المعلوم أن بلورات اليورات ولوعة بالفضة . وبما أن هذه البلورات قابلة للانحلال باستخدام تقنيات تحضير الخزعة ، فمن الضروري إجراء تثبيت النسيج في الكحول المطلق . وتتصف هذه البلورات بكونها غير متساوية عند النظر إليها بالضوء المستقطب .

**التشخيص :** إن كلاً من فرط اليوريكمية في الدم واستجابة الآلام المفصلية الحادة للكولشيسين خلال يومين يثبت التشخيص . كذلك فإن فحص المادة المأخوذة من إحدى العقد النقرسية ومشاهدة بلورات يورات الصوديوم الأحادية الإبرية الشكل والكاسرة للنور بشكل قوي أمرٌ يساهم في وضع التشخيص . ويغلب لدى المرضى وجود اضطرابات استقلابية أخرى .

**التشخيص التفريقي** : ينبغي ، في حال وجود التوف على الأذنين ، أخذ الأمراض التالية بعين الاعتبار : عقيدات الصيوان المؤلمة ، عقيدات الكالسيوم على حواف الأذنين ، الحبيبوم الحلقي ، والسرطانة قاعدية الخلايا .

أما في حال وجود التوف على المرفقين ، أو اليدين ، أو القدمين فيدخل في التشخيص التفريقي للمرض كلٌ من : الصفرومات ، صفرومات غمد الوتر ، العقيدات الرثوانية ، أو الرثوية ، كثرة المنسجات الشبكي ، عقيدات هيبردين Heberden's Nodules ، ورم الغشاء الزليلي Synovialoma .

ومن المهم أيضاً تميز المرض عن النقرس الكاذب المشابه سريرياً للنقرس الحقيقي ، إلا أن قيم حمض اليوريك في المصل تكون طبيعية ، بالإضافة إلى العثور على بيروفوسفات الكالسيوم في السائل الزليلي وفي التوف الكاذبة . كما أن الفحص الشعاعي يظهر وجود تكلس مفصلي .

**المعالجة** : تقوم المعالجة على استئصال العقيدات المزعجة للمريض أو استخدام العلاج الجهازي .

*في النقرس الحاد* : راحة في السرير ، كولشيسين ( بمقدار ٠,٥ ملغ كل ساعة حتى يزول الألم أو حتى حدوث الإسهال ) ؛ المسكنات مثل أوكسي فينبوتازون أو إندوميتاسين ( ٣ مرات يومياً ٥٠ ـ ١٠٠ ملغ لمدة ٢ ـ ٣ أيام ) .

*في النقرس المزمن* : قوت منخفض اليورين ، علاج طويل الأمد بالبروبنسيد Probenecid وذلك لزيادة الطرح الكلوي لحمض اليوريك أو العلاج بالألوبورينول Allopurinol وذلك لتثبيط الكسانتين أوكسيداز Xanthine Oxidase وبهذا يتم حصر إنتاج حمض اليوريك . هذا بالإضافة إلى تخفيف الوزن .

**متلازمة ليش ـ نيهان** [ Reley 1960, Lesch and Nyhan 1964 ] :

*المرادفات* : متلازمة الجدع الذاتي .

**التعريف** : هو اضطراب استقلابي وراثي نادر جداً ، يحدث فيه جدع ذاتي للشفاه والأصابع وذلك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، إضافة إلى حدوث زيادة حمض اليوريك في الدم ، وكنع ، وتشنجات .

**الإمراض** : هذا المرض عبارة عن داء وراثي ينتقل بصبغي صاغر مرتبط بالجنس ، يصيب الذكور فقط . وسببه نقص تام للإنظيم Hypoxanthine – guanine – Phosphoribosyltransferase في الخلايا . ويؤدي هذا الإنظيم إلى الاستخدام المتزايد لمادة Phosphoribosylpyrophosphate ، التي تحد من تركيب البورين في المرحلة الأولى . هذا الطريق المحفز بواسطة الإنظيم Phosphoribosylpyrophosphate Aminotransferase، وكنتيجة لهذه العملية يزداد إنتاج حمض اليوريك بشكل كبير ، ولذلك قد يظهر لدى هؤلاء المرضى علامات سريرية تدل على النقرس مترافق بالتهاب مفاصل نقرسي .

**الموجودات السريرية** : يتصف المرض بتخلف عقلي مع/أو تخلف حركي ، وتأخر في تطور الكلام . كذلك يظهر لدى المرضى المصابين علامات مخية مع تعابير كنعية ، وهياج ، وتشنج ظهري Opisthotonos ، ورأرأة ، وجدع ذراتي يتظاهر على شكل بلع ذاتي Autophagia وعض المريض لشفته السفلى ويديه وأصابعه مع ما ينجم عن ذلك من تخريب للأنسجة .

**التشخيص التفريقي** : يحدث الجدع الذاتي لدى الأطفال الذين لديهم تخلف عقلي غامض ، وعلى شكل أذية لا إرادية . في الصرع كما يصادف في متلازمة Cornelia de Lange ( سحنة المهرج ، فرط أشعار الحاجبين والجبهة ، قصر الرأس ، اتساع البعد بين العينين ، صغر الفك السفلي ، قزامة في اليدين والقدمين وشذوذات في مرتسم الكف ) . ويصادف في متلازمة موبيوس Mobius ( إصابة عصبية ولادية وخاصة في الخلايا المخية ) . ويجب تمييز المرض عن متلازمة ليش نيهان الكاذبة التي تشابه ليش نيهان الحقيقي من الناحية السريرية مع عدم وجود اضطراب في استقلاب البورين .

**المعالجة** : لا يوجد علاج ممكن لهذه الحالة .

# الفصل الثامن والأربعون

# اضطرابات التغذية

# Nutritional Disorders

د . صالح داود ، د . هدى منيني

يجب أن يكون القوت حلوياً على بروتينات ، وفيتامينات بالإضافة إلى الحريرات وذلك لتزويد الجلد بمظهره ووظيفته السويتين . وقد ثبت هذا الأمر في حالات سوء التغذية ، أو في التغذية غير المتوازنة ، أو في أسواء الامتصاص أو في سوء الامتصاص المرضي .

**السغل عند الأطفال Marasmus in Children :**

يعتبر سوء التغذية الذي يحدث في الدول النامية بشكل خاص السبب الرئيسي للسغل لدى الأطفال . وهو ينجم عن عوز الحريرات وخاصة عوز البروتينات والفيتامينات . وإن ضياع النسيج الشحمي في منطقة الفم يجعل وجوه الأطفال سيىء التغذية بشكل وجه القرد ؛ ويكون الجلد جافاً ومطوياً فوق المفاصل الأكبر بسبب ضياع النسيج الشحمي تحت الجلد . كذلك تهزل عضلات الأليتين والوجه الخلفي للرقبة . وتكون الوذمة النموذجية للمخمصة غائبة .

**الكواشيركور Kwashiorkor :**

**التعريف** : يُعزى هذا المرض إلى عوز بروتيني شديد في الغذاء . وهو يصيب الأطفال الصغار بشكل خاص وفي آسيا وأفريقية على وجه التخصيص ، حيث يكون الراتب الحروري عندهم كافياً أو زائداً بسبب كثرة تناول السكريات والنشا . ويؤدي عوز البروتين الشديد إلى تخلف في النمو وتأخر عقلي بالإضافة إلى ضمور عضلي ، وارتشاح شحمي للكبد ، ووجه كالبدر ، ووذمة . ويمكن أن تؤدي المداخلة الجراحية الواسعة على السبيل المعوي إلى عوز بروتيني مشابه كتأثير ثانوي .

**الإمراض** : إن عوز البروتينات هو السبب الأكثر أهمية لهذا المرض في البلدان النامية حيث تتكون الوجبة اليومية لدى الأطفال هناك بشكل رئيسي من الشعير ، أو الرز أو الفاصولياء . ويبدو من المحتمل وجود عوامل أخرى تلعب دوراً إمراضياً في هذه الإصابة ( عوز الحموض الأمينية العطرية الأساسية وعوز الفيتامينات ) . وبالنسبة للجلد ، يوجد ميل لتشكل خطل تقرن مع اضطراب في بنية الخلايا المقرنة الدقيقة ، بالإضافة إلى نقص في عدد جسيمات الوصل . كما توجد علامات نسجية تدل على الكبد المُذهِنَة Fatty Liver .

**الموجودات السريرية** : تتراوح أعمار المصابين بين ٦ أشهر و ٥ سنوات . ولا تظهر العلامات الجلدية دوماً ، ولكنها إذا حدثت فهي مميزة جداً للمرض . يصاب العرق الأسود بهذا المرض بشكل شائع .

والمظاهر السريرية النموذجية هي كما يلي :

*عمى الألوان* : وهو علامة مبكرة ربما نجمت عن عوز الفينيل آلانين في القوت . وهناك نقص تصبغ حول الفم ، يظهر وبخاصة على الساقين حيث يبدي الجلد بداية تورم وذمي . كذلك ويشاهد فرط التصبغ لدى المصابين بعد شفائهم من الالتهاب . وتعتبر التغيرات الصباغية هامة من الناحية التشخيصية .

*الجلادات الالتهابية* : تتواجد أماكن التغيرات الجلدية في هذا المرض في منطقة الحفاض لدى الأطفال الصغار ، وفي السطوح الباسطة للمدور ، والركبتين ، والمرفقين ، ومناطق الضغط من الجذع . وهذا عكس ما يشاهد في البلاغرا **Pellagra** حيث تتوزع الإصابة على المناطق المعرضة للضياء . تبدأ الآفة على شكل حمامى ثم تصبح حمراء ضاربة للزرقة أو بنية ضاربة للحمرة وتترافق بتوسف . وهذه الآفات تشابه الإكزيمة بانعدام الزهم ( الإكزيمة المتشققة ، الجلد المتشقق ) ، وهي بقع غير منتظمة وذات حدود واضحة . وتوزع منتشر . ويشاهد أيضاً شقوق عميقة على المفاصل الكبيرة وعلى الشفتين .

*الشعر* : يكون الشعر جافاً ، فاقد اللمعان وقد يصبح لونه بنياً ضارب للحمرة قليلاً ، كما تكون الأشعار رقيقة جداً وتنكسر بسهولة .

*المخاطيات* : التهاب شفتين جاف ، والتهاب فرج ومهبل .

*الأعراض الداخلية* : ضخامة كبد ( كبد مُذهِنة ) ، ووذمة بسبب نقص الألبومين في الدم ، ونقص سكر الدم .

**السير** : يكون تطور المرض جيداً في الحالات الخفيفة . وقد تهجع الأعراض بعد تناول الغذاء المناسب الحاوي على البروتين ويعود إلى الشعر نموه ولونه الطبيعيان . والبقع المخططة في الشعر المصاب والطبيعي هي المسؤولة عما يسمى مظهر علامة الراية **Flag sign** . وتكون نسبة الوفيات عالية نسبياً في الحالات الشديدة أو الناكسة .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء البلاغرا ، وهي أكثر شيوعاً لدى البالغين منها لدى الأطفال وتتظاهر بإصابة المناطق المعرضة للشمس ، ولا تؤدي إلى إصابة الأظفار أو الأشعار .

**المعالجة** : تناول كميات كافية من البروتين الحيواني ( لحم ،

حليب مقشود ) ، كما أن تعويض الشوارد والفيتامينات أمر مهم .

**آكلة الفم ( النوما ) Noma :**

*المرادفات :* الموات الخمجي الفموي ، آكلة الفم Cancrum Oris .

**التعريف:** يصيب هذا المرض الأطفال بشكل رئيسي ويؤدي إلى تخريب الوجه في منطقة ما حول الفم .

**الحدوث** : هذا المرض نادر جداً في الدول المتطورة ويحدث فقط كاختلاط أو نتيجة لأمراض أخرى مثل الحصبة أو التيفوس ، وهذا يدل على وجود آلية التهابية يلعب فيها نقص الدفاع المناعي لدى الشخص المصاب دوراً كبيراً . ويصيب هذا المرض الأطفال الرضع والتلاميذ في افريقية وجنوب شرق آسية وأمريكا الجنوبية . ويعاني هؤلاء من سوء التغذية على شكل سغل كواشيركور .

**الإمراض** : لم يثبت بعد ما إذا كان سبب المرض هي أخماج بمتعضيات بلوت – فنسان Plaut – Vincent ( الحلزونية المغزلية ) على الرغم من أنها تتهم دوماً . ومن جهة أخرى يلعب عامل آخر دوراً في الإمراض ألا وهو نقص الدفاع المناعي ضد الأخماج الجرثومية وخاصة بالجراثيم سلبية الغرام واللا هوائيات .

**الموجودات السريرية** : يبدأ المرض على شكل التهاب فم تقرحي يصيب الحنك أو على شكل تورم في منطقة الوجه . تتساقط الأسنان بسرعة وينتشر الالتهاب إلى العظام ويكون على شكل التهاب عظم متشظٍ وتقرح في الوجنتين . ويصبح نسيج الوجه بكامله نخرياً ويمكن رؤية داخل تجويف الفم بشكل مباشر من خلال النسج المصابة . وقد تبدأ الإصابة في مناطق أخرى كالأنف أو الفرج .

**سير المرض** : يؤدي هذا المرض إلى الموت سريعاً إذا لم يعالج . ولقد تحسن الإنذار بعد استخدام الصادات .

**المعالجة :**

*المعالجة الجهازية :* يستخدم البنسلين ، والتتراسكلين ، والسيفالوسبورين أو غيرها من الصادات واسعة الطيف . ويجب إجراء اختبار المقاومة والتحسس الجرثومي قبل البدء بالمعالجة إذا كان ذلك ممكناً . وينبغي إعطاء راتب كافٍ من الحريرات مع الفيتامينات والبروتينات . ويمكن إعطاء الستروئيدات .

*المعالجة الموضعية :* علاجات مطهرة وعصائب رطبة ومراهم من الصادات .

**القرحة المدارية Tropical Ulcer :**

*المرادفات :* القرحة المدارية Ulcus Tropicum ، القرحة المدارية الآكلة Tropical Phagedena ، القرحة الضمورية Wasting Ulcer ، قرحة الصحراء Desert Ulcer .

**التعريف** : هي عبارة عن تقرح على الأطراف السفلية يعزى إلى رضح هذه المناطق ، ويحدث لدى الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية ، وحدوث الأخماج بالعقديات ، والعنقوديات ، ومتعضيات بلوت – فنسان Plaut – Vincent في هذه القرحات .

**الحدوث** : يصيب المرض الأشخاص البالغين في المناطق الحارة أو الاستوائية الرطبة ، وخاصة الجنود أو المزارعين في المناطق المدارية . وهو أقل شيوعاً لدى الأطفال . ويبدو أن سوء التغذية وضعف المناعة هما عاملان هامان في حدوث المرض . تكثر مشاهدة هذه الإصابة لدى السود الذين يعيشون على قوت فقير بالبروتين .

**السببيات** : غير معروفة . يبدو أنه قد ينجم عن خمج بالعقديات ، أو العنقوديات أو غيرها من الجراثيم .

**الموجودات السريرية** : المناطق المفضلة للإصابة هي الأجزاء القاصية للساقين فوق الكعب . تبدأ الآفة على شكل حويصل واحد أو أكثر ذي محتوىً نزفي تالٍ لأذية بسيطة . وعندما تتمزق الحويصلات تشاهد قرحة نخرية رطبة مبيضة شبيهة بالإكثيمة Ecthyma . وقد يمتد التقرح إلى النسيج الخلوي تحت الجلد وحتى اللفافة والعضلات وما حول العظم . وقد تؤدي الإصابة إلى نزف شديد عند وصولها إلى الأوعية الدموية . ويمكن أن يؤدي التندب التالي للإصابة إلى تقفع ( انكماش ) في الجلد مما يجعل البتر أمراً ضرورياً .

**السير** : يقصّر الاستخدام المبكر للصادات من سير المرض . وتشفى الآفات الصغيرة تاركة ندبات رقيقة لها حواف مصطبغة مميزة . وغالباً ما يحدث النكس في مناطق الندبات الضامرة وذلك إثر حدوث أذيات بسيطة .

**المعالجة** : تشفى هذه الإصابة باستخدام الصادات . وينبغي استعمالها وفقاً لاختبارات التحسس الجرثومي إذا كان ذلك ممكناً . ويُنصح باستخدام البنسلين أو غيره من الصادات واسعة الطيف مثل التتراسكلينات ، أو الإريتروميسين ، أو السيفالوسبورين ، أو الجنتاميسين ، وبالجرعات الدوائية المناسبة . والتغذية الجيدة أمر مهم في سياق المعالجة أيضاً .

**اللزاج المخاطي [ Mucoviscidosis Anderson 1938 ] :**

*المرادفات :* التليف الكيسي ، التليف المعثكلي الكيسي ، التشوه

العائلي الولادي المعوي القصبي المعثكلي .

**التعريف** : تشوه ولادي في المعثكلة والرئتين إضافة إلى خلل وظيفة الغدد الأخرى خارجية الإفراز .

**الحدوث** : مرض نادر جداً . نجد قيماً عالية في مستوى الكهارل ( الشوارد ) في العرق الناتج لدى الأشخاص مغايري الزيجوت ، ويورث بصبغي جسدي صاغر ، مع درجة نفوذية مختلفة ، تؤدي إلى زيادة لزوجة المفرزات التي تفرزها الغدد خارجية الإفراز .

**الموجودات السريرية** : يصيب المرض بشكل خاص المعثكلة ، والرئتين ، والكبد ، والمرارة ، وغدد برونير ، والغدة النكفية وغيرها من الغدد اللعابية .

*المعثكلة :* يؤدي انسداد الأقنية المعثكلية بالبروتينات المخاطية اللزجة إلى تكون كيسات وضمور في المتن ( البارانشيم ) ( التليف المعثكلي الكيسي ) . وينجم عن هذا الاضطراب متلازمات عسر الهضم وسوء الامتصاص التي تترافق بإسهال دهني ، وانتفاخ البطن وعوز في الفيتامينات الذوابة في الدسم .

*الأمعاء :* تزداد الأمعاء الصغيرة عرضاً إلا أن اللمعة تنسد فيها . والتغير النموذجي لدى الولدان هو علوص ( انفتال ) معوي غائطي مع احتمال ترافقه بالتهاب باريتوان غائطي .

*الرئة :* تؤدي ركودة المفرزات في القصبات إلى حدوث توسع قصبات مترافق بذات رئة ناكسة ، أو قد تؤدي إلى خراجات رئوية تكون مسؤولة عن نسبة الوفيات العالية في هذا المرض .

*الكبد :* قد تسيطر الإصابة الكبدية على الصورة السريرية للمرض كنتيجة للتليف البقعي والارتشاح الالتهابي المزمن .

*التغذية الناقصة :* تؤدي التغذية الناقصة إلى تأخر في النمو والبلوغ .

**التشخيص** : ترتفع قيم شوارد العرق الناتج في هذا المرض بشكل خاص ( زيادة الصوديوم والكلور بمقدار ٢ ــ ٥ أضعاف ) . وإن تركيز الصوديوم بقيمة أكبر من ٨٠ ميلي مكافىء/الليتر يجعل الطبيب يشك بالمرض . وإذا لم يتوفر الاختبار الأول ، فإن التشخيص يُبنى على أساس غياب الإنظيمات المعثكلية في العصارة العفجية ، ووجود مرض رئوي مزمن ، والحدوث العائلي لهذا المرض .

**الإنذار** : سيء . يموت الأطفال عادة قبل سن البلوغ من أحد الاختلاطات الممكنة .

**المعالجة** : مراقبة الأخماج المزمنة . إعطاء الصادات بشكل مستمر في الإنتانات التنفسية ، بالإضافة إلى تعويض الإنظيمات الناقصة ، التخفيف من تناول الدسم وإعاضة السوائل والأملاح في الطقس الحار .

# الفصل التاسع والأربعون

# عوز الفيتامينات وفرطها

# Avitaminoses and Hypervitaminoses

د . صالح داود

يؤمن القوت الطاقة الكافية للعضوية، ويمكن أن يؤدي نقص الوارد من الفيتامينات إلى حالات مرضية .

**عوز الفيتامينات Avitaminoses :**

عوز الفيتامينات حالة نادرة في البلدان المتقدمة . ولكن هذا العوز يمكن حدوثه إذا كان الغذاء الذي يتناوله الإنسان غير كاف وخاصة كمية البروتينات والفيتامينات ، أو في حالة الأمراض المعوية التي تؤثر على امتصاص الفيتامينات والاستفادة منها أو تؤثر على تركيبها في الجسم .

**فرط الفيتامينات Hypervitaminoses :**

ويحدث فرط الفيتامينات نتيجة تناول كميات زائدة من الفيتامينات الذوابة بالدسم ، أما الفيتامينات الذوابة بالماء فتطرح عن الطريق الكلوي .

**الفيتامين آ Vitamin A :**

الريتينول Retinol فيتامين ذواب في الدسم ، ويتركب في الحيوانات فقط . ويتم تناوله مع الطعام وخاصة الحليب ، والزبدة والبيض ، أما سَلَفُ الفيتامين Provitamins ألفا - وبيتا كاروتين فيؤمن عن طريق الغذاء النباتي بشكل رئيسي . يختزن الفيتامين آ في الكبد والكليتين ، وهو ضروري من أجل النمو الطبيعي للنسج وللجلد أيضاً . ولقد أفادت الدراسات التجريبية أن زيادة فيتامين آ يمكن أن تحرض على تحول المخاطين في الظهاروم المتقرن ، وهي أيضاً ذات أهمية في تنظيم الفعالية الانقسامية للخلايا الظهارية ويلعب الفيتامين آ دوراً في تجريد الإنظيمات الحالة عن طريق خلق حالة من عدم الاستقرار في غشاء الجسيمات الحالة ، الأمر الذي يبين علاقة هذا الفيتامين بالتقرن .

**عوز فيتامين آ** : يشاهد عوز فيتامين آ في مجتمعات الصين ، وأفريقية ، والهند ويمكن أن يترافق مع أشكال أخرى من سوء التغذية .

**الموجودات السريرية** : العلامة السريرية المبكرة لعوز الفيتامين آ هي العمى الليلي أو ما يُطلق عليه عدم التلاؤم البصري نحو الظلمة . يتحول الريتنول إلى الدهيد ريتنال ، الذي ينتج الرودوبسين Rhodopsin البصري الصباغي لدى اتباعه تحفيز المزامَرَة Isomerization مع البروتين أوبسين Opsin .

ويؤدي العوز الشديد للفيتامين آ عند الإنسان والحيوان إلى تبدلات في الملتحمة ( جفاف الملتحمة ) وتغيرات في القرنية ( جفاف القرنية وتلينها ) .

ويتحول الريتنول في الجلد إلى تشكل فيتامين آ الحامضي أو تريتينوين عن طريق الأكسدة . ويؤدي عوز الفيتامين آ عند الأطفال إلى جفاف جلودهم وتوسفها ، لأن الغدد الزهمية ليست فعالة بشكل كامل عندهم . وتبدي الصورة النسجية ثخانة الطبقة المتقرنة ، وتقراناً جريبياً خفيفاً ، ونقصاً في فعالية الغدد العرقية . هذا ويحدث تأخر في نمو الجسم والعقل في الحالات الشديدة .

أما عند البالغين ، فيوجد ميل لحدوث فرط تقرن كما في السماك الشائع أو تقران جريبي ( جلد الضفدع Phrynoderma ) . وتكون جلودهم جافة ذات لون أبيض ضارب للرمادي ، ويلاحظ على النهايات وجود حطاطات متقرنة ، وتنسد الأقنية العرقية والجريبات الزهمية كما هو الحال في التقران الجريبي ( داء داريه ) .

**تشخيص عوز الفيتامين آ** : يندر عوز الفيتامين آ في العالم الغربي ، غير أنه يمكن أن يحدث عند الأطفال الذين يوضعون على تغذية خالية من الحليب بسبب الأرج دون أن يتم تعويض الفيتامينات في قوتهم ، ويمكن التثبت من التشخيص بمعايرة مستوى الفيتامين آ في الدم .

ولم يثبت بعد ما إذا كان فرط التقرن الجريبي ناتج عن عوز الفيتامين آ أو عن نقص الفيتامين ث لأن عوز الأخير ، الفيتامين ث ، يؤدي إلى مثل هذه التغيرات .

**فرط الفيتامين آ** : لوحظ فرط الفيتامين آ عند استخدامه بكميات كبيرة في معالجة الصداف وغيره من الأمراض الجلدية الأخرى . وتؤدي الجرعة المفرطة Overdose الحادة من الفيتامين آ ، إلى الغثيان ، والصداع ، والإقياء وذلك خلال ساعات ، ويصبح الجلد قابلاً للانسلاخ Shed . أما فرط جرعة الفيتامين آ المزمن ، فيتظاهر بنقص وزن المريض ، والقهم وزيادة الميل للنوم . ويصبح الجلد جافاً جداً وخشناً وسريع التهيج . وتبدي الشفاه علامات التهاب الشفتين الجاف مع تشققات عديدة ونزوف . وتحدث هذه التغيرات نفسها في الأغشية المخاطية للأنف ، وتتشكل أحياناً تقرانات جريبية على

قاعدة حمامية ، وتحدث حاصة منتشرة في طور انتهاء النمو Telogen .

يشكو بعض المرضى من آلام عظمية ومفصلية شديدة ( ألم ، تورم ، وفرط تعظم قشري ) وخاصة عند الأطفال ، وباعتبار أن الفيتامين آ يختزن في الكبد لذلك فإننا نتوقع حدوث أذية في وظيفة الخلية الكبدية ( ارتفاع في خمائر الترانس أميناز والفوسفاتاز القلوية ) .

ويمكن ملاحظة هذه الأعراض نفسها أثناء المعالجة بالريتنوئيدات العطرية ( الأترتينات ) أو بالإيزوتريتنوين Isotretinoin ( 13 – Cis retinoic Acid ) .

**التشخيص** : يوضع التشخيص استناداً لارتفاع مستوى فيتامين آ في المصل . وتشير الموجودات الشعاعية للعظام إلى فرط تعظم وخاصة عند الأطفال المصابين بفرط فيتامين آ المزمن .

**المعالجة** : تتراجع هذه التغيرات المرضية عادة بعد إيقاف المعالجة بالفيتامين آ .

*الفيتامين آ وحمض الفيتامين آ في المعالجات الجلدية :*

تتضمن الصورة السريرية لعوز الفيتامين آ كما أسلفنا جفاف الجلد وتوسفاً سماكي الشكل وتقرانات جريبية . ومن هذا المنطلق جرت محاولات لاستخدام الفيتامين آ موضعياً وزَرْقاً في معالجة السماك الشائع ، والأحمرية السماكية الشكل الولادية ، والنخالية الحمراء الشعرية ، وداء داريه ، والعد الشائع والزؤاني . وغالباً ما كانت هذه المحاولات غير ناجحة . إلا أن المعالجة المستمرة بالفيتامين آ كانت فعالة وخاصة في النخالية الحمراء الشعرية ، وداء داريه ، والعد الزؤاني . ومن المؤكد حدوث تأثير دوائي دينمي Pharmacodynamic في الجرعات العالية ( ٥٠ ــ ١٠٠ ألف وحدة ٣ مرات يومياً أو أكثر من ذلك لمدة عدة أشهر مع مراقبة التأثيرات الجانبية بإجراء الفحوص اللازمة ولكن لم يعد ينصح بهذه المعالجة .

يمكن استخدام التريتينوئين Tretinoin ( حمض الفيتامين آ ، حامض ريتنوئيك ) في هذه المعالجات ، هذا ويعتبر التريتينوئين مهماً للنمو والعظام وتمايز النسيج الظهاري . وليس له أية تأثيرات على الجهاز التناسلي أو على الرؤية .

لا يختزن التريتنوئين في الكبد ولكنه سريع الانطراح عن طريق الصفراء على شكل غلوكورونيد Glocuronide مقترن . وليس له أي تأثير على تركيب الشبكية الصباغي . وللتريتنوئين تأثيرات كبيرة على تكاثر النسج الظهارية وتمايزها . ويستعمل موضعياً في معالجة العد الشائع والاضطرابات التقرنية الأخرى .

وتستخدم الريتنوئيدات العطرية جهازياً في معالجة الصداف الشائع ، والتقران الجريبي ، والحزاز المسطح وأمراض أخرى . ويستخدم الإيزوتريتنوئين عن طريق الفم في معالجة العد الشائع الشديد وفي وردية الوجه والتهاب الجريبات بسلبيات الغرام . ويجب أن لا ننسى أن جميع الريتنوئيدات ماسخة للأجنة .

**الفيتامين ب Vit. B :**

تتمتع مجموعة فيتامين ب الذوابة بالماء بأهمية حيوية كبيرة في العضوية . أما عوز فيتامين ب الذي يتظاهر بآفات جلدية فقد عرفت عند حيوانات التجربة فقط لأن حالات العوز التي تُعزى لفيتامين واحد من هذه المجموعة تحدث في حالات نادرة وبشروط حيوية معينة .

**فيتامين ب١ ( Thiamine ) Vit $B_1$ :**

يتواجد هذا النوع من الفيتامين في الأغذية المختلفة ولكنه يتواجد بكميات كبيرة في طبقة أليرون الحبوب Aleurone ( الأرز ، القمح ، الشعير ، الجاودار ) وكذلك في خميرتي الجعة والخبز . وتفقد الحبوب كميات كبيرة من فيتامين ب١ أثناء عملية قشرها . ويعتبر بيروفسوسفات فيتامين ب١ تميم إنظيمي للكثير من الإنظيمات المهمة في استقلاب السكريات وله دور مميز في حلقة حمض الليمون .

يحدث عوز فيتامين ب١ بشكل رئيسي عند الأشخاص الذين يعيشون على الأرز المقشور وتقتصر تغذيتهم عليه كما في جنوب شرق آسية ويحدث العوز أيضاً في الكحولية المزمنة .

**الموجودات السريرية لعوز فيتامين ب١** : إن الصورة السريرية المدرسية لعوز فيتامين ب١ هي مرض البري – بري الذي يعتبر مرضاً شائعاً حتى يومنا هذا ، ويتميز بأعراض عصبية ( اعتلال عصبي مركزي أو محيطي )، وتبدلات قلبية، ووذمة خاصة في براجم الأصابع واليدين والوجه ، بالإضافة إلى اضطرابات هضمية .

ولا تلاحظ آفات جلدية في عوز فيتامين ب١ باستثناء الوذمة . وفي المعالجة الجلدية ، يعطى فيتامين ب١ مع الفيتامينات الأخرى على شكل فيتامين ب مركب ( البيريدوكسين ، سيانوكوبالمين ) وذلك لتهدئة الألم العصبي في الحلأ النطاقي وكذلك في الأخماج المزمنة ( تقيحات الجلد ) ولو أن ذلك ليس له ما يبرره .

**فيتامين ب٢ ( الريبوفلافين ) :**

الفيتامين ب٢ مشتق من مادة Isoalloxacin ، وهو واسع الانتشار في النسج النباتية والحيوانية : ويتحد في الخلايا مع البروتينات على شكل فلافوبروتين Flavoprotein . والحليب

فقط هو الذي يحتوي على الريبوفلافين الحر ، ويعزى اللون الأصفر فيه إلى مقدار ما يحويه من هذا الفيتامين .

هذا ويلعب الفيتامين ب٢ دوراً مهماً في تفعيل الإنظيمات ، وخاصة في السلسلة التنفسية .

**الموجودات السريرية لعوز فيتامين ب٢** : عوز هذا الفيتامين بشكل مستقل غير شائع في الحالات الحيوية ، حيث يتم بسبب سوء التغذية أو الوجبات الغذائية غير الكاملة . وقد يحدث العوز في الاضطرابات المعوية المزمنة وفي خلل الامتصاص المعوي ( التهاب الأمعاء المزمن ، نقص القدرة الإفراغية المعثكلة ، الآفات البطنية وفي الأخماج المزمنة أو الأمراض الورمية ) . ويتظاهر العوز بآفات فموية ، وعينية وتناسلية ( المتلازمة الفموية العينية التناسلية ) .

*تظاهرات العوز في الفم* : يظهر التهاب فم زاوي مع احمرار التهابي في صواري الشفتين ، وتحمر الشفتان وتجف وتتوسف وتصاب بالتشققات . ويصاب اللسان بالضمور ويبدو بلون أحمر لمّاع وناعم . ويشكو المرضى من الألم أثناء تناول الأطعمة الحارة أو الحامضة .

*تظاهرات العوز في العينين* : تصاب العينان بالتهاب تخريشي ، والعلامة النوعية هي التهاب أجفان زاوي ، وقد يحدث التهاب ملتحمة وتكون أوعية في القرنية أحياناً مع ما يوافق ذلك من ضعف في البصر .

*تظاهرات العوز في الجلد* : يتوسف الجلد مقلداً بشكل يشابه التهاب الجلد المثي ، إذ تصاب فروة الرأس ، والناحية الأنفية الشفوية ، وما حول العينين والأذنين .

وتحدث آفات حمامية وسفية في ناحية الصفن والفرج . وهذه العلامات هي عبارة عن علامات باكرة لعوز فيتامين ب٢ . وتستجيب هذه الأعراض بسرعة للمعالجة بالريبوفلافين .

*تظاهرات العوز في الأظفار* : حدوث التهاب ما حول الأظفار ( داحس ) .

ويحدث لدى الأطفال الذين يعانون من عوز فيتامين ب٢ تأخر في النمو أو نقص وبطء في زيادة الوزن إضافة إلى فقر دم صغير الكريات ناقص الصباغ .

**المعالجة** : يعالج هذا العوز بإعطاء فيتامين ب٢ ( ١٠ مغ مرة إلى مرتين يومياً ) وتأمين القوت الكامل اللذين يؤديان إلى تراجع الأعراض .

**فيتامين ب٣ ( النيكوتيناميد ) العامل الواقي من البلاغرا** :

يتمتع الفيتامين ب٣ وحمض النيكوتيناميد ( النياسين ) بفعالية فيتامينية . ويدخل في تركيب العديد من تميمات الإنظيمات الهامة (Nicotinamide Adenine Dinucleotide) +NAD و +NADP ( الفوسفات ) ولذلك فهو يكتسب أهمية كبيرة في تركيب العديد من الإنظيمات التي تتداخل في استقلاب البيروفات ، وتحلل السكر ، والسلسلة التنفسية والتركيب الحيوي للبنتوز .

يتم إنتاج حمض النيكوتينك عند الإنسان والحيوان من التربتوفان وهو ليس فيتاميناً .

ويعتمد تركيبه الحيوي جزئياً على التيامين والبيريدوكسال . هذا ويشبه عوز حمض النيكوتينيك الثانوي متلازمة هارتنب Hartnup في اضطرابات امتصاص التريبتوفان النادرة . ويعتبر انخفاض مستوى التريبتوفان في الذرة الصفراء مسؤولاً عن حدوث عوز فيتامين ب٣ .

**البِلّغْرَة [ Pellagra [ Casal 1762** :

**التعريف** : البلغرة داء ينجم عن عوز حمض النيكوتينيك أو عناصر أخرى في مركب فيتامين ب .

**الحدوث** : تشاهد البلغرة في بلدان البحر الأبيض المتوسط . وقد كانت تشاهد في السابق في الولايات الأميركية الجنوبية حيث كان السكان يعتمدون في غذائهم على الذرة الصفراء . ويمثل مستوى التريبتوفان المنخفض العامل الرئيسي في نقص تركيب حمض النيكوتينيك . أما في أوروبا وشمال أمريكا فتحدث البلغرة بشكل إفرادي وذلك لدى المصابين باضطرابات عقلية ويرفضون الطعام ، والمشردين الذين يعتمدون في غذائهم على الخبز والبطاطا ، وفي الكحولية المزمنة والاضطرابات المعدية المعوية المزمنة .

يعتمد إنتاج حمض النيكوتينيك على التريبتوفان الذي يتناوله الفرد، وهذا يفسر التهاب الجلد البلغري الشكل Pellagroid في متلازمة هارتنب ، وهو مرض وراثي ينتج عن اضطراب استقلاب التريبتوفان والذي يتحسن بالمعالجة بحمض النيكوتينيك . وقد يؤدي تناول إيزونيكوتينيك هيدرازيد والصادات واسعة الطيف إلى أعراض بلغرية الشكل بعد تناولها لفترة طويلة . ونادراً ما تحدث البلغرة عند مرضى السرطاوي Carcinoid المعوي .

**الموجودات السريرية** : تتضمن الصورة السريرية النموذجية للبلغرة تبدلات هامة في الجلد ، والسبيل المعدي المعوي ، والجهاز العصبي وقد تؤدي إلى الموت إذا أهملت المعالجة .

*الموجودات الجلدية* : تحدث التبدلات الجلدية في البلغرة بسبب الشمس وهذا يفسر التوضعات المفضلة للمرض في المناطق المكشوفة من الجسم والمعرضة للشمس كظهر الأصابع

واليدين ، ومقدم الظنبوب ، والوجه ، وأعلى الصدر والرقبة ( شكل طوق كاسال ) ( راجع الشكل ٤٩ - ١ ) .

تبدأ الآفات الجلدية على شكل حمامى وذمية ذات حدود واضحة في المناطق المعرضة للشمس ، فهي تشبه حرق الشمس في بادىء الأمر ، ثم تأخذ لوناً أحمر مزرقاً أو لوناً بنياً محمراً . ويمكن أن يحدث توسف ناعم صفاحي الشكل في مركز البقع الحمامية على الأغلب مع توسف طوفي في محيط الآفة ، ويأخذ الجلد في هذه المناطق مظهراً شبيهاً بورق الرق Parchment وقد تتشكل حويصلات على سطح الحمامى المصطبغة وقد توجد تقرحات مواتية في حالات نادرة .

قد تحدث آفات مشابهة بنتيجة الاحتكاك المزمن ، أو الضغط أو الحرارة وهذا ما يفسر حدوث الآفات في الإبط والخصيتين . وإذا استمرت الحالة المرضية لفترة طويلة دون علاج ، يصبح الجلد المصاب ثخيناً وقد تظهر تشققات مؤلمة في مناطق المفاصل مع حدوث فرط تقرن منتشر على الراحتين . وتصبح المناطق المصابة قاسية وتغطى بوسوف كبيرة أو بجلب مدماة .

*الأغشية المخاطية :* وتتظاهر على شكل التهاب فم ، أو التهاب لسان ، أو التهاب فرج . تبدو شفتا المريض جافتين جداً ومحمرتين وملتهبتين . ويكون اللسان أحمر لماعاً ، أو أرجوانياً ضارباً للزرقة أحياناً ، ويكون مظهره مشابهاً لمظهر التهاب اللسان من نموذج Moeller – Hunter .

ويصاب المرضى بإلعاب Sialorrhea مفرط ، وحرقة في اللسان ، وقد يكون اللسان أسود وبرياً .

*السبيل المعدي المعوي :* يصاب المرضى بألم بطني وإسهال . ويلاحظ نقص في إفراز حمض كلور الماء المعدي في ٥٠٪ من الحالات .

*الأعراض العصبية :* يصاب المرضى باكتئاب متوسط الشدة وتتميز الحالات الخفيفة بالخمول . ويصعب تشخيص التهاب الأعصاب المحيطي ، والتهاب النخاع الشوكي ، والذهان Psychosis على أنها ناتجة عن البلاغرا إذا لم تترافق بأعراض جلدية .

**سير المرض :** إن ظهور الآفات الجلدية الفصلية وخاصة في فصلي الربيع والصيف تؤكد دور الضوء في حدوث المرض . وغالباً ما تشاهد حالات من البلاغرا المجهضة دون أعراض عصبية أو جهازية ، ويطلق عليها اسم البلغرانية Pellagroid . تستجيب الآفات الجلدية البلغرية بسرعة بعد إعطاء حمض النيكوتينيك وتشفى بشكل نابذ تاركة وسوفاً خفيفة .

**التشخيص التفريقي :** يدخل في التشخيص التفريقي للبلغرة كل من البرفيرية الجلدية الآجلة ، ومتلازمة هارتنب ، وبعض التفاعلات الدوائية ، والتفاعلات الضيائية الأرجية المزمنة . وتفرق البلغرة عن الكواشيركور عند الأطفال بأن الأولى تحدث بشكل رئيسي عند البالغين ولا تسبب تبدلات في الأشعار أو الأظفار وخاصة في بدايتها عندما تظهر الأعراض الجلدية .

**المعالجة :** يعطى النياسيناميد Niacinamide بمقدار ١٠٠ - ٣٠٠ ملغ في اليوم لمعالجة الأعراض الجلدية . أما الأعراض العصبية والهضمية فتستجيب بشكل أقل وتحتاج لمعالجة إضافية بالفيتامينات ب الأخرى وقوت غني بالبروتينات ( ١٠٠ - ١٥٠ ملغ من البروتينات يومياً ) .

هذا وتستخدم النيكوتيناميد في علاج بعض الأمراض الجلدية الأخرى ذات الأعراض البلغرية الشكل أو ذات علاقة بالضياء كالحمامى عديدة الأشكال ، والذأب الحمامي القريصي ، والجلادات الضيائية ، ومتلازمة هارتنب . غير أن الفائدة منه لم تثبت بشكل قاطع بعد .

**فيتامين ب٦ ( بيريدوكسين ) :**

يعتبر الفيتامين ب٦ في شكله البيرودوكسال فوسفات Pyridoxal Phosphate تميم إنظيمات متعددة مسؤولة عن نزع الكربوكسيل ونقل الأمين في استقلاب الحموض الأمينية .

ويقوم أيضاً بتحويل حمض اللينوليك إلى حمض الأراشيدونك ( البروستاغلاندينات ) . يتواجد هذا الفيتامين في العديد من الأطعمة وخاصة الجزر ، والكبد ، واللحم ، والبيض والحبوب . وقد اثبتت التجارب التي أجريت على الحيوانات أن عوز فيتامين ب٦ يؤدي إلى اضطراب في النمو ووجع ( ألم ) الأطراف ، وفقر دم صغير الكريات ناقص الصباغ ، بالإضافة إلى التشنجات .

ولقد لوحظت أعراض مشابهة عند الأطفال الذين يغذون بحليب مجفف ينقصه فيتامين ب٦ ناجم عن الإفراط في التسخين .

*العلامات الجلدية بنقص الفيتامين ب٦ :* نادراً ما تحدث علامات جلدية وتتصف بالمث Seborrhea أو التهاب جلد مثي حول العينين ، والأنف ، والفم . والعلامات الجلدية في عوز الفيتامين ب٦ مشابهة للعلامات في عوز الفيتامين ب٣ . ويعزى إلى اضطراب في استقلاب الحموض الدسمة غير المشبعة . هذا ويمكن أن يحدث عوز الفيتامين ب٦ بسبب تناول بعض الأدوية كالهيدرالازين أو إيزونيكوتينيك هيدرازيد .

**المعالجة :** يعطى فيتامين ب٦ مع الفيتامينات الأخرى من مجموعة الفيتامينات ب في معالجة التهاب الفم الزاوي ، والتهاب اللسان ، وتشقق الصوارين Cheilosis . ويعالج التهاب

الأعصــاب ، النـاجم عن حمض الإيزونيكوتينيك في معـالجة التدرن ، بفيتامين ب$_{٦}$ ، ولعل ذلك راجع إلى أن فيتامين ب$_{٦}$ ليس فعـالاً عنـدمـا يكـون بشكـل مركـب مع الفيتـامينـات الأخرى . ولذلك ينصح بإعطاء فيتامين ب$_{٦}$ مترافقاً مع المعالجة الدرنية بحمض الإيزونيكوتينيك هيدرازين .

### فيتـامين ب$_{١٢}$ ( كوبالمين ) Vitamin ( Cobalamin ) : $B_{12}$

يتـواجد فيتـامـين ب$_{١٢}$ في الأطعمــة من منشــأ حيواني ( بروتينات حيوانية ) ، وهو متوافر بكميات غزيرة في الكبد الطـازج ، واللحوم ، والبيض ، ومشتقـات الحليب . وينتمي فيتـامين ب$_{١٢}$ من النـاحية الكيميائية إلى مجموعة الكوبالمين ، وهي مجموعة من المواد ذات نظام حلقي معقد مرتبط بالبرفيرين وتحتوي على شارد الكوبالت في مركزها . ويعتبر فيتامين ب$_{١٢}$ تميماً إنظيمياً للعديد من الإنظيمات .

**الموجودات السريرية** : تتضمن علامات عوز فيتامين ب$_{١٢}$ فقر دم كبـير الكريات مفرط الصبـاغ مع تبدلات مميزة في نقي العظام ( فقر دم ضخم الكريات ) وأعراض عصبية ( تنكسات مختــلطــة تحت حادة ) ، ناجمة عن آفات متعددة في النخـاع الشـوكي . ويمكن أن يصاب الأطفال بتأخر في النمو .

*الآفات الجلدية* : يشكو الأطفال الذين يعانون من عوز فيتامين ب$_{١٢}$ من فـرط تصبـغ متنــــاظـر على الأطراف ( الراحتــان والأخمصان ) ، والأوجه الظهرية لليدين والقدمين ، والمفاصل والثلث السفلي من الأطراف . تتحسن هذه الأعراض بسرعة عقب المعالجة بفيتامين ب$_{١٢}$ .

*التهاب اللسان لمولر – هانتر* : تتظاهر التبدلات المخاطية الفموية ببقع مفرطة النمو ذات لون أحمر داكن . تحدث باللمس حس حرق شديد وهي مظاهر نوعية في فقر الدم الوبيل . وبالتالي يمكن أن يحدث ضمور في المخاطية اللســانية ، ( راجع الفصل ٣٣ مبحث التهاب اللسان ) .

**المعالجة** : يعطى الفيتامين ب$_{١٢}$ أيضاً في حالات الألم العصبي عقب الحلأ النطاقي دون وجود حالات عوز ولا زالت التقارير غير كافية حول مدى جدواه .

### حمض الفوليك ( حمض بتيرويل غلوتاميك ) Folic Acid : (Pteroylglutamic Acid)

يتواجد حمض الفوليك بشكـل واسع في الطبيعة ، ويتوفر بكميات غزيرة عادة في الكبد والخضار والفواكه الطازجة . وينتج النبيت الجرثومي في الأنبوب الهضمي كميات كبيرة من حمض الفوليك أيضاً . ويلعب هذا الحمض الذي يكون على شكل حمض تتراهيدروفوليك عند الإنسان دوراً هاماً في نقل المركبات الوحيدة الكربون وخاصة في عمليات تركيب أسس البورين في التركيب الحيوي للحموض النووية . ولهذا فهو يعتبر عـاملاً في النمو والانقســام الخلوي . ويجب أن يتحول حمض الفوليك إلى حمض تتراهيدروفوليك ليكون فعـالاً ويقوم بهذه الأعمال الحيوية .

ويعتـبر كل من حمض الفـوليك ومكـوناته ، وحمض ب أمينوبنزويك P – Aminobenzoic والغلوتامين ( حمض ن – نورميل تيتراهيدروفوليك ، عامل سيتروفوروم ) ، عوامل نمو للجراثيم . وتتشـابه الســلفوناميدات في تركيبها حمض ب – أمينوبنزويك ، وتتحد مع جزيء حمض فوليك إلا أنها غير فعالة كتميم إنظيمي ، وهي بذلك تثبط النمو الجرثومي .

**الموجودات السريرية لعوز حمض الفوليك** : تتضمن العلامات الرئيسية لعوز حمض الفوليك : فقر دم كبير الكريات مفرط الصبـاغ ، وقلّة المحببـات والصفيحات . وتؤدي التبدلات في مخاطية السبيل الهضمي إلى حدوث الإسهال والهزال . وليس ثمة أعراض جلدية محددة معروفة ناجمة عن عوز حمض الفوليك .

يؤدي إعطاء جرعات زائدة من مضادات حمض الفوليك كالميتوتركسـات ، وخاصة في معالجة الصداف ، إلى حدوث تبدلات سريرية شديدة تتظاهر على شكل التهاب فم شديد ، وحاصـة منتشرة انسمامية المنشأ ، وتآكلات جلدية . وتحدث التبدلات كذلك في استقلاب الصباغ ، فتتظاهر بفرط تصبغ بقعي على الراحتين والأخمصـين وفي الثنيات الجلدية أيضاً . ويمكن أن يحدث نقص واضـح بحمض الفوليك في الأمراض الجلدية المنتشرة أو المعممة كالاحمرارات ( الأحمريات ) .

### حمض البانتوتينيك Panthothenic Acid :

ينتـمـي حمض البـانتـوتينيك إلى مركـب الفيتـامـين ب . ويتواجد بوفرة في البيض والكبد ، والخميرة والحبوب germs of cearls ، وتقوم الإشـريكيـة القولونيـة بتركيبه في السبيل الهضمي ويؤلف حمض البانتوتينيك تميماً للإنظيم آ ، ولذلك فهو ذو أهمية في استقلاب السكريات والحموض الدسمة . ولقد تبيّن في التجــارب على الحيـوانات أن عوزه يؤدي إلى اضطرابات غذائية Trophic في الجلد ( التهاب جلد الدجاج – تحول لون الشعر إلى الرمادي ) والمخاطيات ( التهاب فم ، التهاب أنف ، التهـاب معدة وأمعاء ضموري ) ، وتبدلات عصبية ( ضعف عضــلي ) ، مذل وضـمـور قشـر الكظر . وكان عوز حمض البـانتوتينيك مرتبطـاً في بعض الحالات مع التهـاب اللســان ، واضطرابات نمو الأشعار ، وتأخر شفاء الجروح . هذا وإن عوز حمض البانتوتينيك عند الإنسان غير معروف .

**المعالجة** : غير واضحة الاتجاه .

**فيتامين ث Vit C :**

يشتق الفيتامين ث الذواب في الماء ، من السكريات ويتواجد في الفواكه الطازجة والخضار وهو متوفر بكميات كبيرة في الحمضيات ، وأنواع التوت Berries ، نبات الملفوف ، البقدونس ، والفليفلة . ويتواجد الفيتامين ث في الخلية إما على شكل حمض أسكوربيك – ل L – ascorbic Acid أو على شكل حمض دي هيدروأسكوربيك L – de hydroascorbic Acide وهو الشكل المؤكسد له . وللفيتامين ث أهمية كبيرة في الاستقلاب ويتداخل الفيتامين ث في فعالية مصورات الليف ( الأرومة الليفية ) لتشكيل النسيج الضام ، وخاصة في تركيب الكلاجين كعامل مساعد في هدركسلة البرولين المرتبط بالببتيد كما أن تصنيع المادة الأساسية لما بين الخلايا في الظهارة يتطلب الفيتامين ث . ويحتاج تصنيع المادة الأساسية ما بين الخلايا للفيتامين ث . ولسنا هنا بصدد تبيان جميع خصائص الفيتامين ث في هذا الفصل .

يحدث عوز فيتامين ث نتيجة للقوت المحدد الذي تقل فيه الفواكه والخضار الطازجة والبطاطا ( في الشتاء ، والرحلات البحرية ، والسجن وفي الأمراض المعدية المعوية المزمنة ، أو بعد الأخماج ( حيث تزداد الحاجة للفيتامين ث ) . ويؤدي عوزه إلى داء البثع ( داء الحفر Scurvy ) الذي تختلف أعراضه لدى الأطفال والبالغين .

**البثع عند البالغين Scurvy In Adults :**

من المعروف من خلال الدراسات التي أجريت على الإنسان أن داء البثع يبدأ بتقران الجريبات الشعرية وتوسعها وغالباً ما يكون ذلك على النواحي الوحشية لأعلى الساعدين . وخلال بضعة أسابيع تنتشر التقرانات الجريبية وتصيب الناحية الأليوية ومنطقة الظنبوب ، ويحدث النزف . وتحاط كل واحدة من التقرانات الجريبية بهامش نزفي ويلاحظ أيضاً وجود حطاطات نزفية مفرطة التقرن وخاصة على الساقين . وتعتري اللثة جملة تبدلات بما فيها النزف .

يتأخر شفاء الجروح وذلك لأن فيتامين ث ضروري لتركيب الكلاجين . وتكون الجروح الحاصلة أثناء العوز متميزة الاحمرار أو مزرقة بسبب النزف . ويحدث الميل للنزف من جراء نقص المواد الأساسية الداعمة لجدر الأوعية بسبب عوز الفيتامين ث ( الفرفرية الوعائية ) .

تشمل التغيرات المخاطية البدئية اعتلال ما حول السن والتهاب في اللثة ( البثع ) . وقد أظهرت التجارب بأن الأعراض الأولية لعوز الفيتامين ث تظهر خلال ٦ أشهر ، وتتضمن : حمامى ، وتورماً ، ونزفاً في اللثة ( منطقة الأعراف ما بين الأسنان ) . ويحدث النزف أولاً ، ثم يتبعه التهاب اللثة الاسفنجي الذي يترافق بخلل الأسنان وفقدانها ، وأخيراً ينتهي الأمر بحدوث التقرح النخري .

**البثع عند الأطفال** : ( مرادفاته داء موللر – بارلو Moeller 1859 Barlow 1973 ) . أصبح هذا الداء نادراً بسبب غنى تغذية الأطفال بالفيتامين ث ، ولكن قد تشاهد بعض الحالات عند الأطفال الذين تقتصر تغذيتهم على الحليب المعقم وذلك خلال السنتين الأوليتين من العمر ويصبح المرض نادر لدى الأطفال المفطومين . وقد يحدث الداء نتيجة لسوء الامتصاص في التهاب الأمعاء المزمن الذي يؤدي لعوز الفيتامين ث .

تلاحظ تغيرات نوعية في اللثة فيميل لونها إلى الأحمر المزرق وتتورم وتنزف ويصاب الطفل باضطراب في التسنين . وتلاحظ بقع نزفية حبرية ( فرفرية وعائية ) ، وخاصة على العنق والكتفين ، ويمكن أن تلاحظ النزوف في الملتحمة أيضاً . ويمكن أن تؤدي النزوف في السبيل الهضمي إلى الإسهال . ويترافق بوجود الدم في البراز . وتشمل التبدلات البولية بيلة دموية مجهرية أو عيانية .

والعلامات المميزة المرضية لعوز فيتامين ث هي حدوث الألم في الأطراف السفلية ، بحيث تكون أقل هزة كافية لجعل الطفل يتلوى من الألم ( ظاهرة الدمية المتحركة ) . وينجم هذا الإيلام عن حدوث نزف تحت السمحاق ، وخاصة في المناطق التي لا تزال المشاشات فيها غير مغلقة ويترافق بتورم وألم ملحوظين في المناطق المصابة . وتشمل اللوحة السريرية أيضاً اضطراباً في التعظم الغضروفي ، ولا تلاحظ التقرانات الجريبية النزفية التي تشاهد عند البالغين .

**المعالجة** : يؤدي إعطاء ٥٠٠ – ١٠٠٠ ملغ من فيتامين ث/يومياً للبالغين ، و ١٥٠ – ٣٠٠ ملغ/يومياً للأطفال إلى الشفاء السريع .

**الفيتامينات د ، ي ، هـ ، ك Vitamins D, E, H, and K :**

**فيتامين د Vitamin D :**

ثمة سلسلة من الستيرولات ذات فعالية فيزيولوجية متشابهة . وينجم فيتامين د٢ عن تشعيع الأرغوستيرول . أما الشكل الأكثر فعالية فهو ٢٥ – دي هيدروكسي كولي كالسيفرول . وينتج الشكل الفعال من الفيتامين د٣ في الجلد بفعل الأشعة فوق البنفسجية من ٧ – دي هيدروكوليسترول . ولهذا السبب لا تعرف حالات من عوز فيتامين د في الجلد . وتكمن أهمية فيتامين د الكيميائية الحيوية في امتصاص الكلسيوم

وتكلس العظام عند اليافعين ، وامتصاص الكلسيوم وتحرك الكلسيوم من العظام عند البالغين . إضافة إلى أن فيتامين د ينظم التوازن الدموي بين الكلسيوم والفوسفات .

**عوز فيتامين د** : يؤدي عوز هذا الفيتامين عند الأطفال إلى حدوث الرخد Rickets وبالتالي إلى عوز الكلسيوم وخاصة في الأماكن ذات الاحتياج الأعظمي له وهي مناطق التعظم الغضروفي . ويحدث تلين عظام Osteomalacia عند الكبار إذا انخفض تناول فيتامين د انخفاضاً شديداً ( المقدار الطبيعي ٤٠٠ – ٨٠٠ وحدة يومياً ) .

**فرط فيتامين د** : يحدث فرط هذا الفيتامين بسبب الجرعة الزائدة والمزمنة منه ، أو بسبب زيادة الحساسية تجاهه . ويحدث ذلك عند مرضى الغرناوية ( الساركوئيد ) وخاصة بعد تعرضهم المديد للشمس ، ويؤدي إلى فرط كلس الدم الذي يتراجع عادة بالمعالجة الستيروئيدية .

وقد كان فرط الفيتامين د أكثر شيوعاً في السابق وذلك نتيجة معالجة الذأب الشائع ، والصداف والغرناوية بجرعات عالية من فيتامين د٢ ولفترة طويلة . وكان الفعل الواعد للفيتامين د٢ في هذه الأمراض يرتكز على تأثيره على استقلاب المعادن .

وعلى أي حال ، فإن فرط الفيتامين د له تأثيرات جانبية خطيرة في بعض الأحيان ، وخاصة عند غياب المراقبة الطبية حيث ترتفع البولة الدموية وكلسيوم المصل . وقد يحدث تعدد بيلات ، وبيلة الأحين ، ونعاس ، وصداع وارتفاع التوتر الشرياني . كل ذلك يدل على فرط الفيتامين د إضافة لذلك يمكن حدوث تكلس نقيلي في الأوعية الدموية وخاصة في الرئتين والعضلة القلبية والكليتين والجلد . ولهذا السبب فإن الجرعات العالية من فيتامين د لم تعد مستحسنة .

تعالج حالات فرط الفيتامين د بتخفيض المتناول منه قدر الإمكان ، وتناول السوائل بكثرة ، والعلاج الجهازي بالستيروئيدات .

**فيتامين ي Vitamin E** :

الفيتامين ي فيتامين ذواب في الدسم ، وتركيبه هو ألفا – توكوفيرول tocopherol ، ينتسب كيميائياً إلى زمرة الكينونات Chinons . يتواجد هذا الفيتامين بكميات ملحوظة في لب القمح ، والخضار ، والزيوت النباتية والمارغرين . ويوجد أعلى تركيز له في اللباء Colostrum ويقوم الفيتامين ي بدور مضاد للأكسدة حيث يمنع الأكسدة العفوية للمركبات اللامشبعة وخاصة تركيب البيروكسايد Peroxides من الحموض الشحمية اللامشبعة في شحميات الغشاء الخلوي .

يترافق عوز فيتامين ي في الحيوانات بنقص الإنطاف Spermatogenesis ، وضمور الخصيتين ، والعقم ، وميل لحدوث الإجهاض . ويذكر أيضاً أن عوزه هو المسؤول عن وذمة الوليد الخديج . وليس ثمة علامات جلدية خاصة لعوزه .

**المعالجة** : يستعمل في المعالجة لفترات طويلة وبمقدار ٥٠ – ٣٠٠ ملغ يومياً ونتائج هذه المعالجة تعتمد على الخبرة ولكنها ليست مؤكدة .

يستخدم في أمراض النسيج الضام ( التهاب الجلد والعضل ، تصلب الجلد المجموعي المترقي ) والورم الليفي ( تقفع دوبتران ، جسوء الجسيمات الكهفية في القضيب ) ، ومتلازمة الظفر الأصفر ، واضطرابات الإخصاب ( قلة الحيوانات المنوية دون وجود تبدلات هرمونية واضحة ) . ويستخدم كذلك في انحلال البشرة الفقاعي الخلي ، البرفيرية الجلدية الآجلة حيث يستخدم بجرعات عالية ( ٦٠٠ – ١٨٠٠ ملغ/يومياً عند البالغين . ومن وجهة نظرنا ، لا تحقق المعالجة بالفيتامين ي إلا نتائج ضئيلة .

**فيتامين هـ ( بيوتين ) Vitamin H (Biotin)** :

وهو فيتامين ذواب في الماء ، ويتواجد بغزارة في الكبد ، والخميرة ، والحليب ومح البيض . وهو عامل نمو للخمائر . وعامل شافي في الأذيات البروتينية . ولقد أظهرت التجارب أن عوزه عند الحيوانات يؤدي إلى التهاب جلد تقشري معمم ، وآلام عضلية ، وضعف عام . ولا يوجد استخدام علاجي لهذا الفيتامين .

**فيتامين ك Vitamin K** :

ينتمي الفيتامين ك١ الذي يتواجد في النباتات العليا ،والفيتامين ك٢ الذي تركبه الجراثيم إلى فيلوكينون Phylloquinone ويشتق من ٢ – ميتيل – ١ – ٤ نافتوكينون ( Menadione ) والميناديون هو المشتق الفعال حيوياً . وتقوم الإشريكيات القولونية بتركيب الفيتامين ك عند الإنسان في الأمعاء ، ويعتبر الفيتامين ك ضرورياً لتركيب البروترومبين في الكبد ، وهو أيضاً معنيّ بتركيب عوامل تخثر الدم الأخرى . كما أن لهذا الفيتامين تأثيراً وعائياً في الشعريات الدموية .

يحدث عوز الفيتامين ك في اليرقان الانسدادي ، واضطرابات وظائف الكبد ، والاضطرابات التي تؤدي إلى خلل تركيب الفيتامين ك ( اضطرابات نبيت الأمعاء ، المعالجة الكيميائية ، المعالجة بالصادات ) ، أو بعد استعمال طويل الأمد للأدوية المضادة لاستقلاب فيتامين ك كمشتقات الكومارين أو

مركبات حمض الصفصاف . ولهذا يجب مناطرة زمن البروتومبين عند استخدام المعالجة بالديكومارول .

ويحدث في عوز فيتامين ك ميل عام للنزف ، وغالباً ما يكون النزف الكلوي هو العلامة الأولى . ويلاحظ الحبر والكدمات على الجلد في مناطق الرضح الطفيف . وقد تحدث أورام دموية شديدة تحت الجلد وفي العضلات . ويعتمد تفريق هذه الحالة ، أي عوز فيتامين ك ، عن الأمراض النزفية الأخرى كالناعور ، وقلة الصفيحات ، وعوز فيتامين ث ، على الاختبارات الموافقة ( زمن النزف ، والتخثر ، وزمن البروترمبين .. إلخ ) .

**المعالجة** : يستعمل فيتامين ك$_1$ في حالات النزوف أو خطر حدوث النزوف في حالات نقص البروترومبين ، ويستعمل أيضاً عندما تستخدم مشتقات الكومارين بجرعات عالية وفي حالات النزوف عند الولدان .

# الفصل الخمسون

# الأدواء الحبيبومية المجهولة السببيات

# Granulomatous Disease of Unknown Etiology

د . عبد الحكيم عبد المعطي

يتناول هذا الفصل مجموعة من الأدواء الجلدية المجهولة السببيات التي تتميز بمظهر مجهري مشترك هو الإلتهاب حبيبومي Granulomatous inflammation . كما تتصف جميع هذه الجلادات من الناحية السريرية بظهور الآفات الجلدية البنية المحمرة أو الزرقاء المحمرة ، وبسيرها المزمن .

**الغَرناوية Sarcoidosis ( الساركوئيد )** [ Hutchinson ١٨٧٧ ، Besnier ١٨٨٩ ، Boeck ١٨٩٩ ، Schaumann ١٩١٧ ] :

*المرادفات :* غَرناوي بيك Boeck ، داء به نيه – بيك – شومان Besnier – Schaumann – Boeck ، الذأباني الدُخني السليم ، الورام الحبيبي اللمفي السليم .

**تعريف** : الغرناوية داء مجموعي مجهول السببيات ، يتصف من الناحية النسجية بتشكل حبيبوم الخلية الظهارانية اللاتجبني . والأماكن الإنتقائية للإصابة هي : العقد اللمفية المنصفية والمحيطية ، والرئتان ، والكبد ، والطحال ، والجلد ، والعينان ، والسلاميات ، والغدة النكفية . يحدث في هذا الداء تعطلٌ للسلين Tuberculin anergy بشكل نسبي أو مُطلق .

**الحدوث** : تحدث الغرناوية في جميع أنحاء العالم ، ويختلف معدل حدوثها بين بلد وآخر ، فهي شائعة في الدول الاسكندنافية ، والمملكة المتحدة ، وجمهورية ألمانيا الاتحادية ، وتُقدَّر المُراضة Morbidity في المملكة المتحدة بعشرين مريضاً لكل مئة ألف من السكان . ومن النادر جداً حدوث هذا الداء في المناطق الواقعة بين خطي العرض عشر شمالاً وعشر جنوباً ، تُصيب الغرناوية بشكل عام كلا الجنسين ، بينما تُصيب غرناوية الجلد النساء أكثر من الرجال . يتراوح سن البدء غالباً بين ٣٠ – ٥٠ سنة ، وينقص حوالي عشر سنوات عند الذين يُصابون أولاً بالحمامى العقدة . يترافق هذا الداء على الأرجح مع مستضد الهلا – ب ٧ ( HLA – B7 ) .

**الإمراض** : ما زال سبب الغرناوية غير معروف حتى الآن . وكان من المعتقد سابقاً وجود صلة بين الغرناوية والتدرن . بيد أن التحول من الغرناوية إلى التدرن ، والذي يحدث في بعض الأحيان بسبب المعالجة بالستيرويدات القشرية السكرية ، قد وُصِف عند حوالي ٢٠٪ من الحالات فقط . وكذلك لم يُؤكد الدور السببي للمتفطرات المحموجة بالعاثيات Phage – infected mycobacteria ، فالمرضى المصابون بالغرناوية لا يشكلون الأضداد المُعدِّلة للعاثيات Phage – neutralizing antibodies . وأخيراً تم اتهام الشكل الأرومي الأولي Protoblast **للمتفطرة السلية** بأنه الكائن الحي المسبب . إن النقص الذي يحدث في التفاعل الآجل عند مرضى الغرناوية قد تكون له دلالة إمراضية . كما أن النقص الذي يحدث في تفاعل السلين يمكن إظهاره أيضاً بمستضدات أخرى ( بالإختبار داخل الأدمة ) مثل : مستضد النُكاف ، ومستضد الشاهوَق ، والتريكوفيتين Trichophytin ، والكانديدين Candidin . تنقص عند مرضى الغرناوية استجابة اللمفاويات للتنبيه في الزجاج بالراصة الدموية النباتية Phytohemagglutinin ، ويضطرب عندهم توازن اللمفاويات التائية الكابتة (CD8) Suppressor والمؤازرة (CD4) Helperبسبب فرط الخلايا الكابتة ( CD8 ) . هذا وبتحرر اللمفوكينات تتفعل اللمفاويات البائية فيؤدي ذلك إلى ازدياد إنتاج الغلوبلينات المناعية . والأمر الذي يستحق الذكر هو ازدياد الغلوبلينات – غاما globulins – ٧ في سياق الحالات الشديدة من الداء . ( راجع الشكل ٥٠ – ١ ) .

عند الحديث عن الإمراضية في هذا الداء ، والتي تتوضح حديثاً بكشف الشذوذات المناعية ، فإنه يجب ألا ننسى أنه يمكن لعوامل أخرى أن تلعب دوراً هاماً ، فتوافق حدوث الداء عند توأم وحيد الزيجوت Monozygotic twins إنما يشير إلى وجود عامل وراثي ، والذي يشير إليه أيضاً عدم حدوث الغرناوية عند هنود أمريكا .

**نبذة تاريخية** : وصف هتشنسون Hutchinson الآفات الجلدية للغرناوية في عام ١٨٧٧ . ووصف به نيه Besnier في عام ١٨٨٩ آفات جلدية زرقاء محمرة ، توضعت على الوجه وبخاصة الأنف ، وترافقت بتورمات في الأصابع ، وأطلق عليها اسم **الذأب الشرثي Lupus pernio** . لقد اختار به نيه هذه التسمية لأن الآفات كانت تشبه داء الشرث Perniosis من الناحية السريرية ، كما أنها أبدت من الناحية النسجية ارتشاحات ذأبانية . وصف بيك Boeck في عام ١٨٩٩ المظاهر الجلدية للغرناوية وأطلق على الآفات اسم **غرناوي الجلد المتعدد السليم Multiple benign sarcoid of the skin** أو **الذأباني الدُخني السليم Benign miliary lupoid** ، واختار بيك العبارة الأخيرة على أساس التشابه السريري للآفات مع الذأب

الشائع . لقد ازدادت معرفتنا بهذا الداء وإصابته للأعضاء المختلفة عن طريق شومان Schaumann ، الذي تعرف أيضاً على الآفات الرئوية ، وأطلق على الداء اسم **الورام الحبيبي اللمفي السليم Lymphogranulomatsis benigna** على افتراض أنه داء يُصيب الجهاز اللمفي . وفي عام ١٩٢٠/١٩٢١ وصف يونغ لنغ Jüngling ما يُدعى **بالتهاب العظم التدرني الكيسي المتعدد Osteitis tuberculosa multiplex cystica** ، والذي تبين مؤخراً أنه تظاهرة عظمية للغرناوية . وأخيراً ، تبين أن الداء المتوضع في العقد اللفمية المنصفية ، المترافق أو غير المترافق بالحمامى العقدة ، إنما يُشكل المرحلة الباكرة من الغرناوية ( James ١٩٦١ ) ، علماً بأن التعبير المقبول عالمياً في الوقت الحاضر هو الغرناوية Sarcoidosis .

**الموجودات السريرية** : تحدث الآفات الجلدية عند ٤٠٪ – ٥٠٪ من المرضى ، ويُصاب الجلد عادة متأخراً عن بقية الأعضاء ، باستثناء الحمامى العقدة العَرَضية .

*الحمامى العقدة* ***Erythema Nodosum*** *:* تُعد الحمامى العقدة التظاهرة السريرية النموذجية للمرحلة الباكرة الحادة – تحت الحادة من الداء ، وتُلاحظ عند ٣٠٪ من جميع مرضى الغرناوية ، ولم يتضح بعد فيما إذا كانت هناك علاقة إمراضية سببية بالغرناوية . هذا وتُصاب النساء الشابات بصورة رئيسية ( من أجل التفاصيل انظر الفصل ١٤ ) .

*متلازمة* ***Löfgren*** *(* ***١٩٤٦*** *) :* تتصف هذه المتلازمة بالحمامى العقدة ، وضخامة العقد اللمفية المنصفية بالجانبين ، وفرط الأرجية Hypergy أو التعطل Anergy عند إجراء اختبار السلين داخل الأدمة . ومن هنا فإن متلازمة **Löfgren** تُعد المرحلة الباكرة من الغرناوية الحادة . أما إنذار هذه التظاهرة الغرناوية فهو جيد .

*الذأباني الوعائي* ***Angiolupoid*** *(* ***متلازمة بروك – بوتريه Brocq – Pautrier*** *(* ***١٩١٣*** *) :* يُصيب هذا الشكل المزمن من الغرناوية الجلدية النساء عادة ، وتظهر الآفات على الوجه ، والمنطقة الانتقائية هي مكان استناد النظارات على الأنف . تكون الآفات لينة كالوسادة ، وتأخذ اللون الأحمر – البني أو البني الأزرق ، وتترافق بتوسع واضح في الشعيريات ، يختفي عند ضغطه بِمِلْوَق زجاجي Spatula لتتكشف الرشاحة الذأبانية الصفراء – الرمادية الرائقة . هذا ونادراً ما تتراجع الآفات عفوياً ، وكثيراًما تحدث الرَّجْعَة Recurrence حتى بعد العلاج بالستيرويدات القشرية الموضعية .

يشمل **التشخيص التفريقي** : اللمفوم الكاذب ، والحبيبوم الحمض الوجهي ، والشوكوم المتشقق Acanthoma fissuratum(*) ، والذأب الشائع .

*نمط العقيدات الصغيرة المنتثرة ( الذأباني الدُخني السليم* ***Benign Miliary Lupoid*** *) :* يتصف هذا النمط بظهور طفوح معزولة مؤلفة من حطاطات أو عقيدات صغيرة ، مبعثرة على نحو كثيف ، ومتجمعة في قسم منها ؛ وكثيراً ما نشاهد آفات من النمط الخزازاني . تأخذ الاندفاعات مقياس ( ١ – ٣ ) ملم وتتلون باللون البني الأحمر أو الأزرق الأحمر ، وتُبدي بالمعاينة الشفوفية Diascopy رشاحة ذأبانية رمادية مُصفَرة مُبقَّعة بشكل ناعم ، ومن هنا أتت تسمية الداء **بالذأباني الدُخني السليم** ، **يُفرَّق** هذا النمط من الغرناوية عن الذأب الشائع بلون آفاته الأفتح كثيراً ، وبعلامة المسبار Probe sign التي تكون سلبية دائماً . كما تندر في هذا الداء التبدلات الثانوية من توسف وتآكل وتقرح . أما المناطق الانتقائية للإصابة فهي : الوجه ، والجوانب الباسطة للأطراف ، ونادراً ما تكون في الجذع والأغشية المخاطية . ( راجع الشكل ٥٠ – ٢ ) . قد تظهر الحطاطات أو العقيدات بمظهر حلقي الشكل ( **النمط الحلقي Annular type** ) بسبب حدوث الشفاء المركزي الذي يترك وراءه ضموراً سطحياً ، وقد تُصبح الآفات مفرطة التصبغ تدريجياً ، وتُشابه عندئذ كثيراً آفات الذأب الشائع . كما قد تظهر الشعيريات المتوسعة في المراحل الأخيرة . يمكن لهذا النمط من الغرناوية أن يظهر دون تظاهرات الغرناوية الأخرى ، فيصعب عندئذ تفريقه سريرياً عن الطفحة السلية الخزازانية ، وعن الحبيبوم الحلقي . أما **الإنذار** فهو جيد عادة .

*الغرناوية المتحلقة* ***Circinate Sarcoidosis*** ***على الجبهة أو الوجه أو مؤخر العنق*** *:* آفة سريرية لافتة للنظر إلى حد كبير ، وتتصف باندفاعات ملتفة على شكل الشريط ، تأخذ اللون الأحمر المُصفر ، وغالباً ما تكون مرتفعة قليلاً ، وقد تُبدي توسفاً خفيفاً . تُظهر المعاينة الشفوفية Diascopy ارتشاحاً ذأبانياً نموذجياً جيداً ، وتكون علامة المسبار Probe sign سلبية . تمتد الآفات بشكل نابذ وتشفى مركزياً ، وتُخلِّف وراءها زوالاً في الصباغ وضموراً هشّاً . **يُفرَّق** هذا النمط من الغرناوية عن الحبيبوم الحلقي وعن الشكل الحلقي من البلي الفيزيولوجي الشحماني المتوضع على الفروة ، فكلاهما يشبه الغرناوية المتحلقة سريرياً ، وقد نلجأ للوصول إلى التشخيص إلى إجراء الفحص النسجيّ مع استخدام ملونات الدسم ( راجع الشكل ٥٠ – ٣ ) .

*نمط العقيدات الكبيرة :* يتصف بظهور عقيدات أو لطخات

---

(*) يُدعى أيضاً الحبيبوم المتشقق ، أو شوكوم إطار النظارات spectale frame acanthoma – ( المترجم ) .

ـية حمراء أو زرقاء حمراء ، قوامها قاسٍ إلى حد ما ، وقد يصل قطرها إلى عدة سنتيمترات ، وقد تُبدي مظهراً كُتيلياً Lumpy ( كثير التكتل ) . ثم يظهر بعد فترة طويلة من الزمن كثير من الشعيريات المتوسعة الغليظة ، وقد يؤدي شفاء العقيدات مركزياً إلى انكماشها . أما المناطق الانتقائية للإصابة فهي : ذروة الأنف وجسره ، والخدان ، وشحمة الأذن بشكل خاص . وقد تصاب شحمة الأذن بتورمات كتلية ضخمة زرقاء حمراء . كما قد يصاب الجذع والأطراف أيضاً . ( راجع الشكل ٥٠ – ٤ ) .

وبما أن العقيدات على الوجه تأخذ عادة اللون الأزرق الداكن أو الرمادي الأردوازي Slate ، وتظهر بمظهر يشبه داء الشرث Perniosis ، فإن هذا النمط من العقيدات الكبيرة ما زال يُسمى **بالذأب الشرثي Lupus pernio** . وربما كان لتأثير البرد دلالة في الإمراض ، وكذلك في تحديد قابلية الآفات للتقرح ، وفيما عدا هذه الحالة فإن التقرح لا يحدث في الآفات الجلدية للغرناوية ، علماً بأن التخريب الشديد الذي يُشاهد عادة في آفات الذأب الشائع لا يحدث في هذه الحالة أبداً . ( راجع الشكل ٥٠ – ٥ ) .

تُظهر **المعاينة الشفوفية** رشاحة رمادية مصفرة ، وتكون علامة المسبار Probe sign سلبية . وغالباً ما تُصاب الأعضاء الداخلية بالغرناوية ، كما تظهر في كثير من الأحيان تورمات متعددة في السلاميات الوسطى بسبب إصابة العظم بالغرناوية : ( **التهاب العظم الكيساني المتعدد Osteitis cystoides multiplex** ، يونغ لنغ Jüngling ) .

*نمط العقيدات تحت الجلد* : تتوضع الحبيبومات الغرناوية في النسيج الدهني تحت الجلد ، ويكون الجلد الساتر لها طبيعياً أو مزرقاً قليلاً . يمكن كشف هذه العقيدات بواسطة الجس .

أما **غرناوي داريه – روسي Darier – Roussy sarcoid** ( ١٩٠٦ ) ، الذي يتصف أيضاً بعقيدات تحت جلدية في منطقة الساقين ، فهو عبارة عن تفاعل ثانوي غير نوعي بالخلايا الظهارانية يتوضع في النسيج الشحمي تحت الجلد ، غير أنه ينجم عن أسباب أخرى عادة . هذا وليس غرناوي داريه – روسي بكينونة مرضية مستقلة ، لذلك ينبغي عدم استخدام هذا التعبير من الآن فصاعداً .

*غرناوية الندبات **Scar Sarcoidosis*** : يتطور داخل الندبة تفاعل التهابي يؤدي إلى استحالتها غرناوياً ، وقد يحدث هذا النمط من الغرناوية بعد الخزعات الجلدية أيضاً . تُشاهد ضمن الندبة رشاحة صفراء – حمراء ، تُصبح مع مرور الزمن حمراء بنية . كما تُظهر المعاينة الشفوفية ارتشاحاً ذأبانياً نموذجياً . تكون علامة المسبار سلبية ، ويُؤكد التشخيص بالفحص النسجي ، ولا بد من إجراء استقصاءات الغرناوية الأخرى أيضاً . يمكن لغرناوية الندبات أن تحدث في سياق المرحلة الباكرة أو في سياق المرحلة المزمنة من الداء ، ويجب تفريقها عن حبيبومات الجسم الأجنبي الغرناوية Sarcoidal ، وعن الذأب الشائع .

**الأعراض** : تكون الآفات الجلدية في الغرناوية غير حاكة عادة ، وقلما تحدث تبدلات ثانوية على سطح الجلد من توسف أو تجلب أو تقرح إلا عند السود ، لكن يمكن أن تظهر في الذأب الشرثي Lupus pernio تقرحات وندبات ضمورية .

*إصابة الأغشية المخاطية* : يمكن أن تصاب الأغشية المخاطية في سياق الغرناوية ، فتُصاب مثلاً : الملتحمة ، أو مخاطية الأنف ( خاصة في الذأب الشرثي ) ، أو اللوزتان ، أو مخاطية الحنجرة ، وقد تصاب المخاطية الفموية واللثة أيضاً . تتظاهر الإصابة المخاطية بالأشكال التالية عادة : عقيدات متعددة منتفخة زجاجية المظهر ، أو عقد ، أو لويحات مُصفرة منتشرة يمكن أن تتقرح . تُبدي المعاينة الشفوفية ارتشاحاً ذأبانياً ، وقد تؤدي الارتشاحات ، وبخاصة على الأنف ، إلى تآكلات يتلوها التليف والتضيق .

*الموجودات المجموعية* : إن ما تُنتجه الغرناوية من آفات متنوعة في الأعضاء الداخلية والأنسجة المختلفة عن طريق حبيوم الخلية الظهارانية قلما نراه في أي داء آخر . قد تُقلد الغرناوية في مرحلتها الباكرة التدرن ، فيُبتلى المريض بالانحطاط العام ، وفقدان الوزن ، والإنهاك ، والحمى ، والتعرق الليلي ، والأعراض الرئوية . ومع استمرار الداء تظهر عنده علامات إضافية مثل الحمامى العقدة التي تترافق بضخامة العقد اللمفية المنصفية أو بالتهاب النكفية . وحتى في المرحلة المزمنة من الداء فقد يُعاني المريض من أعراض هامة بسبب التبدلات المرضية التي تُصيب الأعضاء المتنوعة في سياق الداء البؤري أو المجموعي .

*التبدلات الرئوية* : وهي تبدلات شائعة . تتجلى الإصابة الرئوية في المرحلة الباكرة ( المرحلة الأولى Stage one ) بضخامة العقد اللمفية النقيرية Hilar nodes ، حيث تتضخم هذه العقد لدى حوالي ٩٠٪ من المرضى المصابين بالحمامى العقدة أو بالتظاهرات الجلدية للغرناوية ، وينشأ عنها في المرحلة الثانية (Stage 2) انتشارات شبكية ، خاصة في الساحتين الرئويتين الوسطى والسفلية ، وتترافق هذه الانتشارات بتجزّع الرئتين Morbling(*) وبصفوف من العقيدات التي تُعطي مظهراً يشبه عقداً من اللآلىء ؛ ومن الشائع في هذه المرحلة حدوث درجة معينة من الإنسداد التنفسي . أما في المرحلة الثالثة (Stage 3) فيتطور التليف الرئوي ، وقد يعاني المريض من الزُلّة الشديدة ،

---

(*) أي كتجزع المرمر أو الرخام ( المترجم ) .

والزُّراق ، ومن ضخامة البطين الأيمن الذي يترافق بقصور أيمن القــلب ، وقد يموت المـريض من القــلب الرئـوي Cor pulmonale . هذا وتتصف الغرناوية الرئوية المترقية بإنذارها السيء .

*التبدلات العينية* : تحدث الإصابة العينية عند حوالي ١٠٪ من مرضى الغرناوية بشكـل عام ، وعند حوالي ٥٠٪ من مرضى الغرناوية الجلدية . وقد تحدث في سياق الغرناوية الإصـابات العينيـة التالية : التهاب الملتحمة اللا نوعي ، أو التهاب العِنبية uveitis ، أو الوذمة الشبكيـة Retinal . أما الإصـابة العينية النموذجية عند صغار السن فهي التهاب القزحية والهُدابى الحاد ، وقد تحدث هذه الإصابة في سياق المرحلة الباكرة من الداء ، كما أنها غالباً ما تترافق بالحمامى العقدة ، وهي ذات إنذار جيد .

*متلازمة هيرفورت* ***Heerfordt's syndrome*** **( ١٩٠٩ )** :
تتصف هذه المتلازمة بداء حبيبومي التهابي حُمِّي يصيب كُلاًّ من العينين ، والغدة النكفية وغيرها من الغدد اللعابية ، إضافة إلى الجمـلة العصبيـة المركزية . تتجلى الإصـابة العينيـة بأحد الأشكـال التـاليـة : التهـاب في الملتحمة يترافق بعقيدات بنية شفَّافة ، أو التهاب جاف في القرنية والملتحمة ، أو التهاب في القزحية والهُدابى وقد يكون مصحوباً بلطخات بنية اللون ، أو بالتهاب في المشيمية . تتضخم الغدة النكفية بالجانبين ، وكذلك الأمر بالنسبة للغدد اللعابية ، أو الدمعية ، أو الغدد تحت الفك السفلي . وعندما لا تترافق الضخامات الغدية بالإصابات العينية فقد يشـير ذلك إلى وجود متلازمة **ميكوليكز Mikulicz's syndrome** ، وهي ليست بكينونة مرضيـة مستقلة . يحدث الداء عند صغار البالغين ، وقد يصعب تشخيصه إذا ما شكل كلٌّ من القهم Anorexia والإسهال المظاهر الرئيسية فيه .

*التبـدلات العظمية* : تُعد من العـلامات التشخيصيـة الهامة ، وتحدث عنـد حوالي ١٠٪ من مرضى الغـرنـاويـة الجـلديـة ، وبخاصـة المصابين منهم بالذأب الشرثي ، حيث تظهر عندهم تورمات في المفاصـل السـلامية ( وخاصة في اليدين ) بشكل يشبـه الراجبـة المنفـوخة spina ventosa . ومن العـلامات النموذجية أيضاً حدوث حركة شاذة في السلامية القاصية عند إجراء التبعيد الوحشي ، على الرغم من أنها ليست سهلة التقييم دوماً . أما المظهر الشعاعي المميز فهو ذلك **الالتهاب العظمي الكيساني المتعدد ليونغ لنغ Jünglings osteitis Cystoides multiplex** . قد تُبدي الصـورة الشعـاعية تشكلات تربيقية ( حُـويجـزيـة ) صُـفـاحيـة Lamellar trabecular ضـمـن السـلاميات القاصية ، أو قد تُبدي كيسـات دائرية ، شافة ، مُخرّمة punched – out ، مميزة جداً للداء . أما تخرب كامل العظم ، الذي يترافق كثيراً بحدوث الكسور العفوية ، فهو أمر نادر الحدوث . هذا وقد تُصاب العظام الطويلة والنقي أيضاً ، ويمكن تأكيد هذه الإصابة بالفحص النسجي .

*العقد اللمفية* : تُصاب العقد اللمفية عند حوالي ٥٠٪ – ٧٠٪ من مرضى الغرنـاوية ، وتتجلى هذه الإصـابة غالبـاً بشكـل ضخامات عقدية قاسية ، غير مندمجة مع بعضها ، وغير ملتصقة بالجلد .

*الكبد والطحـال* : تحدث ضخـامة الكبد والطحال عند ثلث المرضى .

*مظاهر أخرى* : وتتضمن : تبدلات في الجملة العصبية المركزية ( التهاب الدماغ السليم ، والتهاب السحايا اللمفاوي المزمن ، ومظاهر عصبية تالية لالتهاب الأعصاب ) ، وتبدلات مفصلية ( التهـاب المفـاصـل المتعددة : يحدث بشكل خاص في سياق المرحلة البـاكرة من الداء ، كما أنه غالبـاً ما يترافق بالحمـامى العقدة ) ، والتهاب إحليل ، وإصـابة بربخية ، وإصـابة كلوية ( كُلاَس كلوي ) ، إضـافة إلى بؤر متعددة لا يمكن كشفها عادة إلا مجهرياً فقط .

**التشـريح المرضي النسجي** : يكون المظهر النسجي مُتماثلاً في جميع الأشكال السريرية ، ويتصف بوجود الحبيبوم الغرناوي Sarcoid granuloma ، الذي يُدعى أيضــاً **حبيبوم الخليـة الظهـارانيـة Epithelioid cell granuloma** . تتشكـل هذه الحبيبومات من تراكم الخلايا الظهارانية مع الخلايا العملاقة أو بدونها ، وتُحـاط بهامش ضيق من اللمفـاويات ، أو قد تبقى « عـارية Naked » ، وتوجد الخلايا اللمفيـة التـائيـة داخلهـا وحولها ، كما يتخرب النسيج الضام الموجود داخلها . وغالباً ما تحتوي الحبيبومات على شبكـة ناعمة مؤلفة من ألياف شبكية أليفـة الفضـة ، تُصبح أكثر كثافة في المناطق الهامشية . يمكن رؤية المشتملات Inclusion bodies داخل الخلايا العملاقة ، **فهنــاك الأجســام النجمــانيــة Asteroid bodies** ، وهي مشتمـلات بلورية مؤلفـة من كربونات الكـالسيوم ، وهناك **أجســام شــومـان Schaumann's bodies** ، وهي بُنيـات صُفـاحيـة مؤلفـة من معقدات بروتينيـة مُشرَّبة بالكالسيوم . تتصف حبيبومات الخلية الظهارانية بأنها واضحة الحدود جداً ، كما أنها غالبـاً ما تتوضع في الأدمة المتوسطـة أو السفـلية . كما تتصف حبيبومات الغرناوية بغياب النخر المركزي الذي يُشاهد عادة في آفات التدرن ، مع أنه قد يحدث التنكس الفـبرينـاني ( الليفيناني ) Fibrinoid degeneration في بعض الأحيان .

**السير** : لا يمكن التنبؤ بسير الداء في الحالات الفردية .

تتصف **المرحلة الباكرة** من الغرناوية بسيرها السليم عادة ،

ويميلها للتراجع العفوي ، كما أنها غالباً ما تترافق بالحمامى العقدة . هذا وكثيراً ما تترافق هذه المرحلة أيضاً بضخامة غير ملحوظة في العقد اللمفية النقيرية تتراجع عفوياً ( متلازمة Lofgren ) ، أو بالآلام المفصلية ، أو بالتهاب القزحية والهدابي الحاد ، أو بآفات عابرة في الجلد أو في غيره من الأعضاء كما قد تُصاب عدة أعضاء داخلية أخرى ، وخاصة في الشكل تحت الحاد من الداء . يحدث الشفاء بعد عدة سنوات دون تليف أو ضمور ، علماً بأنه يمكن للمرحلة الباكرة أن تتطور أيضاً إلى المرحلة المتأخرة المزمنة .

تتصف **المرحلة المتأخرة Late stage** من الغرناوية بتشكل تليفات لا عكوسة في أماكن حبيبومات الخلايا الظهارانية المتوضعة في الأعضاء أو الأنسجة ، وقد ينجم عن ذلك عواقب وخيمة ، وخاصة إذا ما أصاب التليف الرئتين أو الكبد . هذا وتستمر الآفات الجلدية فترة طويلة من الزمن عند معظم مرضى الغرناوية الجلدية الذين هم في المرحلة المزمنة من الداء ، ويكون الإنذار عندهم جيداً شريطة أن لا تكون المظاهر الرئوية واضحة . كما يتصف الذأب الشرثي بسيره المزمن جداً . ينجم الموت في معظم الحالات عن التبدلات القلبية الرئوية . تحدث **الآفات الجلدية** في جميع مراحل الغرناوية .

**التشخيص** : الغرناوية الجلدية ، باستثناء الحمامى العقدة ، **داء حبيبومي مزمن** يتجلى سريرياً بشكل آفات زرقاء محمرة أو بنية محمرة ، وتُبدي هذه الآفات بالمعاينة الشفوفية ، وقد لا تُبدي ، ارتشاحات ذأبانية نموذجية . هذا ويرتكز تشخيص الغرناوية على الأمور التالية :

*الخزعة الجلدية* : يجب إجراؤها في كل حالة من الغرناوية تترافق بآفات جلدية أو مخاطية ، علماً بأنه يمكن رؤية الحبيبومات الغرناوية حتى في آفات الحمامى العقدة ، ولو أن ذلك نادر جداً . كما يُنصح أيضاً بأخذ خزعة من العقدة اللمفية فيما إذا كان ذلك ممكناً ؛ وقد نستعين بتنظير المنصف Mediastinoscopy لتحقيق ذلك .

*اختبار كفايم* ***Kveim test*** : مستضد كفايم غير متوفر تجارياً ، وقد بطل استخدام هذا الاختبار في الوقت الحاضر . يعتمد اختبار كفايم على زرق مستضد داخل الأدمة يُستخلص من مرضى مصابين بالغرناوية ، وهو ذوَّاب بالماء وثابت بدرجة حرارة الغرفة ، ويكون الاختبار إيجابياً عند ٨٥٪ من المرضى المصابين بآفات فعَّالة وغير معالجة ، وقد تُثبِّط الستروئيدات القشرية السكرية هذا التفاعل . تتطور في مكان الزرق بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع حطاطة مؤلمة ، حمراء مسمرة ، يزداد حجمها تدريجياً ، وتُبدي بالمعاينة الشفوفية Diascopy ارتشاحاً ذأبانياً نموذجياً ، تُستأصل الحطاطة بعد ٤ – ٦ أسابيع من أجل الفحص النسجي ، الذي يُظهر وجود حبيبوم الخلية الظهارانية من النمط الغرناوي . هذا وتدل النتيجة الإيجابية للاختبار على وجود تبدل في السلوك المناعي عند المريض المصاب بالغرناوية .

*الحساسية للسلين* ***Tuberculin Sensitivity*** : تنقص أو تنعدم في الغرناوية . لذا يجب تحديد عتبة السلين Tuberculin Threshold عند الاشتباه بوجود الغرناوية. ومن الأمور المميزة أيضاً حدوث استجابة مناعية ضعيفة عند التلقيح بالـ ب . سي . ج (B.C.G) ( عصيات كالميت – غيران Bacille Calmette – Guérin ) .

*الاستقصاء السريري* : من الضروري إجراء صورة شعاعية للصدر في كل حالة يُشتبه فيها بوجود الغرناوية . وفيما يتعلق بمعطيات الكيمياء الحيوية ، فإن الأمر المثير للانتباه هو ازدياد الغلوبلينات المناعية ألفا ٢ وغاما في سياق الحالات المزمنة من الداء . هذا وتدل النتائج الشاذة لاختبارات الوظيفة الكبدية على حدوث الإصابة الكبدية . تحدث فرط الكِلْسَمية Hypercalcemia وفرط كلسيوم البول عند حوالي ٢٠٪ من المرضى ، ولهذا يجب مناظرة الكلسيوم في كل من الدم والبول ، تجنباً لفرط الكُلاس Hypercalcinosis الذي قد يُفضي إلى القصور الكلوي . ويمكن التغلب على هذه المشكلة بإعطاء الستيروئيدات القشرانية السكرية التي تؤدي إلى زيادة طرح الكلسيوم عن طريق البراز . تزداد فعَّالية الإنظيم المحوِّل للأنجيوتنسين Angiotensin – converting enzyme في المصورة في الحالات الأكثر تطوراً من الداء كما في الإصابة الرئوية .

**التشخيص التفريقي** : لا يقتصر وجود الحبيبوم الغرناوي Sarcoid granuloma على الغرناوية فقط ، بل قد يوجد في أدواء أخرى أيضاً ، ولذا يجب على الطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار الأدواء التالية : الذئب الشائع ، والإفرنجي الثالثي ، والجذام ( في الجذام الدرني تُصاب الأعصاب المحيطية والعضلات المُقفِّة للأشعار بصورة رئيسية ) ، وداء الليشمانيات الذأباني ، والتفاعلات النسيجية الغرناوية الموضعية ، والأدواء الجلدية ذات الارتشاحات الخلوية الكثيفة كاللمفوم الكاذب ؛ كما يشمل التشخيص التفريقي : حبيبومات الجسم الأجنبي ، ووردية الوجه الحبيبومية ( الذأبانية ) ، والنمط الذأباني من التهاب الجلد حول الفم .

**المعالجة** : يتوقف سير الداء أو يحدث الشفاء التام عفوياً ، دون أية معالجة جهازية ، عند ٥٠٪ من مرضى الغرناوية على الأقل ، وينطبق ذلك بشكل خاص على المرحلة الباكرة تحت الحادة من الداء التي تترافق بالحمامى العقدة أو بمتلازمة Lofgren . لا

تُستطب المعالجة الطويلة الأمد إلا عند وجود إصابة في الأعضاء في سياق المرحلتين الثانية والثالثة من الداء ، وكذلك عند وجود آفات جلدية تُؤثر بشكل شديد على المريض جسدياً أو نفسياً بسبب توضعها أو انتشارها .

*جهازياً* : هي معالجة موقفة للمراضة فقط Morbidostatic ، فقد يحدث النكس كثيراً بعد إيقاف العلاج ، وينطبق هذا الأمر على أي شكل من أشكال الإصابات في الغرناوية بما فيها الإصابات الجلدية .

*الأدوية الموقفة للسل* ***Tuberculostatic Drugs*** : غير فعّالة حتى في علاج الآفات الجلدية . أما في الحالات النادرة التي يترافق فيها التدرن بالغرناوية ، فإنه يجب معالجة الداءين معاً .

*الستيروئيدات القشرانية السكرية والهرمون الموجه لقشر الكظر* ***ACTH*** : يُنصح بإعطاء هذه الأدوية في الغرناوية الجلدية ، فهي تؤدي إلى تراجع الآفات على نحو لا بأس به ، غير أنه غالباً ما يحدث النكس بعد إيقاف العلاج . ومن الضروري أيضاً ، وقبل البدء بالعلاج ، التأكد من عدم وجود أي تدرن رئوي مرافق للغرناوية ، فقد تؤدي المعالجة الطويلة الأمد بهذه الأدوية إلى تفعيل التدرن ، ولذا ينصح العديد من المؤلفين بإعطاء الأدوية المضادة للتدرن في آن واحد . وهناك من يُعطي الـ ACTH وحده أو مع جرعات منخفضة من الستروئيدات القشرانية السكرية . هذا وتُضبط الجرعة وفقاً للحالة المعالجة .

*الكلوروكين* ***Chloroquine*** : يُعطى بشكل خاص في الإصابات الجلدية والرئوية . الجرعة هي ٢٥٠ ملغ/يوم لمدة ٣ أشهر ، ثم ٢٥٠ ملغ/مرتين/يوم لمدة ٦ أشهر . ومن الضروري مُناظرة العين بشكل دقيق خلال العلاج تجنباً للاختلاطات العينية .

*الفيتامين د* : لقد ثبت أن لهذا الدواء فائدة خاصة في الغرناوية الجلدية الواسعة الانتشار ، و لم يعد مألوفاً إعطاؤه لمرضى الغرناوية الحشوية . كما أنه من الضروري القيام بمناظرة دقيقة أثناء العلاج بالفيتامين د تجنباً للتأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث ( كفرط الفيتامين د ٣ ) . والجرعة هي ١ ملغ من الفيتامين د ٣/يوم مع المناظرة المستمرة .

*مضادات الالتهاب* : أُستبدلت إلى حد كبير بالستيروئيدات القشرية .

*كابتات المناعة* : تُؤثر كلٌ من كابتات المناعة كالأزاتيوبرين Azathioprine ، والأدوية الموقفة لنمو الخلايا كالمتوتركسات Methotrexate في الغرناوية عن طريق فعلها المضاد للتكاثر ، وتُستطب فقط كعلاج طويل الأمد في سياق المرحلة المزمنة من الداء . أما فعاليتها في الآفات الجلدية المزمنة فما زال موضع جدل ونقاش ، علماً بأن إعطاء المتوتركسات بجرعة منخفضة قدرها ٥ ملغ/أسبوع قد أدى إلى نتائج ناجحة في الذأب الشرثي Lupus pernio . هذا وينبغي قبل إعطاء هذه الأدوية إجراء موازنة دقيقة بين النتائج الإيجابية التي قد نحصل عليها وبين المخاطر التي قد تنجم عنها ( نسبة الفائدة/الخطر Benefit/risk ratio ) .

*موضعياً* : تستجيب الآفات الجلدية بشكل جيد للمعالجة الموضعية ، غير أنها غالباً ما تكون استجابة مؤقتة فقط . تُستعمل عادة الرهيمات المحتوية على الستيروئيدات ، والأفضل تحت ضماد كتيم . كما يمكن زرق المعلّق البلوري الممدد للتريامسينولون ــ أسيتونيد Triamcinolone – acetonide داخل الآفات ( يُمدد مع منبج بمقدار ١ : ٤ ــ ١ : ٥ ) . أما المعالجة الضوئية بالـ UVB ، والمعالجة الكيميائية الضوئية الموضعية باستعمال ٨ ــ متوكسي بسورالين 8 – Methoxypsoralen كمحسس ضوئي فقد تكون مفيدة أحياناً . ومن الأمور الهامة أيضاً وجود تعاون وثيق في هذا المجال بين أطباء الجلد والأطباء الداخليين وأطباء العيون .

هذا ويجب ألا ننسى أبداً أنه كثيراً ما تشفى الغرناوية عفوياً في مرحلتها الباكرة في غضون سنة واحدة .

### الحبيبوم الحلقي Granuloma Annulare [ Colcott Fox ١٨٩٥ ] :

**تعريف** : داء جلدي سليم ، يتصف بالتهاب حبيبومي ، يتجلى سريرياً في الغالب بشكل حطاطات مرتبة بأشكال حلقية .

**الحدوث** : يبدو أن هذا الداء قد أصبح أكثر شيوعاً في السنوات الأخيرة ؛ وهو أكثر تواتراً عند النساء ، ويُصاب به الأطفال وصغار البالغين عادة . وبما أن الآفات تتوضع كثيراًعلى المناطق المكشوفة من الأطراف ، فقد أُقتُرِحَت العلاقة بين هذا الداء وضوء الشمس .

**الإمراض** : السببيات مجهولة ، لُوحظ حدوث الحبيبوم الحلقي مراراً أثناء معالجة الذأب بالفيتامين د ٣ . والشيء المؤكد أنه لا توجد أية علاقة سببيه مباشرة بينه وبين التدرن . ولقد أُحْدِث الحبيبوم الحلقي تجريبياً بزرق السلين داخل الأدمة وبتشعيع الأطراف بالأشعة فوق البنفسجية . وحتى الأشكال المنتشرة منه حدثت بعد التعرض لأشعة الشمس . كما يُشتبه كثيراً بوجود علاقة بين الأنماط المنتشرة من الحبيبوم الحلقي والداء السكري ، لكن هذه العلاقة لم تُثبت بشكل قاطع ونهائي بعد . هذا ولقد لاحظ بعضهم أحياناً ازدياد تواتر HLA – B35 في الحبيبوم الحلقي المنتثر ، بينما فشل آخرون في كشف أي مشاركة مع مستضدات الهلا HLA .

قد يحدث الداء بعد الأخماج ، أو عضات الحشرات ، أو الرضوح الموضعية . وقد حدث الحبيبوم الحلقي عند التوائم وحيدة الزيجوت Monozygotic twins وعند عدة أفراد في عائلة واحدة ، مما يدل على وجود عامل وراثي . ولقد أدى ترافق الحبيبوم الحلقي بالتهاب المفاصل المتعدد إلى الافتراض بوجود تفاعل رثوي أرجي أمكن تأكيده بالفحص النسجي . هذا وقد يشفى الحبيبوم الحلقي عفوياً ، وقد يشفى أحياناً بعد إجراء الخزعة النسيجية .

**الموجودات السريرية** : المناطق الانتقائية للإصابة هي : ظهر اليدين والقدمين ، والأصابع ؛ وقد تظهر الآفات أيضاً فوق المفاصل ( المعصم ، والكاحل ، والمرفق ) ، وكذلك على الأليتين والوجه . ( راجع الشكل ٥٠ ـ ٦ ) .

تكون الآفات الجلدية بادىء ذي بدء على شكل حطاطات دقيقة ، مسطحة ، غير حاكة ، حدودها واضحة ، مُحمرّة قليلاً ، ولا تُلاحظ عادة إلا عند ازدياد حجمها . تكبر الآفات سريعاً ، وقد يصل حجمها إلى حجم قطعة النقود المعدنية ، ولكنها سرعان ما تتراجع ثانية ، ولا تترك أي أثر . ثم تظهر الآفات الحلقية ذات الحطاطات الملساء التي لا تترافق عادة بأية تبدلات بشروية ، وإذا ما قام المرء بجس الحافة الهامشية المرتفعة للآفة فإنه سيشعر بقساوتها قليلاً ، وإذا ما شُدَّ الجلد إلى إحدى الجهات فإن الحافة الهامشية الحطاطية تُصبح بيضاء اللون . كما قد تنشأ حطاطات صغيرة في أي وقت من الأوقات فوق الآفات القديمة . هذا ومن النادر جداً حدوث التبدلات الثانوية كالتآكل ، أو التقرح ، أو التخريب . قد يستمر تطور الجلاد لعدة سنوات ، بيد أن ٧٥٪ من المرضى تشفى عندهم الآفات في غضون سنة إلى سنتين .

*أشكال خاصة* : وُصِفَت أنماط كثيرة مختلفة للحبيبوم الحلقي ، والآفة الأولية في جميع هذه الأنماط هي حطاطة أدمية قاسية .

*النمط اللويحي* ***Plaque Type*** : حيث نُشاهد آفات سطحية ، مرتشحة ، حمراء أو بنية حمراء ، تشبه البلى الفيزيولوجي الشحماني .

*النمط الحمامي* ***Erythematous Type*** : يتطور بشكل منتشر ، وقد يتحول إلى حطاطات مسطحة .

*الأنماط تحت الجلدية* ***Subcutaneous Types*** : تنشأ عقيدات قاسية تحت الجلد . وقد يصعب تفريقها عن العقيدات الرثوية ، ولكنها تتميز عنها بتوضعها السريري المختلف ، فتُشاهد بشكل خاص على الساقين ، والأليتين ، والراحتين ، والأصابع ، والوجه ، والفروة ؛ ويُصاب بها الأطفال بشكل عام ، ولا يمكن تشخيصها عادة إلا بالتشريح المرضي النسجي .

*الحبيبوم الحلقي المنتشر* ***Granuloma Annulare Disseminatum*** : يحدث هذا النمط بشكل خاص عند البالغين . ولا تظهر فيه الأشكال الحلقية ، بل يحدث طفح يتألف من العديد من الحطاطات أو العقيدات الزرقاء المحمرة التي تتوزع على الجذع والأطراف ، وقد تُصاب اللفافات والأوتار أيضاً . ولقد أُشير إلى وجود علاقة بين هذا النمط وبين كل من التحريض بأشعة الشمس والداء السكري( اختبار تحمل السكر ) ، لكنها لم تُؤكد بعد .

قد تحدث أشكال أخرى من الحبيبوم الحلقي المنتثر ، تتظاهر على شكل حطاطات قاسية بيضاء اللون ، وآفات حلقية جزئياً ، وتنتقي بشكل خاص المرفقين ، والجوانب الظهرية من الساعدين ، والأذنين .

*الحبيبوم الحلقي الثاقب* ***Granuloma Annulare Perforans*** : يُبدي هذا الشكل النادر جداً من الحبيبوم الحلقي تقرحات في الحطاطات السطحية ( خاصة المتوضعة على اليدين ) ، ونجيجاً لسائل زجاجي رائق .

**الأعراض** : لا يترافق الحبيبوم الحلقي بأية أعراض شخصية عادة ، كما لا يُبدي الأطفال المصابون به أية علامات تدل على وجود داء آخر . بيد أنه يجب إجراء صورة شعاعية للصدر لنفي المركب التدرني الأولي Tuberculous primary complex . كما يجب التفكير بإمكانية وجود الداء السكري عند البالغين .

قد ترتفع سرعة تثفل الكريات ESR قليلاً في الآفات الجلدية المنتشرة ، كما قد يحدث ازدياد عابر في حمضات الدم .

**التشريح المرضي النسجي** : تتشكل في الأدمة العلوية والوسطى عدة بؤر محددة من البلى الفيزيولوجي ، وتحتوي هذه البؤر على ألياف مغرائية ضامرة ، وعلى غليكوجين غزير ( تفاعل الباس PAS ) ، وعلى عديدات السكريد المخاطية الحامضة ، كما تتلاشى فيها الألياف المرنة . هذا وتُحاط هذه المناطق المتفرقة وغير المكتملة من البلى الفيزيولوجي بالمنسجات التي تصطف غالباً بشكل السياج الحسائكي ( الدرابزيني ) Palisade . وقد تظهر في الآفات القديمة أعداد وافرة من اللمفاويات التائية والأرومات الليفية ، بيد أن التفاعلات الغرناوية أو الدرنية الشكل ذات الخلايا العملاقة العديدة تكون نادرة . لا تحدث تبدلات وعائية في الجوار ، عدا حدوث تفاعلات لمفاوية خفيفة حول الأوعية . هذا وقد نجد صعوبة في تفريق الداء عن البلى الفيزيولوجي الشحماني ، وعن الرثية العقيدية ، وعن الإفرنجي الثالثي ( الطفحة الإفرنجية المُعَجَّرة Tuberous syphilide ) .

**السير** : غالباً ما تشفى الآفات عفوياً دون أن تترك أي أثر . أما الإنذار فهو جيد .

**التشخيص** : يكون سهلاً في الحالات الوصفية . ويحتاج الأمر إلى إجراء الخزعة النسجية في الأنماط المنتثرة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق الأشكال العقيدية للحبيبوم الحلقي ( خاصة تلك المتوضعة على المرفق ) عن العقيدات الرثيانية . وقد تشبه الآفات الحلقية أياً من الأدواء التالية : الحزاز المسطح الحلقي ، أو الغرناوية الجلدية الحلقية ، أو الآفات اللويحية المسطحة للبلى الفيزيولوجي الشحماني . تتصف الطفحات الإفرنجية الساعية المَعَجِّرة – Tuberous serpiginous syphilides للإفرنجي الثالثي بميلها الأكثر للتقرح ، كما أنها تُخلِّف ضموراً بعد شفائها . أما الداء الموسيني الحطاطي ذو الآفات المنتشرة فيُشخص بالفحص النسجي .

**المعالجة** :

*جهازياً* : في واقع الأمر ، لا تُستطب المعالجة الجهازية إلا في الأشكال المنتشرة ، وقد ثبت أن للأدوية الموقفة للسل Tuberculostatic فائدة في بعض حالاتها ( حيث يُعطى الإيزونيازيد isoniazid بمقدار ٥ ملغ/كغ/يوم عند البالغين ) . وقد أعطي الكلورامبوسيل Chlorambucil في الحالات الشديدة التي ترافقت بإصابات في اللفافات والأوتار ( ٢ ملغ/مرتين في اليوم/ ٤ – ١٢ أسبوع ) . أما الستيروئيدات القشرانية السكرية فلا تملك إلا تأثيراً موقفاً للمراضة . وقد يحدث الأوب أيضاً involution بإعطاء الدابسون Dapsone ٥٠ – ١٠٠ ملغ ، أو يوديد البوتاسيوم Potassium iodide .

*موضعياً* : يمكن تطبيق المعالجة القرّية على الآفات القديمة ( الثلج الكربوني ، أو الآزوت السائل ) ، مع توخي الحذر . كما يمكن زرق المعلّق البلوري الممدد للتريامسينولون أسيتونيد Triamcinolone acetonide داخل الآفات ( يُمدد مع مبنج موضعي بمقدار ١ : ٣ – ١ : ٥ ) . وقد تشفى الآفات أيضاً بعد تضميدها بشريط لاصق ساد . كما يمكن الحصول على نتائج جيدة باستعمال الشريط المحتوي على الستيروئيدات القشرانية السكرية ، الذي يؤدي إلى حصر تأثير الستيرويد بالآفة المراد علاجها فقط . وقد نُصح أيضاً باستخدام البوفا PUVA في الأشكال المنتثرة من الحبيبوم الحلقي .

**الحبيبوم العديد الأشكال Granuloma Multiforme [ Leiker ١٩٦٤ ] :**

داء جلدي حبيبومي ، يتصف بالبلى الفيزيولوجي ، ويُصيب الناس في أفريقيا الوسطى .

**الحدوث** : ينحصر وجود الحبيبوم العديد الأشكال في أفريقيا الوسطى ، ويحدث هناك على شكل جائحات صغيرة ، ولقد ميزه ليكر Leiker عن الجذام الدرني .

**الموجودات السريرية** : المناطق الانتقائية للإصابة هي : الذراعان ، والعنق ، وأعلى الجذع . ويتصف هذا الداء بظهور حطاطات تنمو سريعاً إلى آفات حلقية الشكل واضحة الحدود .

تحدث عادة حكة خفيفة مع ظهور الآفات .

**التشريح المرضي النسجي** : تُشاهد في الأدمة بؤر محددة من البلى الفيزيولوجي تشبه كثيراً تلك الموجودة في الحبيبوم الحلقي ، لكنها تحتوي على أعداد غزيرة من الخلايا العملاقة .

**السير** : قد يستمر الداء عدة سنوات ، لكنه لا يترافق بأية إصابات في الأعضاء الداخلية ، أو بأية اختلاطات أخرى .

**الحبيبوم السافع Actinic Granuloma [ O'Brien ١٩٧٥ ] :**

*المرادفات* : البلى الفيزيولوجي الشحماني اللانموذجي للوجه والفروة ( Dowling و Wilson – Jones ) ، الحبيبوم العديد الأشكال ( Leiker ومساعدوه ١٩٦٤ ) ، حبيبوم ميشر Miescher على الوجه ( Mehregan و Altman ١٩٧٣ ) ، الحبيبوم الحلقي الحال للنسيج المرن ذو الخلايا العملاقة ( Hanke ومساعدوه ١٩٧٩ ) .

هذا و لم يقرر بشكل قطعي بعد ما إذا كان بالإمكان اعتبار هذا الداء كينونة مرضية مستقلة . علماً بأن بعضهم اقترح تسمية هذه الحالة المرضية بالحبيبوم الوجهي الحلقي Annular facial granuloma .

**تعريف** : آفات تشبه الحبيبوم الحلقي ، تتوضع على الجلد المعرض لأشعة الشمس ، وتتصف نسجياً بتخرب النسيج المرن ، وتشكل الخلايا العملاقة مع تشكل الحبيبوم .

**الحدوث** : يحدث غالباً عند نساء العرق الأبيض فوق سن الأربعين . ويتصف جميع المرضى بأن لديهم جلوداً تأذت بأشعة الشمس على نحو مزمن .

**الإمراض** : مجهول .

**الموجودات السريرية** : أماكن الإصابة هي النواحي الجلدية المتأذية بأشعة الشمس على نحو مزمن مثل : العنق ، والوجه ، والصدر ، والذراعين ، وظهر اليدين ، والساقين .

تشبه آفات الحبيبوم السافع آفات الحبيبوم الحلقي . وقد تُبدي اللويحات الحطاطية الحلقية الشكل التي لا تترافق بتوسع في

الشعيريات ضموراً مركزياً خفيفاً . هذا ويتراوح عدد الآفات بين واحدة وعشر فقط أو أكثر ، ويتراوح قطر الآفة المفردة بين ١ ـ ٦ سم .

**الأعراض** : يحدث الحبيبوم الحلقي الحال للنسيج المرن ذو الخلايا العملاقة عند أشخاص طبيعيين ، لكنه قد يحدث أيضاً بالمشاركة مع الداء السكري ، لذا ينبغي فحص غلوكوز الدم عند جميع المرضى .

**التشريح المرضي النسجي** : يُبدي المقطع النسجي المظاهر التالية : مُران(*) شمسي Solar elastosis ، وآفات تشبه الحبيبوم الحلقي حيث نشاهد في الأدمة المتوسطة تشكلات حبيبومية تُحيط بالمواد المرانية Elastotic ، ورشاحات حول وعائية مؤلفة من اللمفاويات والمنسجات . هذا وتحتوي الحبيبومات والخلايا العملاقة على مواد ليفية مُرانية Elastotic . أما المادة الموسينية ( الإيجابية الباس PAS والـ Hale ) التي تُكشف عادة في آفات الحبيبوم الحلقي ، فإنها لا توجد في آفات الحبيبوم السافع .

**السير** : مزمن ، وقد يحدث التراجع العفوي .

**التشخيص التفريقي** : الحبيبوم الحلقي المنتشر ، والحبيبوم العديد الأشكال . كما يجب أن تأخذ بعين الاعتبار كُلاً من الغرناوية الجلدية الحلقية Annular والغرناوية الجلدية المتحلقة Circinate ، وتتصف آفات الجلادين الأخيرين باحتوائها على رشاحات ذأبانية نموذجية تُكشف بالمعاينة الشفوفية . أما الطفحات الإفرنجية المُعَجَّرة الساعية للإفرنجي الثالثي Tuberoserpiginous Tertiary Syphilides فهي نادرة جداً .

**المعالجة** : هي نفسها في الحبيبوم الحلقي .

## الحبيبوم الوجهي مع كثرة الحمضات Facial Granuloma with Eosinophilia [ Wigley ١٩٤٥ ] :

*المرادفات* : الحبيبوم الحمض الوجهي ، الحبيبوم الوجهي .

**تعريف** : داء التهابي حبيبومي مزمن ، يُصيب البالغين ، ويتصف بظهور آفات عقيدية أو قريصية على الوجه .

**الحدوث** : يحدث بشكل رئيسي عند ذكور العرق الأبيض ، ويبدأ بين سن ٣٠ ـ ٥٠ . ولقد أشتبه بوجود علاقة بين هذا الداء والتعرض لأشعة الشمس .

**الإمراض** : السببيات مجهولة . وقد يُخال للبعض عند قراءة تعبير **الحبيبوم الحمض Eeosinophilic granuloma** ، أن هذا الداء ليس سوى أحد أشكال كثرة المنسجات X ( Histiocytosis – X(*) ) ، مع أن هذا ليس صحيحاً ، إذ أن الارتشاح بالحمضات قد يحدث في حالات أخرى أيضاً ( الورامات الحبيبية الخمجية Infectious granulomatoses ) ، ولذا يُفضِّل بعضهم تسمية هذا الداء **بالحبيبوم الوجهي Facial granuloma** منعاً لحدوث مثل هذا الالتباس . أما الصورة النسجية فهي تماثل التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية . ( راجع الشكل ٥٠ ـ ٧ ) .

**الموجودات السريرية** : تظهر في بادىء الأمر آفات بقعية ، بطيئة النمو ، وحيدة أو متعددة ، مدورة ، وبعضها متعدد الحلقات . تكون الآفات واضحة الحدود بشدة ، ومرتشحة باعتدال ، وقد يصل قطرها إلى عدة سنتيمترات . ثم تصبح مرتفعة قليلاً فيما بعد ، ولها سطح ناعم أو كقشر البرتقال ، وقوام لين أو مطاطي . وقد تنشأ كذلك عقيدات محددة أو تشكلات عقيدية ملساء . تأخذ الآفات في البداية اللون الأحمر الضارب إلى الأرجواني قليلاً ، ثم تصبح بنية أو حمراء مزرقة فيما بعد ، كما تُبدي بالمعاينة الشفوفية Diascopy نفس مظاهر الذأب الشائع . تتوسع المسامات الجريبية إذا ما ترافقت الآفات بارتشاحات واضحة ، كما تظهر الشعيريات المتوسعة في المراحل الأخيرة . وقد لوحظ في بعض الأحيان حدوث الشفاء العفوي مُخلِّفاً وراءه ندبات ضمورية .

الأماكن الانتقائية للإصابة هي : الصدغان والخدان . كما تظهر آفات معزولة على الأنف ، أو الذقن ، أو شحمة الأذن ، أو الفروة ، أو ظهر اليدين ، أو الساعدين .

**الأعراض** : تتطور عند المرضى حساسية خفيفة بين الفينة والأخرى ( إيلام ، وحس حرق ، وحكة ) . أما الأعضاء الداخلية فلا تُصاب في سياق هذا الداء .

**التشريح المرضي النسجي** :يحدث في بادىء الأمر تفاعل خلوي شديد تحت البشرة في القسم العلوي من الأدمة ، وخصوصاً حول الأوعية الدموية المتوسعة . تتألف الرشاحة الخلوية بشكل رئيسي من الحمضات والعدلات إضافة إلى بعض المنسجات ( طور الكرية البيضاء Leukocytic phase ) . كما تحتوي الرشاحات على اللمفاويات ، والخلايا المصورية ، والخلايا البدينة . أما البشرة والجريبات الشعرية والغدد الزهمية فإنها لا تصاب بهذه الرشاحة أبداً . وقد يؤدي انسلال الكريات الحمر إلى ترسب الهيموسيدرين والأصبغة الشحمية ، وقد تُبتلع هذه الترسبات من قبل المنسجات . هذا ويتخرب النسيج الضام على نحو شديد بالرشاحة الالتهابية ، وقد يُستبدل

(*) المران = تنكس النسيج المرن .

(*) فأحد أشكال كثرة المنسجات X يُطلق عليه أيضاً اسم الحبيبوم الحمض ( المترجم ) .

فيما بعد بالتليف . يُلاحظ في بعض الأحيان حدوث التهاب وعائي صريح مع تكسّر للكريات البيض Leukocytoclasia تتناقص الحمضات والعدلات مع ترقي الداء . وأخيراً تزداد الأرومات الليفية Fibroblasts على نحو لافت للنظر ( الطور المتليف fibrotic phase ) . كما تزداد أيضاً المنسجات التي تدّخر مواداً مختلفة ( الشحم ← الخلايا الرغوية Foam cells ، الملانين ← الهيموسيدرين ) ، وهذا يُفسر اللون البني الأحمر للآفات القديمة . يُبدي التألف المناعي المباشر ترسب الغلوبلينات المناعية حول الأوعية بشكل يشبه شبكة الصيد ، ويترسب في بعض الأحيان الغلوبلين IgG وعنصر المتممة $C_3$ ، وبصورة أقل الغلوبلين IgA والغلوبلين IgM والفبرين داخل منطقة الغشاء القاعدي B.M.Z .

**السير** : الإنذار جيد ، وقد تستمر الآفات عدة سنوات أو عقود ، ومن النادر جداً حدوث الشفاء العفوي .

**التشخيص التفريقي** : يشمل التشخيص التفريقي : الغرناوية ، واللمفوم الكاذب ، والذأب الشائع ، والارتشاح اللمفاوي لجسنز وكانوف Jessner – Kanof ، ونادراً الذأب الحمامي ، والطفح الدوائي الثابت ، والشرى الصباغي ، والحمامى المرتفعة الدائمة . وإذا ما أردنا التفريق بشكل دقيق وقاطع بين هذا الداء والحبيوم الحمض الحقيقي الذي هو أحد أشكال كثرة المنسجات X ، فإنه لا بد من الاعتماد على المجهر الإلكتروني لدراسة الخلايا الموجودة في الرشاحة ( تُشاهد حبيبات لنغرهنز Langerhans داخل المنسجات ) ، كما يمكن التفريق بين هذه الداءين عن طريق الأضداد الوحيدة النسيلة T6 .

**المعالجة** : بما أن هذا الداء لا يسبب أي أذى للإنسان ، ولا يستجيب للعلاج بشكل جيد ، فعلينا أن نأخذ بعين الاعتبار الآثار الجانبيه التي يمكن أن تنجم عن هذه المعالجات .

*جهازياً* : الدواء المُنتخب في هذه الحالة هو الدابسون Dapsone ( ٥٠ – ١٠٠ ملغ/يوم ) . ولا تملك الستيروئيدات القشرانية السكرية سوى تأثير موقف للمراضة فقط Morbidostatic . وقد يُفيد الكلوروكين Chloroquine في بعض الحالات .

*موضعياً* : ترتكز المعالجة الموضعية على استئصال الآفات المفردة ، وقد يحدث النكس الهامشي أحياناً بعد الاستئصال الجراحي . أما المعالجة بالأشعة السينية فهي غير ناجحة . هذا وينبغي عدم تطبيق الستيرويدات القشرية موضعياً إلا بواسطة أشرطة خاصة Tapes تجنباً للتأثيرات الجانبية . ومن المعالجات الفعّالة أيضاً زرق المعلّق البلوري الممدد للتريامسينولون أسيتونيد Triamcinolone acetonide داخل الآفات ( يُمدد ١٠ ملغ مع مُبنج موضعي بمعدل ١ : ٣ – ١ : ٥ ) . كما يمكن تطبيق علاجات موضعية أخرى مثل : المعالجة القرية ، والمعالجة الضوئية ، والليزر Laser .

## الحبيوم الحمض الشبيه بالورم Tumor – Like Eosinophilic Granuloma [ Kuske ١٩٥٢ ] :

**تعريف** : داء حبيومي يتجلى سريرياً بشكل آفات شبيهة بالأورام ، وتنجم هذه الآفات عن تفاعلات جلدية حبيبومية تكثر فيها الحمضات . كما تتصف هذه الآفات بتقرحها جزئياً ، وبسيرها المزمن .

**الإمراض** : مجهول .

**الموجودات السريرية** : يقتصر وجود هذا الداء النادر جداً على ظهر اليدين ، والشفة السفلى ، وجلد البطن ، ويتظاهر في بادىء الأمر بشكل حطاطات أو عقيدات لا تلبث أن تتقرح ، وقد تتطور في بعض الأحيان إلى أشكال كمئية Fungate .

**التشريح المرضي النسجي** : تُبدي المقاطع النسجية وجود نسيج حبيبي يحتوي على اللمفاويات ، والخلايا المصورية ، والخلايا الظهارانية ، وخلايا النسيج الضام ، إضافة إلى أعداد غزيرة من الحمضات .

**السير** : يسير الداء سيراً مزمناً ، ويستمر عدة أشهر .

**التشخيص التفريقي** : من المهم جداً أن ننفي أولاً اللمفوم الخبيث وخاصة الفطار الفطراني ذا النمط الفوري ( المفاجىء ) d'emblee . وفي حال توضع الآفات على المنطقة المركزية للوجه فإننا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار كلاً من الحبيبوم المواتي الأنفي ، والمرحلة الباكرة من الوارم الحبيبي لوغنز Wegener .

**الإنذار** : جيد نسبياً .

**المعالجة** : يجب استئصال الآفات كلما كان ذلك ممكناً . ويُنصح أيضاً باستخدام الأشعة السينية اللينة ( ٤ X ٢ Gy ) .

## الحزاز اللامع Lichen Nitidus [ Pinkus ١٩٠٧ ] :

**تعريف** : جلاد حزازاني مزمن ، يتصف بحطاطات دقيقة لها بنية نسجية من نمط الحبيبوم الدرني الشكل Tuberculoid .

**الحدوث** : يُصيب هذا الداء النادر البالغين ، ولا يرتبط بجنس معين ، ويبدو أن الأشكال المعممة أو المتلاقية Confluent من الداء تُصيب النساء غالباً .

**الإمراض** : السببيات مجهولة . قد تُوحي بنيته النسجية الدرنية الشكل بالتدرن أو بالطفحات الدرنية الشكل ، مع أنه لا توجد أية دلائل تدعم هذا التوجه . وبما أنه قد شوهدت

عدة حالات من الحزاز اللامع مترافقة مع الحزاز المسطح ، فقد اعتبر هذا الداء في السابق شكلاً حبيبومياً نادراً من الحزاز المسطح . ويبدو أن هذا الرأي هو السائد في الوقت الحاضر بعد . على الرغم أن بعضهم ما زال يعتبر الحزاز اللامع كينونة مرضية مستقلة .

**الموجودات السريرية** : المناطق الانتقائية للإصابة هي : جسم القضيب وحشفته ، والسطوح المثنية للساعدين ، والعنق ، وفي بعض الأحيان الصدر والظهر . والآفات هي حطاطات صغيرة ( ١ – ٢ ملم ) ، غير مُهيجة Nonirritant ، تأخذ اللون الوردي الأحمر على الجلد الفاتح ، واللون المبيض على الجلد الغامق ( جسم القضيب مثلاً ) ، وتكون مضلعة الشكل ومرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، ولها سطح عاكس للضوء كعرق اللؤلؤ(*) ، ومن هنا أتى اسم الحزاز اللامع ( كلمة Nitidus تعني بالانكليزية Glittering وبالعربية لامع ) ، وقد تُبدي في بعض الأحيان انخفاضات سُرية مركزية Umbilical . ( راجع الشكل ٥٠ – ٨ ) .

تُبدي الآفات لدى معاينتها بالشفوفية رشاحات رمادية اللون . وقد تخرج منها هذه الرشاحات عند خدشها . تكون الاندفاعات في الأشكال المنتشرة من الداء وحيدة الشكل ، وقد تتوزع أحياناً في زمر أو مجموعات . أما الآفات الحويصلية والنزفية فهي نادرة جداً . وقد تتلازق الاندفاعات في بعض الأحيان لتشكل لويحات كبيرة . وكثيراً ما يُلاحظ التأثير المُهيج متماثل الشكل Isomorphus irritant effect الذي يُدعى أيضاً بظاهرة كوبنر Koebner .

تحدث **تبدلات ظفرية** في سياق هذا الداء تشمل : تغلظ الصفيحة الظفرية ، وهشاشة الأظفار Onychorrhexis .

أما **المخاطية الفموية** فإنها لا تُصاب إلا نادراً ، وتتجلى إصابتها بشكل حطاطات بيضاء ضاربة إلى الرمادي ، دقيقة الحجم ، ولا تُشكل أبداً أشكالاً خطية أو شبكية خلافاً للحزاز المسطح .

**التشريح المرضي النسجي** : المظهر النسجي النموذجي للحزاز اللامع هو حبيبوم مُحدد من النمط الدرني الشكل Tuberculoid ، يتوضع في منطقة الأدمة الحليمية وما تحتها ، ولا يحتوي على مظاهر نخرية ،ولكنه قد يحتوي على الكثير من اللمفويات وعلى أعداد معتدلة من الخلايا الظهارانية والخلايا العملاقة . يُطوَّق هذا الحبيبوم ببشرة شُواكية من الجانبين ، بينما تكون البشرة المتوضعة فوق الحبيبوم نفسه ضامرة وذات قابلية لتشكيل خطل التقرن Parakeratosis .

**السير** : يتصف هذا الداء بالإزمان والنكس ، ويشفى عفوياً بعد عدة سنوات دون أن يُخلِّف ضموراً ، لكنه قد يُخلِّف مناطق مفرطة التصبغ .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق هذه الداء عن : الحزاز المسطح ( فهو يتصف بإصابته للأغشية المخاطية ) ، وعن الحزاز الخنزري L. Scrophulosorum ، والحزاز الشَعْرَوي L. Trichophyticus(*) ، والحزاز الإفرنجي L. Syphiliticus(**) ، والحزاز البَثْعي L. Scorbuticus ، والنخالية الحمراء الشعرية PRP .

**المعالجة** : عرضية ، ويمكن استعمال الستيرويدات موضعياً .

## البلى الفيزيولوجي الشحماني Necrobiosis Lipoidica

[ Oppenheium ١٩٢٩ ، و Urbach ١٩٣٢ ] :

*المرادفات* : البلى الفيزيولوجي الشحماني السكري ، الوارم الحبيبي القرصي الشكل المزمن والمترقي ( ميشر Miescher ) ، الورام الحبيبي الدرني الشكل ذو التصلب الجلدي الكاذب ( غوترون Gottron ) .

**تعريف** : جلاد حبيبومي مزمن يحدث عند المصابين بالداء السكري وغير المصابين به . ويتصف بظهور آفات قريصية شبيهة بآفات الذأب الشائع أو بآفات التصلب الجلدي المحدد ( القشيعة ) . وتنجم آفاته عن التهابات حبيبومية تترافق بالبلى الفيزيولوجي وبترسب الشحميات في الأدمة المتوسطة .

**الحدوث** : هو ليس بالداء النادر . وليس صحيحاً الافتراض القائل إن كل حالة من البلى الفيزيولوجي الشحماني تترافق بداء سكري صريح ، لأن الداء السكري يكون غائباً عند حوالي ٤٠٪ من المرضى . غير أنه كثيراً ما تكون مظاهر مُقدّمة السكري Prediabetes ( اختبار تحمل السكر ) موجودة . ولقد قُدِّر معدل حدوث البلى الفيزيولوجي الشحماني عند المرضى المصابين بالداء السكري الصريح بنحو $\frac{٣}{١٠٠٠}$ من الحالات . قد يظهر البلى الفيزيولوجي الشحماني قبل ظهور الداء السكري ، وليس هناك ارتباط بين شدة هذا الجلاد وشدة الداء الاستقلابي السكري . قد يحدث البلى الفيزيولوجي الشحماني في أي عمر من الأعمار غير أنه غالباً ما يُصيب البالغين ذوي الأعمار المتوسطة ، وتُصاب النساء على نحو أكثر بكثير من الرجال .

---

(*) mother – of – pearl : مادة صلبة لامعة تُوجد في جوف بعض الأصداف ( المترجم ) .

(*) تدعى أيضاً الطفحة الشعروية Trichophytid ( المترجم ) .

(**) تدعى أيضاً الطفحة الإفرنجية الجريبية Follicular syphilid ( المترجم ) .

**الإمراض** : السببيات مجهولة . ولم تتوضح حتى الآن الأهمية الإمراضية لعدة أنواع من الأضداد المرتبطة بالنسيج Tissue – bound antibodies . ولقد اتهمت التبدلات الوعائية التي تحدث في سياق الداء السكري بأنها السبب في حدوث هذا الجلاد عند السكريين ، حيث يؤدي اعتلال العروق الدِقاق السكري Diabetic microangiopathy إلى ترسب البروتينات السكرية في الجدران المتثخنة للأوعية الدموية الصغيرة ، غير أن هذا لا يُفسر سبب حدوث الداء عند غير السكريين ، ولا يفسر التشابه النسجي بين هذا الداء والحبيبوم الحلقي . ويبدو أن للرضح الموضعي دوراً إمراضياً هاماً .

**الموجودات السريرية** : المناطق الانتقائية للإصابة هي : الجوانب الباسطة للساقين ، وظهر القدمين ، والكاحلين . وقد تُصاب أيضاً الجوانب المثنية للساقين والفخذين . كما قد تتوضع الآفات عند حوالي ١٥٪ من المرضى في أماكن أخرى وخاصة على الساعدين وظهر اليدين . والتوضع السريري الملفت للنظر هو الفروة ، حيث تُسبب الآفات هناك حاصات كاذبة Pseudopalades بسبب التبدلات الضمورية . تظهر على الساقين اندفاعات قُريصية ، ضمورية ، غير منتظمة الشكل ، ولكنها واضحة الحدود ، ويكون مركزها قاسياً مُتصلباً ذا لون أصفر أو أصفر بنياً ، كما يحتوي على الكثير من الشعيريات المتوسعة ، بينما تأخذ الحافة الهامشية للآفة اللون البنفسجي الأحمر أو البني الأحمر . هذا ويُلاحظ من الوصف السابق أن البلى الفيزيولوجي الشحماني يشبه كثيراً التصلب الجلدي المحدد ( القشيعة ) . ( راجع الشكل ٥٠ ـ ٩ ) .

قد تتلازق عدة آفات صغيرة بعضها ببعض لتشكل آفة كبيرة واحدة . وقد تبدأ الإصابة في طرف واحد فقط ، غير أنها غالباً ما تُصبح متناظرة بعد ذلك . وفي ثلث الحالات تقريباً تنشأ ضمن الآفات قرحات بطيئة الشفاء لها قاعدة صفراء مبقّعة ، وتُسبب هذه القرحات بتوضعها فوق عرف الظنبوب(*) التهاب السمحاق الذي يُسبب ألماً شديداً .

تُبدي الآفات ( حتى القديمة منها ) لدى معاينتها بالشفوفية مظهراً ذأبانياً أصفر اللون . وتُخلّف الآفات بعد شفائها دائماً ضموراً جلدياً وتخريباً في اللواحق الجلدية وخاصة في الجريبات الشعرية والغدد الزهمية .

*أشكال خاصة :*

*البلى الفيزيولوجي الشحماني البقعي المنتثر :* يتصف هذا الشكل بظهور متدرج لآفات منتشرة ، حمراء اللون ، مرتشحة قليلاً ، يتراوح قطرها بين ٢ ـ ١٠ ملم ، وتُشخّص غالباً عن طريق الفحص النسجي فقط . يجب تفريق هذا الشكل من البلى الفيزيولوجي الشحماني عن الحبيبوم الحلقي المعمم ( المنتثر ) .

*البلى الفيزيولوجي الشحماني على الرأس والجبهة :* يتصف بظهور آفات حلقية أو ساعية Serpiginous تشفى مركزياً مُخلّفة وراءها زوالاً في الصباغ ، وتتوضع بشكل خاص على هاميش الفروة . قلّما يترافق هذا الشكل بالداء السكري ، وقد نجد صعوبة كبيرة في تفريقه سريرياً ونسجياً عن الغرناوية المتحلقة Circinate sarcoidosis .

*الوُرام الحبيبي القرصي الشكل المزمن والمترقي* ***Granulomatosis Disciformis Chronica et Progressiva*** : ( **ميشر Miescher ١٩٤٨** ) : ليس هو بكينونة مرضية مستقلة ، ولكنه على الأرجح أحد أشكال البلى الفيزيولوجي الشحماني الذي يحدث عند غير المصابين بالداء السكري . والتبدل النسجي في هذه الحالة هو تفاعل حبيبومي درني الشكل بارز يكون مصحوباً بقليل من البلى الفيزيولوجي ولا يصحب بترسبات شحمية .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث التبدلات النسجية في كل من الأدمة المتوسطة والعميقة ، حيث نشاهد عدة بؤر من البلى الفيزيولوجي المِغْراوي ( الكُلاجيني ) المترافقة بالتهابات في بطانة الأوعية . تُبدي هذه البؤر ميلاً نحو التنكس الزجاجي Hyalinization ، كما أنها تُخترق ببعض المُنْسِجَات ، وتحتوي كذلك على كميات وافرة من المواد الشحمية أليفة السودان Sudanophilic ( الشحميات الفوسفورية والكولستيرول ) . ثم يحدث بعد ذلك التليف ، الذي يترافق مع ارتشاحات خلوية بقعية مؤلفة من اللمفاويات والمُنْسِجَات والخلايا الظهارانية والأرومات الليفية . كما تحتوي البؤر المتنكسة على خلايا البلى الفيزيولوجي وعلى الشُدَف النووية . والشيء الوصفي أيضاً هو وجود الخلايا العملاقة من نمط الجسم الأجنبي إضافة إلى أعداد مبعثرة من الخلايا الرغوية ( وهي مُنْسِجَات تحتوي على الشحميات ) . وغالباً ما تبقى الألياف المرنة موجودة في بؤر البلى الفيزيولوجي ولكنها تختفي في المراحل الأخيرة . تحدث في سياق هذا الداء تبدلات وعائية هامة مثل حدوث تثخنات جدارية أو حتى انسدادات كاملة في العديد من الشُرَيْنات . أما عديدات السكريد المخاطية والغليكوجين فإنها تترسب في بؤر البلى الفيزيولوجي بمعدل أقل منه في الحبيبوم الحلقي . هذا وتُسيطر اللمفاويات على الحبيبوم .

**السير** : مزمن . وتكون الآفات عرضية Symptomatic فقط ، وتنجم الاختلاطات عن التقرحات التي قد تحدث في الآفات المتوضعة على الساقين . تتراجع ١٠٪ من الآفات عفوياً ، ويحدث الشفاء العفوي عند حوالي ٢٠٪ من المرضى .

(*) الحافة الأمامية للظنبوب .

**التشخيص التفريقي** : قد نجد صعوبة كبيرة في تفريق هذا الداء سريرياً أو نسجياً عن الحبيبوم الحلقي وخاصة في الأشكال المنتشرة منه . ويمكن نفي الغرناوية والتصلب الجلدي المحدد ( القشيعة ) عن طريق الخزعة النسجية . أما في الأشكال المتقرحة فيجب أن نأخذ بعين الاعتبار العديد من الأدواء بما فيها الطفحات الإفرنجية المُعَجَّرة الساعية المتقرحة Tuberoserpiginous syphilide ( الاختبارات المصلية ... إلخ ) . وفي حال وجود الآفات الحلقية أو الساعية على الرأس أو الجبهة فإنه يجب نفي الغرناوية المتحلقة Circinate والحبيبوم الحلقي .

**المعالجة** : يجب علاج الأدواء المُسْتَبْطِنة ( كالداء السكري ، وفرط ضغط الدم ) . ويُفيد في الآفات المتوضعة على الساقين استخدامُ العصائب الضاغطة أو الجوارب المطاطية المحكمة الشد لفترة طويلة من الزمن لأنها تقوم بتعزيز الدوران الوريدي . كما أمكن الحصول على نتائج جيدة باستعمال الشريط المحتوي على الستروئيدات القشرانية السكرية أو بزرق المعلّق البلوري الممدد للستيرويدات القشرية داخل الآفات ( يُمدد ١٠ ملغ من التريامسينولون أسيتونيد Triamcinolone acetonide مع محلول ملحي فيزيولوجي أو مع مُبنّج موضعي بمعدل ١ : ٤ – ١ : ٥ ) . أما في الأشكال المتقرحة فيمكن التوصل إلى نتائج ملموسة عن طريق الجراحة الرأبية Plastic surgery المتضمنة إجراء الطعوم الجلدية .

## العقيدات الرثوية والرثيانية Rheumatic and Rheumatoid Nodules :

*المرادفات :* الرثية العقيدية ,Noduli Rheumatosi Rheumatismus Nodosus .

يجب تمييز التبدلات العقيدية التي قد تحدث في سياق التهاب المفاصل المتعددة الحاد ( الحمى الرثوية ) عن تلك التي قد تحدث في سياق التهاب المفاصل الرثياني .

**العقيدات الرثوية** Rheumatic Nodules : تكون عادة بحجم حبة البازلاء ، وتتوضع في مناطق البروزات العظمية مثل : مفاصل الأصابع ، والمرفقين ، واللُقَيْمات Epicondyles ، والقَذَال « مؤخر الرأس » . تُشاهد هذه العقيدات عند حوالي ٣٠٪ من المصابين بالحمى الرثوية . هذا وكثيراً ما يترافق الداء مع الإصابة القلبية . ( راجع الشكل ٥٠ – ١٠ ) .

*التشريح المرضي النسجي :* تُشاهد التبدلات التالية : نخر فبريناني ( ليفيناني ) شديد ، مع أوعية متخنة الجدر ، مع قليل من اللمفاويات . وقد نُشاهد أيضاً عقيدات جلدية مماثلة للغرناوية .

**العقيدات الرثيانية** Rheumatoid Nodules [ Hillers ١٨٦٨ ] : تحدث هذه العقيدات عند حوالي ٢٠٪ من المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الرثياني المزمن ، غير أنها قد تُشاهد أحياناً حتى مع غياب التبدلات المفصلية . والمنطقة الإنتقائية لتوضع هذه العقيدات هي الناحية الزندية للمرفق ، كما أنها تتوضع بتواتر أقل على اليدين ( وخاصة فوق ظهر الأصابع ) ، أو على الأذنين ، أو في أية منطقة جلدية مُعرضة للضغط الميكانيكي .

والعقيدات الرثيانية في الغالب عقيدات غير مؤلمة ، قاسية ، بلون اللحم ، تبرز فوق مستوى سطح الجلد ، وتتوضع تشريحياً في المنطقة تحت الجلد أو في أي من الأنسجة اللينة الأخرى . ويتراوح حجمها بين ٥ – ١٥ ملم أو أكثر ، وقد تتقرح بسبب الضغط ، أو الرضح ، أو التهاب الأوعية . هذا وتُشاهد العقيدات الرثيانية غالباً في سياق الأشكال الأكثر شدة من الداء المفصلي .

وكثيراً ما تُكشف في مصول هؤلاء المرضى الأضداد الرثوية والأضداد المضادة للنوى .

*التشريح المرضي النسجي :* يُلاحظ وجود عدة بؤر صغيرة من النخر الفبريناني ( الليفيناني ) Fibrinoid necrosis ضمن نسيج مرتشح بالفبرين ( الليفين ) ، وتُحيط الأرومات الليفية والمُنْسِجَات بهذه البؤر إحاطة الأسيجة الحسائكية ( الدرابزونية ) Palisades . وقد تُشاهد اللمفاويات والخلايا المصورية في المحيط . كما تحتوي المنطقة النخرية المركزية على بقايا نووية ، وعلى مادة عديمة الشكل ، وألياف أليفة الفضة ، وأخيراً يتم امتصاص النخرات ، وتتعضى ، وتُطوَّف بمحفظة ليفية .

**الإنذار** : قد تتراجع العقيدات الرثوية خلال فترة قصيرة نسبياً ، خلافاً للعقيدات الرثيانيةالتي تستمر عادة فترة زمنية أطول . هذا وقد تتثقب العقيدات الرثيانية عفوياً فتخرج منها مادة نخرية .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق العقيدات الرثوية والرثيانية عن الجلادات التي تُشكّل عقيدات تحت الجلدوالتي قد تتوضع أيضاً فوق المفاصل بشكل رئيسي مثل : عُقَد هبردين Heberden(*) ، والعقيدات المجاورة للمفصل Juxtarticular nodules ( الداء العُلّيقي Yaws ، والبِنْتا Pinta ، والإفرنجي ) ، والعقيدات الليفانية في سياق التهاب جلد الأطراف المزمن المضمّر ، والصفرومات الوترية ( غمد

(*) عقيدات تحدث في سياق الفُصال العظمي osteoarthritis ( المترجم ) .

الوتر ) ، وتُوَف النِقْرِس Gouty tophi ، والكُلاس ، والأورام الكبية . هذا ولا بد من الإشارة إلى وجود تشابه نسجي بين العقيدات تحت الجلد التي تظهر في سياق داء سِتِلّ Still وبين العقيدات الرثوية .

**المعالجة** : صعبة ، ولا بد من معالجة الداء المُستَبْطن . تقوم المعالجة الموضعية على تسريب المعلّق البلوري الممدد للستيرويدات القشرية داخل العقيدات ، وعلى استئصالها جراحياً كلما أمكن ذلك .

## الحبيبوم المواتي الأنفي Granuloma Gangraenescens Nasi : [ ١٨٩٧ Mc Bride ، ١٩٢٩ Kraus ] :

*المرادفات* : حبيبوم الأنف الخبيث ( woods ١٩٢١ ) ، حبيبوم الخط المتوسط للوجه المميت ( Williams ١٩٤٩ ) ، الشُباك المتعدد الأشكال ( Harrison ١٩٥٩ ) .

**تعريف** : داء نادر جداً ، يتصف بتبدلات التهابية ناخرة لا نوعية ، تُفضي إلى تخريب سريع في منطقة الأنف ومركز الوجه ، وإذا لم يُعالج هذا الداء فإنه يسبب الموت غالباً . وما يميز هذه الحالة عن الوُرَام الحبيبي لِوغنز Wegener's granulomatosis هو غياب التبدلات الشريانية التي يتسم بها الداء الأخير ، ومع ذلك فإن العديد من المؤلفين لا يفصلون بين هذين المرضين . ( انظر الفصل ٢١ ) .

**الإمراض** : مجهول . ويبدو أن الالتهاب الناخر المزمن اللا نوعي في بعض حالات الداء يقوم أيضاً على خلفية من اللمفوم اللمفوماني أو اللمفوم الخبيث .

**الموجودات السريرية** : يحدث هذا الداء عند الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ – ٥٠ سنة . ويتظاهر أولاً بوذمة في الأنف مع نجيج أنفي قيحي دموي له رائحة كريهة عفنة . ثم يؤدي الالتهاب الناخر في الطور الفعّال من الداء إلى حدوث تقرحات وتخريب في المنخرين وجسر الأنف مع تشكل جُلْبات نخرية ملتصقة ، كما يؤدي إلى حدوث انثقاب في كل من الوتيرة ( الحاجز الأنفي ) والحنك . وقد يؤدي الداء في مرحلته المتقدمة إلى تخريب الجيوب الأنفية الإضافية ، والعظم الغربالي ، وقاعدة القحف .

تبقى الحالة العامة جيدة نسبياً فترة طويلة من الزمن دون حمى . ولا يحدث عادة أي تبدل مرضي في العقد اللمفية الناحية ، ولكنها إذا ما تضخمت هذه العقد فإنها تُبدي بالفحص النسجي التهاباً لا نوعياً فقط .

**التشريح المرضي النسجي** : يُبين المقطع النسجي وجود التهاب حبيبومي ناخر لا نوعي مؤلف من اللمفاويات ، والخلايا المصورية ، والمُنسِجات ، والأرومات الليفية ، والخلايا العملاقة ، والحمضات ، إضافة إلى العدلات ، كما يُبين المقطع النسجي وجود تبدلات وعائية ( نخور جدارية ، وتثخنات جدارية مع تكاثرات بطانية ) ، مع أنها ليست بالمظاهر الرئيسية دائماً . هذا وتدل الخلايا اللا نمطية ذات النوى المفرطة الإصطباغ ( الكروماتين ) على وجود الشُباك أو اللمفوم الخبيث ، وهذا ما يجب التأكد منه بالخزعات النسجية .

**السير** : تحت حاد أو مزمن . ويحدث الموت ، ما لم يُعالج الداء ، بعد فترة تتراوح بين ستة أشهر وثلاث سنوات ، وينجم عن : النزف التآكلي ، أو التهاب السحايا ، أو الخراجات المخية ، أو الإنتان ، أو ذات الرئة .

**التشخيص التفريقي** : من المهم جداً أخذ اللمفوم الخبيث بعين الاعتبار . وقد نجد صعوبة كبيرة في تفريق هذا الداء عن المرحلة الباكرة ( المرحلة الأنفية ) من الوُرَام الحبيبي لِوغنز Wegener . كما يجب أيضاً أخذ الأدواء التالية بعين الاعتبار : الحبيبوم الجلدي الحمض الشبيه بالورم(*) ، وتقيح الجلد ، والصلبوم الأنفي ، وآكلة الفم ( النوما Noma ) ، والحمرة المواتية ، والإفرنجي الثالثي ، والتدرن الجلدي التقرحي .

**المعالجة** :

*جهازياً* : تُعطى جرعات عالية من الستروئيدات القشرانية السكرية ( يُعطى ٨٠ – ١٢٠ ملغ من البردنيزولون/يوم أو ما يعادله من الستيرويدات القشرية الأخرى ) ، ثم تُنقص هذه الجرعة بصورة تدريجية . ومن الأدوية الأخرى التي يجب أيضاً أن نأخذها بعين الاعتبار كابتات المناعة ( الأزاتيوبرين Azathioprine ١٠٠ – ١٥٠ ملغ / يوم ) ، أو مُوقفات النمو الخلوي cytostatics ؛ وكذلك الصادات واسعة الطيف .

*موضعياً* : يجب الاعتناء بالآفات الجلدية المتقرحة . تكون المعالجة بالأشعة السينية شافية ، كما يمكن إجراء الجراحة الرأبية Plastic surgery في مرحلة لاحقة .

## حبيبوم مزيلات الرائحة Deodorant Granuloma : [ Pinkus و Botvinick ١٩٥٧ ] :

*المرادفات* : الحبيبوم الإبطي ، حبيبوم الزرقونيوم Zirconium .

**الحدوث** : هو التهاب حبيبومي في الناحية الإبطية ، ينجم عن استعمال مزيلات الرائحة المحتوية على الزرقونيوم . ولقد لُوحظ لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٥٦ ، ولم يُسجَّل في البلدان الأخرى إلا نادراً .

---

(*) tumor – like eosinophilic granuloma of the skin .

**الإمراض** : يحدث تفاعل حبيبومي من نموذج الجسم الأجنبي(*) بعد استعمال مزيلات الرائحة المحتوية على الزرقونيوم . ويعتبر هذا الحبيبوم تفاعلاً أرجياً من النموذج الآجل ، ويُستدل على ذلك من إيجابية الاختبارات الأدمية باستعمال مادة الزرقونيوم عند العديد من هؤلاء المرضى .

وقد ذُكر أيضاً حدوث تفاعلات محدودة شبيهة بالإكزيمة في جدران الجريبات . يدل توضع الحبيبوم في كل من الجريب الشعري والغدد العرقية الناتحة والمفترزة على أن المادة المُحْدِثة للحبيبوم تصل إلى الجلد عبر هذه الطرق .

**الموجودات السريرية** : يظهر في الحفرة الإبطية وتحت بشرة منتفخة ملساء العديد من الحطاطات المتراصة على نحو كثيف ، يتراوح قطرها بين ٣ ـ ٥ ملم ، وتكون بلون الجلد أو ضاربة للحمرة ، ولا تترافق بأية أعراض .

**التشريح المرضي النسجي** : تُبدي الأدمة المتوسطة والعميقة باحات حبيبومية محددة مؤلفة من الخلايا الظهارانية ، وبعض الخلايا العملاقة من نموذج لنغهانس **Langhans** أو من نموذج الجسم الأجنبي ، وبعض اللمفاويات . وقد تتسرب اللمفاويات أحياناً إلى اللواحق الجلدية . هذا ولا تُشاهد في هذا الحبيبوم البلورات المزدوجة الكسر **Birefringent**(**) ، غير أن من الضروري إظهار أملاح الزرقونيوم في كل من المُزَوِّقات والجلد عن طريق مرسام الطيف الكيميائي **Chemospectrograph** .

**السير** : تتراجع الآفات عفوياً في الغالب بعد فترة تتراوح بين سنة وسنتين .

**التشخيص التفريقي** : لا توجد صعوبه في تفريق هذا الداء عن داء فوكس ـ فوردايس **Fordyce ـ Fox** ، فهذه الحطاطات المخروطية في هذا الداء تتوضع في الجلد حصراً .

**المعالجة** : يمكن تطبيق المستحضرات الموضعية للستيروئيدات القشرانية السكرية ، إنما بحذر ولفترة قصيرة ( تجنباً لخراجات الغدد العرقية ) .

## الحبيبوم الأليوي الطفلي Granuloma Gluteale Infantum [ Tappeiner و Pfleger ١٩٧١ ] :

**تعريف** : داء حبيبومي يُصيب الرضع ، ويلي معالجة التهاب الجلد الحِفَاضي بالستروئيدات القشرانية السكرية القوية .

**الحدوث** : يُصيب هذا الداء الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين الشهرين وسبعة أشهر ولا يرتبط بجنس معين . وقد يُصيب البالغين في حالات فردية .

**الإمراض** : السببيات غير واضحة . ويتصف الحبيبوم الأليوي عند الرضع بأنه داء مزمن ، يستمر عدة أشهر ، ويتطور عادة على خلفية التهاب الجلد الحِفَاضي ، أو على خلفية الحمج المذحي **بالمبيضات البيض** ، وغالباً ما تكشف القصة السريرية استعمال المراهم المحتوية على الستيروئيدات القشرانيةالسكرية القوية .

**الموجودات السريرية** : تكون الصورة السريرية وصفية ، إذ تُشاهد على الأليتين وعلى النواحي المثنية للفخذين عدة عقيدات كبيرة ، مدورة ( تأخذ الآفات المتوضعة في الطيات الجلدية شكلاً بيضوياً ) ، حمراء مزرقة ، يصل قطرها أحياناً إلى عدة سنتيمترات . وقد يحدث تآكل سطحي بسبب الاحتكاك .

**التشريح المرضي النسجي** : يُبدي المقطع النسجي رشاحة خلوية متعددة الأشكال مع حمضات وخلايا مصورية . وتخترق هذه الرشاحة كامل الأدمة حتى الحدود البشروية . وقد نُشاهد أيضاً تكاثرات وعائية ، وأحياناً تنكساً فبرينانياً في جدر الأوعية الدموية .أما البشرة فتكون طبيعية تماماً وقد تُبدي شواكاً مع فرط تقرن . هذا ولا بد من الإشارة إلى وجود تشابه نسجي بين هذا الداء والحبيبوم الوجهي .

**السير** : يستمر الداء بضع أسابيع أو أشهر ، وإنذاره جيد .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق هذا الداء عن كل من اللمفوم الكاذب وورم الخلايا البدينة العقيدي : وتتصف هذه الأدواء بأنها لا تُصيب المنطقة الحِفَاضية فحسب ، وبأنها تأخذ لوناً بنياً أغمق . هذا وينبغي أيضاً نفي الإفرنجاني عقب التآكلي **Posterosive Syphiloid** .

**المعالجة** : تقتصر على إجراء بعض المعالجات المجففة ( دهون الزنك ، أو عجينة الزنك ، أو زيت الزنك ) . يجب الامتناع عن استعمال المراهم المحتوية على الستروئيدات القشرانية السكرية القوية ، كما يجب عدم استخدام السراويل الداخلية اللدينة **Plastic panties** مع تبديل الحفاظ بشكل متكرر .

---

(*) تُقسم تفاعلات الأجسام الأجنبية إلى أرجية وغير أرجية ، وينتمي حبيبوم الزرقونيوم إلى الأرجية منها ( المترجم ) .

(**) تُشاهد بواسطة الضوء المستقطب ( المترجم ) .

# الفصل الحادي والخمسون

# الالتهابات المفرطة الحمضات

# Inflammations with Hypereosinophilia

د . عبد الحكيم عبد المعطي

## المتلازمة المفرطة الحمضات Hypereosinophilic Syndrome [ Griffin ١٩١٩ ] :

*المرادفات :* الابيضاضاني الحَمِض Eosinophilic leukemoid ( Schmidt – Weyland ١٩٢٥ ) ، الشُباك الحَمِض ( Gottron ١٩٥٦ ) .

**تعريف :** تشمل هذه المتلازمة النادرة جداً عدداً من الاضطرابات التي تتصف بفرط حمضات الدم و/أو بكثرة حمضات النقي ، وبحدوث ارتشاحات نسيجية بالحمضات ؛ دون وجود فرط تحسس مُثبت تجاه الأحياء الجهرية ، أو الطفيليات ، أو الأدوية ، أو الأورام . وعلى الرغم من أنه قد تصاب عدة أعضاء أو أنسجة ، فإن الإصابة تتركز بشكل رئيسي في القلب ( التهاب الشغاف الحمض ، التهاب عضل القلب الحمض ، التهاب الأبهر الحمض ، وغيرها ... ) ، وكذلك في الجملة العصبية المركزية . أما الحالات التي يُصاب فيها الجلد أولاً فهي نادرة جداً ، وقد تترافق بآفات قلبية فيما بعد . وكلما كان ازدياد حمضات الدم طفيفاً ، كان احتمال حدوث الآفة القلبية قليلاً .

**الإمراض :** السببيات مجهولة . ويُعتقد أن التفاعلات الأرجية – المفرطة النشاط المتعددة العوامل عند هؤلاء المرضى المُحسسين بشدة ، إنما تُثار وتُصان بواسطة أمراض أو مستأرجات Allergens متنوعة .

**الموجودات السريرية :** تكون الآفات الجلدية متعددة الأشكال ، ولا يمكن تمييزها عادة إلا من خلال الرشاحة النموذجية ، وأهمها : الحكة الشديدة ، والحمامي المتقرنة المتوسفة ، والشرى المزمن المتقطع intermittent أو الوذمة الوعائية ، أو العقيدات المتقرحة أو الارتشاحات الجلدية الابيضاضانية ، بالإضافة إلى الخَبَر مع التهاب الأوعية . كما ذُكر حدوث الطفوح المعممة الحطاطية ، أو الحاكة ، أو المتحززة . ولا بد من الإشارة أيضاً إلى الترافق النادر لهذه الحالة مع ضخامة العقد اللمفية ، ومع ضخامة الكبد والطحال .

ويبدو أن هناك متلازمات سريرية خاصة ونوعية تماماً وهي : التهاب الهلل الحمض ( متلازمة ويلس Wells ) ، والتهاب الجلد المفرط الحمضات ( متلازمة Nier – Westfried ) ، وكثرة المنسجات الحمضة .

**السير :** مزمن .

**التشخيص :** يُبنى التشخيص على العلامات السريرية ، وعلى التبدلات النسجية التي تُظهر الارتشاحات الالتهابية بالحمضات ، وعلى الفحوصات المخبرية التي تُظهر كثرة الكريات البيض ( ١٥٠٠٠ – ٢٠٠٠٠٠ ) ، وكثرة حمضات الدم دون أورومات ( ٢٠٪ – ٩٠٪ ) ، وكثرة حمضات النقي .

**المعالجة :** يجب البحث عن الأسباب ، والتخلص منها إن كان ذلك ممكناً .

*جهازياً :* تُعطى الستيرويدات القشرية وكابتات المناعة .

*موضعياً :* معالجة الأعراض . وتعمل الستيرويدات القشرية عن طريق إزالة تحبب الحمضات Degranulation ، والتي كثيراً ما تؤدي إلى إثارة الحكة . كما يمكن تجربة البوفا PUVA أو الأشعة السينية اللينة ( ٦ – ١٢ Gy ) مع توخي الحذر .

## التهاب الهلل الحمض Eosinophilic Cellulitis [ Wells ١٩٧١ ] :

*المرادفات :* متلازمة ويلس Wells ، التهاب الجلد الحبيبومي المعاود مع كثرة الحمضات ، الارتشاح الجلدي الحمض الحاد مع الشلل الوجهي وفرط حمضات الدم ( Miescher ١٩٥٢ ) .

**تعريف :** داء متعدد الأشكال ، يتصف بالنكس والإزمان ، ويتميز بحدوث ارتشاحات التهابية حمضة ، يتلوها فيما بعد تشكل حبيبومات التهابية تترافق بكثرة الحمضات ؛ كما يتصف هذا الداء بكثرة حمضات الدم والنقي . تحدث متلازمة ويلس Wells الثانوية مع أي تفاعل حمض ذي أشكال لهبية Flame figures ، كما هي الحال في عضات الحشرات .

**الحدوث :** نادر جداً .

**الإمراض :** يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الأسباب المحتملة في إحداث هذا الداء والتي تتضمن عدم تحمل الأدوية(*) ، حيث ينجم عن هذه الأسباب تفاعلات التهابية شديدة بالحمضات يتلوها فيما بعد تحرر لحبيبات الحمضات التي تملك تأثيرات سمية

---

(*) لم يُذكر في الطبعة الإنكليزية سوى سبب واحد ، مع أنه توجد أسباب أخرى أيضاً منها : الأخماج الطفيلية والفطرية ، وعضات الحشرات ( المترجم ) .

على مِغْراء الأدمة . ثم تحدث في مرحلة لاحقة تفاعلات بلعمية تكون في الغالب من نموذج التفاعلات الحبيبومية بالمنسجات .

**الموجودات السريرية** : للداء طوران اثنان : باكر ومتأخر . ويُعرف الطور الباكر بالتهاب الهلل الحمض الحقيقي ، ويستمر لأيام قليلة فقط ، ويتصف سريرياً بظهور الحمامى ، والحمى ، والوذمة المؤلمة المحددة ، والارتشاح . وقد يشبه هذا الطور إلى حد ما ، التهاب السبلة الشحمية ، أو التصلب الجلدي المحدد ( القشيعة ) .

ويُعرف الطور المتأخر بالتهاب الجلد الحبيبومي مع كثرة الحمضات ، ويستمر لعدة أسابيع ، ويتصف سريرياً بظهور الحماميات الحلقية جزئياً والشبيهة بالشرى ، كما يتصف بظهور الارتشاحات الصلبة المؤدية للضمور ؛ أو بظهور الحُكاك prurigo المترافق بحكة عنيفة ، وقد تظهر الحويصلات أحياناً .

أما الموجودات المخبرية الثابتة في هذا الداء فهي كثرة حمضات الدم والنقي ، وقد تكثر الكريات البيض في المراحل الأخيرة ، ولكن من النادر أن تكثر الصفيحات ، كما ترتفع سرعة التثفل .

**الأعراض** : الأعراض الشائعة في هذا الداء هي : الحمى ، والدعث ، والألم المفصلي ، وقد ذُكر أيضاً حدوث الشلل الوجهي .

**التشريح المرضي النسجي** : تتوضع الرشاحات النموذجية في الأدمة وتحت الجلد ، وتصطف غالباً حول الأوعية والملحقات ، وتتألف بشكل رئيسي من الحمضات والعدلات ، ولا تكون مصحوبة بالتهابات في الأوعية . أما الاضطراب النسجي الهام فهو احتواء النسيج الضام على مناطق محددة من **النخر الفبريناني Fibrinoid necrosis** ، تكون مرصعة جزئياً بالحطام النووي ( الناجم عن إتلاف الحمضات Eosinophile cytoclasis ) ، وينجم عن ذلك ظهور ما يُدعى **بالأشكال اللهبية Flame figures** . كما قد تتشكل حول الكتل الفبرينانية تفاعلات حبيبومية مؤلفة من الخلايا الظهارانية والخلايا العملاقة ، وتكون الخلايا الأخيرة من نموذج الجسم الأجنبي ومن نموذج لنغهانس Langhans . هذا ويندر ظهور الحويصلات المحتوية على العدلات والحمضات والفبرين ، وتُشاهد داخل البشرة وتحتها .

**المرضيات المناعية Immunopathology** : يترسب الفبرينوجين ( مولد الليفين ) في الأدمة وتحت الجلد . ويُلاحظ في بعض الأحيان ترسب الغلوبلين المناعي ( M ) في منطقة الغشاء القاعدي ، وترسب الغلوبلينات المناعية ( G ) و ( A ) و ( E ) في الأدمة وتحت الجلد . كما لُوحظ بواسطة التألق المناعي المباشر ترسب البروتين الأساسي الأعظمي للحمضات Major basic protein ضمن الكتل الفبرينانية .

**السير** : يتصف هذا الداء بالإزمان والنكس ، وقد يستمر عدة أشهر أو سنوات ، ونادراً ما تحدث الهدآت العفوية ، كما لُوحظ حدوث الشلل الوجهي .

**التشخيص التفريقي** : نظراً لتعدد أشكال الآفات الجلدية في التهاب الهلل الحمض ، فإنه يجب علينا أن نأخذ بعين الاعتبار الأدواء التالية في سياق التشخيص التفريقي : الحمرة ، والإكزيمة ، والتصلب الجلدي المحدد ، والتهاب الجلد الحلئي الشكل ، والشرى ، والجلادات المُفتعلة ، والأدواء الحُكاكية الشكل ، والتهاب السبلة الشحمية .

**المعالجة** :

*جهازياً* : يمكن ضبط الداء عادة بإعطاء جرعات منخفضة من الستيرويدات القشرية ، كما يمكن تجريب الدابسون Dapsone .

موضعياً : يتوقف اختيار العلاج الموضعي على طبيعة الآفات الجلدية الموجودة ؛ فهناك القشرانيات السكرية ودهون الزنك .

### التهاب الجلد المفرط الحمضات Hypereosinophilic Dermatitis [ Nier و Westfried ١٩٨١ ] :

**تعريف** : ينضوي هذا الاضطراب الجلدي المتميز سريرياً تحت طيف المتلازمات المفرطة الحمضات .

**الحدوث** : نادر جداً .

**الإمراض** : يُعد نمطاً للمتلازمة المفرطة الحمضات ولكن بمميزات مورفولوجية خاصة ، حيث لا تحدث فيه الإصابات العضوية وخاصة القلبية منها .

**الموجودات السريرية** : يتصف هذا الداء من الناحية السريرية بظهور طفح معمم متعدد الأشكال مؤلف من حطاطات وعقيدات مدورة ، لماعة ، حمراء أو حمراء مسمرة ، لا يتجاوز قطرها ٨ ملم ، تترافق بلطخات حمامية ، وتعفّ عادة عن الرأس ، والراحتين والأخمصين ، وحشفة القضيب . ويبدو أنه لا تحدث في سياق هذا الداء إصابات قلبية ، مع أنه قد سُجِّل حدوث شذوذات في مخطط كهربائية القلب ECG عند عدد محدود من المرضى . يمتاز هذا الداء بعدم إبداء أي مظاهر تدل على وجود الأورام ، أو الطفيليات ، أو التأثيرات الدوائية الجانبية ، أو غيرها من مظاهر الأرجية Allergy .

**الموجودات المخبرية** : المظهر البارز هو كثرة حمضات الدم ، ويتراوح معدلها بين المتوسط والمرتفع قليلاً ( حوالي ٢٠٪ ) .

ويُقدَّر العدد المطلق للحمضات بنحو ٣٠٠٠/ملم[٣] .

**التشريح المرضي النسجي** : يكون المظهر النسجي مميزاً ، حيث نشاهد رشاحة أدمية كثيفة غنية بالحمضات .

**السير** : يكون مزمناً وتتخلله بعض الطفوح العارضة Episodic .

**التشخيص التفريقي** : يُؤخذ بعين الاعتبار كل من التهاب الهلل الحمض ( متلازمة ويلس Wells ) ، والآفات الجلدية في سياق المتلازمة المفرطة الحمضات .

**المعالجة** : هي نفسها في التهاب الهلل الحمض ، بما فيها الدابسون Dapsone .

**كثرة المنسجات الحمضة Eosinophilic Histocytosis**
**[ Winkelmann و McLeod ١٩٨٥ ] :**

**تعريف** : يحدث هذا الجلاد الالتهابي النادر جداً عند البالغين ، ويتميز بالإزمان والنكس ، ويتصف بكثرة الحمضات والمنسجات .

**الموجودات السريرية** : يكون المرضى في صحة جيدة بشكل عام ، وتظهر عندهم طفوح حطاطية عقيدية معممة قد تختلط بالنخر والتقرح والتندب .

**السير** : تشفى معظم الآفات عفوياً . وقد تطور عند أحد المرضى غرن المنسجات الخبيث خلف الصفاق .

**التشخيص التفريقي** : قد يشبه الداء كُلاً من الشُباك الجلدي ، ونظير الصُداف ، والحُطاط اللمفاني Lymphomatoid papulosis .

# الفصل الثاني والخمسون

# الوحمات

# Nevi

د . هناء المسوكر

## التعريف والتصنيف :

لم يتم التوصل حتى الوقت الحاضر إلى تعريف مقبول بشكل عـام فيا يخصُّ أمـر الوحمـات . وتعـرف الوحمـات على أنها تشوهات لا وراثية تنجم عن اضطراب في التطور الجنيني . قد تكون الوحمات موجودة عند الولادة ( الوحمات الخلقيـة ) ، وقد تظهر فيا بعد أثنـاء الحيـاة ( الوحمات المكتسبة ) . ومتى ظهرت الوحمات فإنها تستمر أو تبقى ثابتة دون أي تغيير بشكل عام . وبالتعابير العامية تسمى الشامات أو الخال «Moles» أو الوحمات Birthmarks أو البقع الكبدية . وكثيراً ما يصعب التمييز بين الوحمات وبين الأورام السليمة ـ الحميدة الحقيقية .

يمكن تميـيز ثـلاثـة أنواع من الوحمـات : وحمـات الخلايا الصباغية ، وحمات الخلايا الوحمية ( وحمي ـ خلوي أو خلية وحميـة ) والوحمات العضـوانية (Organoid) ( انظر الجدول ٥٢ : ١ ) .

*وحمات الخلايا الصبـاغية Pigment Cell Nevi* : تتميز هذه الوحمات بعدد كبير نسبياً من الخلايا الملانية و/أو فعالية هذه الخلايا الملانية الأدمية أو البشروية . وتتظاهر على شكل باحات Areas مفـرطـة الصبــاغ ذات حـدود واضحــة ( الوحمـات الزرقاء ) .

*وحمات الخلايا الوحمية Nevocytic Nevi* : وتحتوي على نمط خاص من الخلايا الوحمية Nevocyte . وهي قادرة على تصنيع الصباغ .

*الوحمات العضـوانية* : وهي عبارة عن اضطراب في محتويات الجلد السويّ . وتسمى الوحمة وفقاً للنسيج الغالب فيها ، مثالها ( الوحمة الزهمية N. Sebaceus ) .

**الجدول ٥٢ ـ ١** : أنماط الوحمات

**وحمات الخلايا الصباغية**
- *وحمات الخلايا الملانية البشروية :*
  - بقع بقهوة بحليب
  - شلال وحمي الشكل ( وحمة Becker )
  - وحمة بقعية N. Spilus
  - الشامة البسيطة
  - متلازمات الشامات
- *وحمات الخلايا الملانية الأدمية :*
  - البقعة المنغولية
  - وحمة أوتا Ota
  - وحمة ايتو Ito
  - الوحمة الزرقاء

**وحمات الخلايا الوحمية**
- الوحمة وحمية الخلايا وأنماطها : خلقية أو مكتسبة
- الوحمة الهالية Halo Nevus
- وحمة الخلايا المغزلية ( وحمة سبيتز Spitz )
- الوحمة مختلة التنسج ( المثدونة ) ومتلازمات الوحمات مختلة التنسج

**الوحمات العضوانية**
- *الوحمات الظهارية :*
  - الوحمات البشروية
  - وحمات الغدد الزهمية
  - وحمات الغدد العرقية
  - الوحمات الشعرية ( وحمات الأشعار )
- *وحمات النسيج الضام :*
  - وحمة النسيج الضام القطنية العجزية
  - وحمة النسيج الضام الكبيرة العقيدية المنتثرة
  - الوحمة المرنة
  - الوحمة الشحمومية
- *الوحمات الوعائية :*
  - الوحمة الشعلية Flammeus
  - الأدواء العدسية مع الوحمات الوعائية
  - الوحمة العنكبوتية
  - توسع الشعيرات النزفي الوراثي
  - الوحمة الفقرمية ( فقيرة الدم )
  - الوحمة الوعائية المختلطة

## وحمات الخلايا الصباغية : Pigment Cell Nevi

إن الخلايا الصبـاغيـة الطبيعية في الجلد هي الخلايا الملانية البشـروية والتي هي عبـارة عن خلايا تغضنية الشكل مصنّعة للملانين ومتوضعة بين الخلايا القاعدية حيث تنقل الميلانين إلى الخلايا المقرنة المجاورة . تدعى هذه الخلايا في المقاطع النسيجية بـالخلايا الرائقـة لأن هيولاها شفـافة . تشتق هذه الخلايا من القـنزعة العصبيـة وتهاجر إلى الجلد أثنـاء الحياة الجنينية . وقد

يحدث سوء في التشكل كأن تبقى بعض الخلايا الملانية في الأدمة لدى هجرتها إلى البشرة وتدعى بالخلايا الملانية الأدمية .

إنّ بلاعم الملانين ليست خلايا مصنّعة للصباغ لكنها بالعات كبيرة مخزنة للصباغ وتصادف في الأدمة في كثير من الأحيان .

## وحمات الخلايا الملانية البشروية Epidermal Melanocytic Nevi :

### بقع القهوة بحليب Café – au – Lait Spot :

**الموجودات السريرية** : هذه البقع عبارة عن بقع جلدية مدورة أو بيضوية ، لونها متجانس بلون القهوة بحليب ، إلى الرمادي الضارب للبني ، يتراوح قدّها بين حجم الأظفار وقدّ راحة اليد . وهي ذات حدود غير منتظمة عادة ( راجع الشكل ٥٢ : ١ ) . وهي غير شائعة وغير ضارة . ويشير وجود أكثر من خمس بقع كبيرة منها عند مريض واحد إلى الإصابة بالورام الليفي العصبي لفون ريكلنغهاوزن . وإن هذا التشخيص محتمل حتى في غياب أعراض الداء الأخرى إذا كان ثمة فرط تصبغ نمشي في الحفرة الإبطية .

**التشريح المرضي النسجي** : يزداد عدد الحبيبات الصباغية في خلايا الطبقة القاعدية من البشرة . وقد يزداد عدد الخلايا الملانية . أما الخلايا الوحمية فهي غير موجودة .

**الإنذار** : سليم ، لكن البقع تبقى دون تبدل .

**المعالجة** : بالمموهات ، كما يمكن استئصالها .

### الملان وحمي الشكل Melanosis Neviformis :
[ Becker : ١٩٤٩ ]

*المرادفات* : وحمة بيكر ، ملان بيكر ، الوحمة البشروية المشعّرة المصطبغة .

**التعريف** : وهي ناحية من الجلد تشبه الخارطة وحيدة الجانب مفرطة الاصطباغ وفيها فرط أشعار . تبدأ عادة عند سن البلوغ على الكتف أو أعلى الصدر أو على القسم العلوي للذراع .

**الحدوث** : الملان وحمي الشكل ليس نادراً ، ويغلب حدوثه عند اليفعان من الشباب ، تبدأ تظاهراته الأولى في الصيف عادة ، إذ كثيراً ما تلاحظ لأول مرة بعد حدوث حرق شمس . حوادثه العائلية محتملة .

**الموجودات السريرية** : لا توجد أعراض شخصية . تبدأ هذه الوحمة على شكل بقعة تكبر تدريجياً لتأخذ شكلاً غريباً يشبه الخارطة ، لونها متجانس ، إما مصطبغ بشدة أو خفيف الاصطباغ . تتقطع الوحمة في محيطها إلى جزر صغيرة ، يتلو ذلك نمو أشعار خشنة في هذه الجزر الصغيرة مما يزيد الناحية الجمالية سوءاً في الوحمة وحيدة الجانب ( راجع الشكل ٥٢ : ٢ ) . وقد تترافق مع اضطرابات في الأنسجة الرخوة البعيدة أو حتى العظام ، مثال : نقص تنسج الثدي أو الذراع في الجانب الموافق أو شوك مشقوق أو جنف .

**التشريح المرضي النسجي** : تطاول في الاستطالات البشروية . تبدي الخلايا الملانية زيادة في فعاليتها باستخدام المجهر الالكتروني بالرغم من أنّ أعدادها غير زائدة . تشير بالعات الملانين في الأدمة العليا إلى وجود السلس الصباغي . لا توجد خلايا وحمية . غالباً ما يبدي الجهاز الشعري تثخناً في سقيبة الشعرة وبشرتها .

**السير** : يتوقف النمو التدريجي لهذه الوحمة بعد عدة أشهر إلى سنتين . بعد ذلك تبقى الآفة ثابتة دون أي تبدل ولو أن لونها قد يصبح أفتح قليلاً . وقد ذكر حدوث ورم ملاني خارج الوحمة مرافق لها .

### الوحمة البقعية Nevus Spilus :

**الموجودات السريرية** : وهي وحمة غير شائعة نسبياً . تتألف من بقعة مصطبغة بلون بني فاتح تحوي ضمنها نقاطاً صغيرة بحجم رأس الدبوس مصطبغة قاتمة بلون بني ضارب للسواد ( راجع الشكل ٥٢ : ٣ ) توجد البقعة البنية الفاتحة منذ الولادة . أما البقع الحطاطية القاتمة والتي تشبه النمشات فتظهر متأخرة بعد سنوات . ولقد ذكر حدوث تصبغات تشبه الوحمة البقعية بعد المعالجة بالبوفا PUVA .

**التشريح المرضي النسجي** : وهو عبارة عن مزيج من فرط التصبغ البسيط في الطبقة القاعدية ووجود أعشاش صغيرة من الخلايا الوحمية في منطقة الوصل الأدمي البشروي وفي الأدمة العليا . تتألف الوحمة البقعية من مزيج من بقع القهوة بحليب والوحمة ذات الخلايا الوحمية . وإن كلاً من الخلايا الملانية والخلايا الوحمية غني بشكل خاص بالملانوزومات العملاقة بالرغم من أن هذه الأخيرة ليست نوعية لهذا النمط من الوحمات .

**الإنذار** : سليم ، ومن النادر جداً حدوث الملانوم الخبيث في البقع الصغيرة القاتمة .

**المعالجة** : لا توجد معالجة خاصة ، ولكن يمكن استعمال المموهات أو الاستئصال الجراحي .

### الشامة البسيطة وداء الشامات Lentigo Simplex and Lentiginosis :

**الموجودات السريرية** : عبارة عن اندفاعات بقعية واضحة الحدود ، صغيرة ، يتراوح قطرها من ٣ – ٥ ملم مفرطة

التصبغ ، متجـانســة ، ذات لون بني داكن أو فاتح ( راجع الشكل ٥٢ : ٤ ) . وكثيراً ما تكون البقع الصغيرة الإفرادية موجودة منذ الولادة . تتكاثر هذه البقع خلال سن الطفولة أو البلوغ وتتزايد أحياناً على شكل هجمات ، ويستخدم مصطلح « داء الشامات » عندما يكون عدد الاندفاعات كبيراً . الآفات ليست ميّالة لإصابة النواحي المعرضة للضياء أكثر من غيرها . وهناك حوادث عائلية أحياناً .

**التشريح المرضي النسجي** : تطاول الاستطالات البشروية Rete Ridges بشكل منتظم . يزداد عدد الخلايا الملانية ( وهي ما تدعى بالخلايا النيرة ) التي تحافظ على شكلها وتوضعها السويّ ( فرط تصنع الخلايا الملانية البسيط ) . وتبدي طبقات الخلايا القاعدية البشروية زيادة في ترسب الملانين . وتظهر أشكال انتقالية باتجاه وحمات الخلايا الوحمية الوصلية وذلك عندما تشكل الخلايا الملانية تجمعات شبيهة بالأعشاش ضمن الاستطالات البشروية ( الشامة الوحمانية ) .

**التشخيص التفريقي** : من الضروري تمييزها عن وحمات الخلايا الوحمية المصطبغة العديدة .

**أشكال خاصة** : وقد تمت مناقشتها في مكان آخر ، وهي تتضمن :

- داء الشامات الطفحي ( انظر الفصل ٢٦ : اضطرابات صباغ الملانين ) .
- متلازمة ليوبارد LEOPARD ( الفصل ٢٦ ) .
- داء الشامات في منتصف الوجه ( الفصل ٢٦ ) .
- متلازمة بوتز – جيغرز Peutz – Jeghers ( الفصل ٢٦ ) .

## وحمات الخلايا الملانية الأدمية

## Dermal Melanocyte Nevi :

تشتق أسواء التشكل هذه من الخلايا الملانية المتوضعة في النسيج الضام الأدمي ، وليس من تلك الخلايا الملانية التي تتوضع في مكانها السويّ ألا وهو البشرة أو الجريب الشعري . ويُفترض أن هذه الخلايا لم تحقق غايتها أثناء الحياة الجنينية بالهجرة من القنزعة العصبية إلى البشرة والجريبات الشعرية ولذلك بقيت في الأدمة ونضجت هناك .

### البقعة المنغولية Mongolian Spot :

**الموجودات السريرية** : هي عبارة عن تبدل في لون الجلد ، فتبدو بلون رمادي ضارب للزرقة فوق ناحية العجز والناحية البعيدة من الظهر ( راجع الشكل ٥٢ : ٥ ) . تكون البقعة موجودة عند الولادة عادة ثم تتراجع حول سن البلوغ ، تشاهد بنسبة ٩٠ – ١٠٠٪ عند المنغوليين . وتشاهد أحياناً عند العرق الأبيض .

**التشريح المرضي النسجي** : غالباً ما تشاهد خلايا ملانية محمَّلة بالملانين ذات شكلٍ نجمي أو مغزلي في الأدمة الوسطى دون أي تفاعل التهابي .

**الإنذار** : لا يحدث تحولٌ باتجاه الخباثة ، وتختفي معظم البقع المنغولية خلال بضع سنوات .

**المعالجة** : غير ضرورية .

### وحمة أوتا : [ Ota : ١٩٣٠ ، ١٩٣٩ ]

*المرادفات* : داء الخلايا الملانية العينية – الجلدية .

**الموجودات السريرية** : تكاد هذه الوحمة تقتصر على العروق الشرقية ، وتندر جداً عند العرق الأبيض . وهي بقع ذات لون أسود ضارب للزرقة تشبه البقعة المنغولية . وهي وحيدة الجانب وتظهر على مسار الفرعين الأول والثاني من العصب مثلث التوائم ، مع تصبغ بني ضارب للسواد في الناحية العينية ( الملتحمة ، القزحية ) . وقد تحدث آفات حطاطية أو عقيدية صغيرة في هذه الناحية أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : مشابه لما وجدناه في البقعة المنغولية .

**الإنذار** : تستمر هذه الآفة دون تبدل ، ومن النادر أن تتطور إلى ملانوم خبيث أو إلى ورم مصنع للملانين داخل الدماغ بدءاً من وحمة Ota .

**المعالجة** : المموهات إذا لزم الأمر .

### وحمة إيتو : [ Ito : ١٩٠٦ ]

*المرادفات* : كثرة الخلايا الملانية الدالي الأخرمي .

**الموجودات السريرية** : تتوضع هذه الوحمة في ناحية الكتف والناحية العليا من الصدر . تشاهد بشكل رئيسي عند اليابانيين . وفيما عدا ذلك فإنها تتوافق مع البقعة المنغولية . لا تحدث هنا آفات حطاطية عقيدية . وتستمر هذه الوحمة دون أن تتبدّل ولا خوف من حدوث ملانوم خبيث بدءاً من هذه الوحمات .

### كثرة الخلايا الملانية الأدمية المعمم

### Melanocytosis Dermalis Generalisata :

[ باشيتي ومجموعته Bashiti ١٩٨١ ]

يمكن تعريف هذا الداء على أنه بقعة منغولية معمّمة .

**الوحمة الزرقاء Bleu Nevus** : [ Tieche : ١٩٠٦ ]

**التعريف** : وهي عبارة عن عقيدة سوداء مزرقة تنجم من خلايا ملانية مصنعة للصباغ متوضعة في الأدمة .

**الموجودات السريرية** : وهي في العادة وحمة وحيدة تتميز بلون أسود ضارب للزرقة أو أسود - رمادي ضارب للون الرمادي ، تبدو على شكل عقدة قاسية ذات حدود واضحة وغائرة في الجلد ( راجع الشكل ٥٢ : ٦ ) يعود لونها إلى التوضع العميق للصباغ الملاني في الجلد كما هو عليه الحال في جزيئات الحبر الهندي المستخدم في الوشم . تكون الآفات طويلة الأمد وقاسية وغير أعراضية .

**التشريح المرضي النسجي** : يمكن تمييز ثلاثة أشكال نسيجية على الرغم من المظهر السريري الواحد :

- *الشكل البسيط ( الشائع )* : تحتوي الأدمة على عدد كبير من الخلايا الملانية الغنية بالملانين ، ذات الشكل المغزلي أو التغصني ، وكثير من بالعات الملانين الكبيرة في الناحية المتليفة ذات اتصال بالملحقات الجلدية في كثير من الأحيان .

- *الشكل المشترك* : وتحتوي كذلك على أعشاش من الخلايا الوحمية النمطية .

- *الوحمة الزرقاء الخلوية* : وهو الشكل الأندر ، وتبدي الوحمات ، إلى جانب الخلايا الملانية ، وجود خلايا أخرى ذات هيولى وافرة ونوى صغيرة مغزلية الشكل ذات كروماتين كثيف ، هذه الخلايا كثيفة ومتراصّة . وقد تشبه البنيات العصبية أو الغرنية Sarcomatous .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن ورم المنسجات Histiocytoma المصطبغ ، والوعاؤوم الليفي ، والملانوم الخبيث العقيدي .

**الإنذار** : من النادر جداً تطور ملانوم خبيث . يجب تجنب حدوث التخريش المزمن . قد تظهر خلايا الوحمة الزرقاء في العقد اللمفية ، وهذه ليست بنقائل . والإنذار جيد بشكل عام .

**المعالجة** : الاستئصال الكامل مع حواف أمان حرّة تحت التخدير الموضعي ، أو المراقبة .

## وحمات الخلايا الوحمية Nevocytic Nevi :

*المرادفات* : الوحمة الخلوية الوحمية ، الوحمة وحمية الخلايا .

الخلايا الوحمية عبارة عن خلايا ذات علاقة وثيقة بالخلايا الملانية وهي تشتق مثلها من القنزعة العصبية . وهي قادرة على تصنيع الصباغ الملاني . وهذه الخلايا ليست من مكونات الجلد السويّ ، لكنها توجد في جلد جميع الناس تقريباً بأعداد صغيرة أو كبيرة على شكل تجمعات موضعة . وعلى عكس الخلايا الملانية التي تتوضع بشكل منتشر في طبقة الخلايا القاعدية من البشرة ، فإن الخلايا الوحمية تتوضع على شكل أعشاش في الوصل الأدمي البشروي أو في الأدمة ، وعلى عكس الخلايا الملانية التغصنية أيضاً فإن الخلايا الوحمية دائرية الشكل ليس لها تغصّنات .

**التعريف** : وهي آفات جلدية بقعية أو حطاطية أو حليمومية ، بلون الجلد أو ذات اصطباغ مختلف الشدة مع تجمعات من الخلايا الوحمية مرئية نسجياً متوضعة في البشرة أو الأدمة أو الاثنين معاً . قد تتواجد منذ الولادة أو تتطور وتكبر على شكل أطوار خلال سير الحياة ؛ وقد تتراجع مع تقدم السن .

**الحدوث** : تُبدي الخلايا الوحمية اختلافاً في العدد والشكل والطبيعة عند الأشخاص . وقد يملك كل شخص بالغ على الأقل عشرين وحمة ذات خلايا وحمية . والعوامل الوراثية هي قيد النقاش حسب ما تبديه دراسة التوائم والعائلات ، ويُفْتَرض في تطورها خلال سن البلوغ تدخُّل مؤثرات هرمونية .

**الإمراض** : تجتمع الخلايا الوحمية المشتقة من القنزعة العصبية ( حسب رأي Unna و Masson ) والمهاجرة إلى الجلد على شكل أعشاش صغيرة في طبقة الخلايا القاعدية البشروية وفي منطقة الوصل الأدمي - البشروي . ويعتقد Unna أن هذه الخلايا تزداد عدداً بتكاثرها ثم تنسّل نحو الأسفل باتجاه الأدمة حيث تجتمع على شكل حبال أو أعشاش . وتكون الخلايا الوحمية المتوضعة في ناحية الموصل الأدمي - البشروي وفي الأدمة العليا كبيرة الحجم نسبياً ومصنِّعة للملانين ( نمط الخلايا الظهارانية : نمط A لميشر Miescher ) . أما الخلايا الأعمق بمستواها ، فتصبح دائرية الشكل وأصغر حجماً ( نمط لمفاني Lymphocytoid : نمط B ) أو مغزلية الشكل ( الشكل العصبي : نمط - C ) التي قد تصنع الملانين بكمية قليلة أو لا تصنعه البتة . وتكاد تكون الوحمات القديمة جميعها ذات توضع أدمي وتبدي تليفاً أو ترسب دسم . ويعتبر التحول باتجاه الخباثة أمراً ممكناً في وحمات الوصل وحمية الخلايا ، بينما يندر نسبياً هذا التحول في الوحمات الأدمية .

**الموجودات السريرية** :

- *التوزع* : قد تتوضع الوحمات وحمية الخلايا في أي مكان من سطح الجلد والأغشية المخاطية القريبة منه . وقد تتوضع هذه الوحمات في حالات نادرة على شكل زمر أو خطوط أو شرائط وحيدة أو ثنائية الجانب ، مما يؤدي إلى أخذ انطباع عن أن

توضعها قد يرتبط بتوزع عصبي أو وعائي معين ، أو تبعاً لمناطق الارتباط الجنيني . وتطلق عبارة الوحمات المجموعية على وحمات كهذه . ولا يشاهد هذا التوزع في الوحمات وحمية الخلايا وحسب ، لكنه يشاهد في أنماط أخرى من الوحمات أيضاً .

– *القدّ ، الشكل ، اللون* : قد تكون الوحمة وحمية الخلايا المنفردة مسطحة أو حطاطية أو حليمومية . ويتراوح قدّها بين رأس الدبوس وراحة اليد ، إلا أنها تقيس وسطياً في العادة من ٢ – ٤ ملم . أما لونها فيتراوح بين لون الجلد واللون البني الضارب للسواد . ولقد تم استخدام مصطلحات طبية خاصة لوصف صور سريرية فردية :

– *الوحمة المصطبغة أو ( الوحمة الخلوية )* : وهي وحمة مسطحة مصطبغة ( راجع الشكل ٥٢ : ٧ ) وهناك أشكال انتقالية باتجاه الشّامة ، وتثبت بالفحص النسيجي .

– *الوحمة مليسائية الشكل وحمية الخلايا* : يتألف هذا الشكل الشائع من عقيدة لينة ، لاطئة ، واسعة القاعدة بحجم حبة البازلاء وذات صباغ قليل الكمية . وقد يُظن على أنها ليفومات لينة أو حليمومات . وقد تكون هذه الأخيرة مجرّد وحمات متليفة وحمية الخلايا .

– *الوحمة المصطبغة والحليمومية ( راجع الشكل ٥٢ : ٨ )* : تتوضع هذه الوحمة عادة على الجذع وأحياناً على الوجه وهي مصطبغة بشدة وكبيرة الحجم ، بحجم حبة التوت وذات شكل حليمومي . تتعرض هذه الوحمات للحدثيات الالتهابية أو الخمجية بسبب المفرزات الموجودة في أثلامها العميقة . ويعطي فرط التقرن السطحي الواضح مظهراً ثؤلولياً لهذه الوحمات .

– *الوحمة المصطبغة والمشعرة ( راجع الشكل ٥٢ : ٩ )* : وتتميز بوجود أشعار انتهائية قاسية فيها . وعندما تصيب الوحمة المصطبغة المشعرة الولادية مساحة واسعة من الجسم فتسمى حينئذٍ بالوحمة المصطبغة العملاقة ( راجع الشكل ٥٢ : ١٠ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تختلف الوحمات ذات الأنماط المتنوعة عن بعضها من الناحية النسيجية وذلك تبعاً لاختلاف توضع الخلايا الوحمية في الجلد .

– *وحمة الموصل* ***Junctional Nevus*** : تتوضع الخلايا الوحمية في الطبقة القاعدية أو في منطقة الموصل البشروي الأدمي على شكل أعشاش من الخلايا المدوّرة أو المضلّعة ذات النوى الكبيرة والتشكل الصباغي الواضح . تتطاول الاستطالات البشروية ، وتفضل الخلايا الوحمية التوضع في ذراها ( ذُرى الاستطالات البشروية ) . وتتميز الفعالية الوصلية للوحمة بصورة خلوية مختلفة مع نفوذية الخلايا الوحمية إلى الأدمة العليا وظهور بالعات الملانين وعلائم رشاحة خلوية خفيفة .

– *النمط البشروي الأدمي* ***Dermoepidermal Type*** : وتدعى أيضاً بالنموذج المختلط . تصادف الخلايا الوحمية في طبقة الخلايا القاعدية ، وفي ناحية الموصل الأدمي البشروي ، وفي ناحية الأدمة .

– *النمط الأدمي* ***Dermal Type*** : تتوضع الخلايا الوحمية جميعها في الأدمة . ومع هذا النفوذ العميق في الأدمة تتبدل الخلايا الوحمية في مظهرها ، فبينما تكون السطحية منها كبيرة ، مدوّرة أو مضلعة وذات نوى كبيرة وحاوية على الملانين ، وحيث تؤلف النمط الظهاراني ( النمط A ) ؛ تكون الخلايا الوحمية ذات التوضع الأعمق صغيرة من النمط اللمفاني ( النمط B ) أو ذات مظهر شبه عصبي ( النمط C ) . وعلاوة على ذلك ينقص تشكل الملانين بشكل واضح جداً في الطبقات العميقة . وقد تحرض الأشعة فوق البنفسجية A وB التصبغ السطحي في الوحمات الأدمية .

**التشخيص التفريقي** : يغلب أن لا يحصل خطأ في وضع التشخيص الخاص بالوحمات وحمية الخلايا . وتتركز الأهمية العظمى على نفي وجود الملانوم الخبيث . وقد تفيد القواعد التالية في تقييم الوحمات وحمية الخلايا :

– يندر حدوث الملانوم الخبيث في الوحمات وحمية الخلايا قبل سنّ البلوغ .

– الوحمات المصطبغة المرتفعة ذات القاعدة العريضة اللاطئة ( مع أشعار قاسية هلبية الشكل «Bristle – like» ) وتكون الوحمات الحليمومية وحمية الخلايا سليمة عادة .

– وفي العادة تكون الوحمات المليسائية ذات الصباغ القليل أو المنعدمة الصباغ أو الوحمات الليفية المتوافقة مع النمط داخل الأدمي غير مؤذية .

– الوحمات الصغيرة المصطبغة بلون بني قاتم أو أسود وغير المرتفعة عن سطح الجلد ، والتي تكون مزوّدة في العادة بأشعار ثخينة والتي كثيراً ما تكون متوضعة على الأخمصين والراحتين وتبدي فعالية وصلية ، قد تتحول باتجاه الخباثة . ويجب استئصالها إذا زاد حجمها عن ٠,٥ سم .

– وكمبدأ أساسي يجب عدم تعريض الوحمات وحمية الخلايا المصطبغة للتخريش المزمن كالاحتكاك بالملابس وتطبيق المواد الكاوية والنتف الآلي .

أما المظاهر السريرية التي تدعو للاشتباه بالتبدلات الخبيثة فهي :

– زيادة في مساحة الوحمة أو ارتفاعها .

– زيادة كثافة الصباغ ، وخاصة إذا لم يكن متجانساً .
– علامات التراجع البؤري .
– تشكل هالة صباغية حول وحمة مصطبغة وحمية الخلايا مرتفعة قليلاً .
– وجود تفاعلات التهابية في الوحمات المصطبغة وحمية الخلايا .
– حدوث الحكة في وحمة وحمية الخلايا .
– التآكل والنزف .

يجب إحالة المريض فوراً إلى الطبيب الاختصاصي . وإن الخزعة الشقية تعتبر مضاد استطباب إذا كان هناك اشتباه بالملانوم الخبيث موجوداً .

من التشاخيص التفريقية الأخرى التي يجب أخذها بعين الاعتبار : الوحمة الزرقاء ، الوحمة مغزلية و/أو ظهارية الخلايا ، السرطانة القاعدية الخلايا المصطبغة ، ورم المنسجات ، الوعاؤوم الخثور ، التقران المثي المصطبغ .

**الإنذار** : إن إنذار الوحمات وحمية الخلايا جيد بشكل عام . ومن جهة أخرى ، فإن ٢٠ – ٥٠٪ من الملانومات الخبيثة تنشأ على وحمات وحمية الخلايا . ويوجد في بعض هذه الحالات ملانوم خبيث منذ البداية ، ويكون في طور النمو الأفقي ويشخص خطأً في البدء على أنه وحمة وحمية الخلايا ، أو يظنّ أنه وحمة مختلة التنسج . وعلى كلّ حال ، لا يوجد أيّ شك بأنّ الملانوم الخبيث يمكن أن يتطور ابتداءً من وحمة وحمية الخلايا من النموذج الوصلي أو الأدمي ، وهو عادة من النمط العقيدي . وإنه لمن المستحيل في معظم الحالات أن نتنبأ عن إمكانية التحول المستقبلي باتجاه الملانوم الخبيث في كل وحمة وحمية الخلايا بحد ذاتها . وبشكل أساسي فإن التحول الخبيث في الوحمات الأدمية الأصغر حجماً قليلاً ما يحدث ، ولكنه أكثر احتمالاً في الوحمات القائمة جداً ذات الفعالية الوصلية نسجياً . ولقد ذكر حدوث الملانوم الخبيث في ١٠ – ٢٥٪ من حالات الوحمات الخلقية المصطبغة والمشعرة الكبيرة ( الوحمات المصطبغة العملاقة ) . لذلك يستطب إجراء الاستئصال الحذر مع الجراحة التصنيعية لتغطية النقص أو المعالجة بالسنفرة في باكورة الطفولة . في هذه الحالات فقط وحسب مكان التوضع وحجم الآفات قد تصبح الجراحة التصنيعية صعبة بشكل خاص . ولكن حتى في الوحمات الولادية وحمية الخلايا ، الصغيرة ، لا يندر حدوث الملانوم الخبيث .

**المعالجة** : يفضل استئصال الوحمات وحمية الخلايا مع حوافّ نسيجية سليمة بسبب الاعتبارات التزويقية وكثرة التخريش الناجم عن الملابس والذي يُخشى بسببه من حدوث الملانوم الخبيث فيما بعد . ويؤدي كشط الجلد أو المعالجة بالسنفرة إلى النكس عادة ، حيث أن الصورة النسيجية كثيراً ما تكون هنا مشابهة للملانوم الكاذب . وتؤدي إزالة هذه الوحمات بالعروة الحرارية أو التخثير الكهربائي إلى ندبات غير مستحبة . ويعتبر الاستئصال الجراحي مع الخياطة الأولية للوحمات الولادية الواسعة مناسباً في كثير من النواحي . أما بالنسبة للاستئصال الأكثر اتّساعاً يكون التطعيم الجلدي ضرورياً . ويمكن إزالة جُمْلَة الوحمات الواسعة بنجاح بطريقة السنفرة تحت التخدير العام ، إذا ما اجري ذلك في الطفولة المبكرة . تنمو هذه الوحمات باتجاه العمق فيما بعد فتصبح المعالجة بالسنفرة طريقة غير مناسبة . أما المعالجة بالأشعة السينية فتترك وحمات الخلايا الوحمية كما هي دون أي تأثير ما لم تستخدم جرعات كبيرة مماثلة لجرعات الأورام ؛ وهذا غير مُبَرَّر لأنها تؤدي إلى تخرب الأنسجة . ويجب استئصال الوحمات المصطبغة الولادية العملاقة في سني الطفولة بسبب خطورة الاستحالة إلى الملانوم الخبيث كما سيأتي ذكره في بحثه .

### الوحمة الهالية Halo Nevus :

لقد تم مناقشة هذه الحالة في مجال آخر بإسهاب بسبب وجود العلاقة الإمراضية بينها وبين البهاق ( انظر الفصل ٢٦ ) .

### الملان العصبي الجلدي Neurocutaneous Melanosis :

[ Touraine : ١٩٤١ ، Rokitanski : ١٨٦١ ، Virchow : ١٨٥٩ ]

*المرادفات :* متلازمة الأَرام الملاني Melanoblastosis العصبي الجلدي .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ١١ ) توجد في هذه الحالة النادرة وحمات وحمية الخلايا مشعرة ولادية وكبيرة . كثيراً ما تكون في ناحية الجذع ( وحمة لباس السّباحة ) بالإضافة إلى وحمات صغيرة مصطبغة وحمية الخلايا موزعة بغزارة على الراحتين والأخمصين بشكل خاص . هذا وتوجد تجمعات مشابهة من الخلايا الوحمية المصنعة للصباغ في كل من السحايا والدماغ والنخاع الشوكي . وليس من النادر ترافق الآفة باستسقاء دماغي انسدادي داخلي مع اضطرابات دماغية شديدة ( فرط التوتر داخل الدماغ ، اختلاجات ، تأذي الوعي ) . وعلى كل حال قد يتشكل ملانوم انتقالي في الجلد أو الجهاز العصبي المركزي آجلاً في الطفولة ولذا فإن الإنذار سيّء ، ويتوفى حوالي نصف الأطفال المصابين في السنة الأولى من العمر بسبب تأثيرات الاستسقاء الدماغي .

**الوحمة مغزلية الخلايا Spinde Cell Nevus** :
[ Allen : ١٩٦٠ ، Spitz : ١٩٤٨ ]

*المرادفات :* الملانوم الشبابي الحميد ، وحمة سبيتز Spitz .

**التعريف** : وهي عبارة عن حطاطات أو عقيدات صغيرة تظهر عند الأطفال والبالغين من الشباب بشكل رئيسي . وهي تتألف من خلايا وحمية مغزلية الشكل ، ظهارانية كبيرة ومتعددة الأشكال ، وتشبه الملانوم الخبيث من الناحية النسيجية لكنها حميدة سريرياً .

**الحدوث** : هذا النوع من الوحمات وحمية الخلايا يصيب الأطفال في العادة ، وهو نادر عند البالغين . وأكثر ما يتوضع على الوجه ( راجع الشكل ٥٢ : ١٢ ) .

**الموجودات السريرية** : تظهر عقيدة وحيدة داخل الأدمة خلال أسابيع أو أشهر يتراوح قطرها عادة بين ٣ ــ ٥ ملم ، سطحها نصف كروي بارز ومشدود . وهي لماعة ذات لون بني فاتح ضارب للحمرة . وإذا ما ضغطت بصفيحة زجاجية تبين أنها مؤلفة من ارتشاح ذأباني . ونادراً ما تظهر آفات متعددة . وهناك نوع نادر ذو تصبغ قاتم ( الورم المصطبغ مغزلي الخلايا لريد Reed ) ( راجع الشكل ٥٢ : ١٣ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : وهي عبارة عن وحمة وحمية الخلايا . من النوع المركب مع تعدد الشكل غير المألوف عادة . وتوجد انقسامات مفردة تتميز بوجود دوامات من الخلايا المغزلية والخلايا العملاقة وخلايا إفرادية منعزلة مع تشكل صباغي خفيف نسبياً . ويوجد عادة شُواك ذو استطالات بشروية متقاربة مع خلايا زجاجينية محبة للحمض ( أجسام كامينو Kamino ) . ويحتمل أن تكون الخلايا المغزلية ذات علاقة بخلايا شوان .

**السير والإنذار** : بعد نمو بدئي سريع تبقى الآفة دون تبدل لعدة سنوات . ويكون الإنذار جيد . ولم يتم التأكد بشكل حاسم عن الاستحالة الخبيثة . وفي الأدب الطبي ذكر احتمال لحدوث ملانوم خبيث منذ البداية .

**التشخيص التفريقي** : يجب التمييز بينها وبين الملانوم الخبيث والذي يشكل مشكلة تشريحية مرضية نسجية علاوة على كونه مشكلة سريرية . يتضمن التشخيص التفريقي السريري كلاً من الذأب الشائع ، والغداد اللمفي الجلدي الحميد ، وورم المنسجات ، والوحمة وحمية الخلايا المصطبغة ، والوعاؤوم الطفحي .

**المعالجة** : ينصح بالاستئصال الجراحي مع حواف من الأنسجة السليمة .

**الوحمة مختلة التنسج ومتلازمات الوحمات مختلة التنسج Dysplastic Nevus and Dysplastic Nevus Syndromes** :

**التعريف** : الوحمات مختلة التنسُّج عبارة عن وحمات وحمية الخلايا . لا نموذجية ، مكتسبة . تظهر عادة بعد سن البلوغ أو بدء الشباب ولها ميِّزات عيانية ومجهرية ونسبة تحولها للملانوم الخبيث عالية ( الوحمات الطليعية للملانوم الخبيث ) . قد تظهر الوحمات مختلة التنسج على شكل :

- آفات وحيدة منعزلة .
- آفات متعددة في متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية .
- آفات متعددة في حالات منعزلة : متلازمة الوحمات مختلة التنسج اللاوراثية .

**الموجودات السريرية** : يتراوح قياس الوحمة مختلة التنسج المفردة بين ٥ ــ ١٢ ملم ، ولكنها قد تصبح أكبر من ذلك . وتكون الآفات غير متناظرة وذات أشكال غريبة وحدود مبهمة متعددة المراكز . ويختلف لونها بين الزهر والبني إلى الأسود ، ويمكن جسُّ عقيدة خارج مركز الآفة البقعية ويوجد لها أحياناً حواف حمراء . أكثر النواحي إصابة هي القسم العلوي من الجذع وخاصة الظهر .

**التشريح المرضي النسجي** : هي عبارة عن وحمات وحمية الخلايا من النمط الوصلي أو المركب مع فرط تنسُّج الخلايا الملانية اللانمطي ، أي ذات توزع غير نمطي للخلايا الملانية في ناحية الموصل البشروي الأدمي . لا توجد أعدادٌ مميزة من الخلايا الملانية اللانمطية في الطبقات العلوية من البشرة . وفي الوحمات المركبة مختلة التنسج يمتد فرط تنسج الخلايا الملانية اللانمطي على جوانب الآفة إلى أبعد من مستوى المركب الأدمي ( الكتفين ) . وبالإضافة لذلك يشاهد في الأدمة تنسج ليفي صفيحي ومتعدد المراكز مع ارتشاحات بقعية من الخلايا اللمفاوية .

**المعالجة** : ينصح باستئصال هذه الآفات وخاصة إذا تجاوز قطرها ٥ ملم .

**متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية** :
**Hereditary Dysplastic Nevus Syndrome** :

*المرادفات :* متلازمة الشامة B – K ( Clark et al : ١٩٧٨ ) ، متلازمة ملانوم الشامات المتعدد اللانمطي العائلي ( Fusaro et al : ١٩٨٣ ) . ولقد تم اشتقاق المصطلح B – K من الأحرف الأولى لاسمي مريضين شابين تظاهرت لديهما معاً سبعة أورام ملانية خبيثة .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ١٤ ) تتظاهر الوحمات مختلة التنسج بعدد يتراوح بين ١٠ ـ ١٠٠ وحمة عند أفراد العائلات المصابة . وتتوزع هذه الوحمات على كامل الجلد مع ميل خاص لإصابة الجزء العلوي من الجذع . ولقد تم وصف الخصائص العيانية والمجهرية أعلاه .

**الإمراض** : يفترض أن الوراثة فيها تتحقق بصبغي جسدي سائد ، ولم يتأكد حتى الوقت الحاضر ترافقها مع نمط خاص من نظام HLA .

**السير** : من الشائع حدوث الملانوم الخبيث وقد يتطور عدد من الأورام الملانية الخبيثة لدى أمثال هؤلاء المرضى وأفراد عائلاتهم .

**المعالجة** : يحتاج هؤلاء المرضى إلى مراقبة مدى الحياة . ويستطب أخذ الصور الفوتوغرافية والاحتفاظ بها . ويجب استئصال أية آفة مشبوهة لدى احتمال حدوث خباثة ومنذ البدء . ويجب على المرضى أن يتجنبوا التعرض المديد لأشعة الشمس والحروق الشمسية .

**متلازمة الوحمة مختلة التنسج اللاوراثية :**

يصف هذا المصطلح الحدوث اللاوراثي لنفس المتلازمة عند أشخاص قد يتطور لديهم ملانوم خبيث أيضاً . ومرة أخرى من الضروري استئصال الآفات المشكوك بها . والقيام بالمناظرة الدقيقة ، وأخذ الصور الفوتوغرافية للمقارنة والمتابعة .

## الوحمات العضوانية Organoid Nevi :

وهي عبارة عن تشوهات ولادية تنجم عن الاضطراب الموضع في نسب البُنى الجلدية السويّة . الحدود غير واضحة بينها وبين الأورام الحميدة ذات البُنى العضوانية . وقد يحدث توضع شدفي أو خطي أو مجموعي في كل الوحمات العضوانية .

### الوحمات الظهارية Epithelial Nevi :

#### الوحمات البشروية Epidermal Nevi :

هذه الوحمات ولادية أو تتطور في سن الطفولة وتتألف من نموات حليمومية ذات حدود واضحة ، قد تكون منعزلة أو على شكل مجموعات ، وهي ذات تقران سطحي على درجات مختلفة . ويمكن تمييز الأشكال السريرية تبعاً لمدى الورام الحليمي ، وفرط التقرن ، والتفاعل الالتهابي ، والمظاهر النسيجية الموافقة .

**الوحمة البشروية الحليمومية الطرية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ١٥ ) هذه الوحمة محددة عادة في نواحٍ صغيرة ، وهي بلون الجلد أو مائلة للرمادي ، وتشبه من الناحية السريرية الوحمة وحمية الخلايا الحليمومية أو التقران المثي الحليمومي . وتتميز نسيجياً بوجود شواك وورام حليمي وفرط تقرن سوي .

**الوحمة الثؤلولية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ١٦ ) وتتظاهر سريرياً على شكل سطح قاسٍ تقرني ، شبيه بالثؤلول ذو لون بني متسّخ ( الوحمة البشروية القاسية ) . نسجياً هناك تظاهرة خاصة هي فرط التقرن السوي . ومن الغرابة بمكان أنه توجد أحياناً بؤر عامودية من خطل التقرن ضمن التشكلات الصفيحية للطبقة المتقرنة ، مثل الذي يحدث في التقران المسامي لميبلي Mibelli ( وحمة ثؤلولية مع تقران مسامي ) .

**الوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب Nevus Verrucosus Unis Lateris** : يأخذ هذا الشكل وحيد الجانب ( نادراً ثنائي الجانب ) توزعاً خطياً غريباً ، نطاقياً بشكل جزئي . ومن الناحية النسيجية يبدي هذا الشكل وجود فرط تقرن حالٍّ للبشرة ( تنكس حبيبي ) ويعتبر على أنه أحمرية ولادية سماكية الشكل خطية أو موضعية ( فقاعية ) . ونادراً ما توجد أشكال طرية ( انظر أعلاه ) أو أشكال تقرانية مسامية .

#### الوحمة البشروية الثؤلولية الخطية الالتهابية Inflamatory Linear Verrucose Epidermal Nevi [ILVEN] :

[ Altman و Mehregan : ١٩٧١ ] [ Unna : ١٨٩٦ ]

تظهر هذه الوحمة في سن الطفولة ، وكثيراً ما تزداد حجماً بشكل تدريجي ، وأحياناً تصبح معممة . وتتميز بوجود آفات ثابتة حاكة ، حمامية وسفية ، أو حطاطية تقرنية صدافية الشكل ، ويبدي سطحها علامات التهاب واضح . كما لوحظ ترافقها مع اضطرابات عظمية وعصبية مركزية : استسقاء الدماغ . وتتميز الصورة النسيجية بوجود شُواك ، وورام حليمي ، وفرط تقرن وخطل ، ووجود رشاحة بالمنسجات واللمفاويات في الأدمة العلوية ، مشابهة بذلك للصداف الشائع إلى درجة كبيرة . إلا أنه لا توجد خراجات مونرو (Munro) . وكثيراً ما تلاحظ علامات التفاعل الإكزيمي حيث يحتمل أن تكون وحمة ثؤلولية التهابية عند شخص لديه أهبة للإصابة بالصداف .

**السير** : تكبر الوحمات البشروية ببطء أثناء الحياة أحياناً ، ولا يحدث في العادة تراجع عفوي .

**المعالجة** : يمكن التخلص من الوحمات البشروية المزعجة بواسطة الاستئصال أو السنفرة العميقة أو بالقطّاع الجلدي Dermatome ، حيث يجرى القطع على شكل شرائح خلال

عدة جلسات . ويجب استئصال كمية كبيرة نسبياً من الأنسجة الضامّة ، وذلك لأن العامل الوراثي قد يكون موجوداً أو محدداً في الأدمة ( سيطرة المعطي ) . ويستطب تجربة التريتينوئين الموضع ( فيتامين آ الحامضي ) بتراكيز خفيفة في الوحمات الثؤلولية التي تبدي انحلال أشواك بشروي من الناحية النسيجية .

**تقران هالة الثدي وحمي الشكل** : يمكن تصنيف هذا الاضطراب الموضع من التقرن في هالة حلمة الثدي عند النساء . وعلى شكل تقران أصفر متسِّخ مائل للرمادي كشكل سريري نمطي مُحتوى ضمن مركب الوحمات البشروية .

## وحمات الغدد الزهمية Sebaceous Gland Nevi :

### الوحمة الزهمية Nevus Sebaceus :

**التعريف** : هي عبارة عن تشوه وحماني ظهاري وتترافق بزيادة واضحة في فصيصات الغدد الزهمية .

**الموجودات السريرية** : تصيب الوحمات الزهمية فروة الرأس بشكل انتقائي ومفضل ( راجع الشكل ٥٢ : ١٧ ) . وتبدو على شكل بقعة ولادية مسطحة ، مرتفعة قليلاً ، طرية ومرنة وذات سطح لمّاع ولون أصفر ، سطحها ذو أخاديد ، ناعم حليمومي قليلاً ، ويكون تقرنياً في بعض الأحيان ، وقد تأخذ أشكالاً خطية أو معممة .

**التشريح المرضي النسجي** : يتكون المظهر النموذجي من فصيصات الغدد الزهمية الناضجة في الأقسام العلوية والمتوسطة من الأدمة . وكذلك تتزايد البنى الظهارية الأخرى من حيث العدد مثل الغدد المفترزة والجريبات الشعرية المجهضة أو البشرة الشُواكية – الورامية الحليمية مفرطة التنسج (nevus epitheliomatosebaceus, Wolters 1910) وكثيراً ما تشاهد الأورام الكيسية المستسقية المفترزة والناتجة ضمن الوحمة .

**الإنذار** : حدوث السرطانة قاعدية الخلايا كثير نسبياً في الوحمات الزهمية ( في ٣٠٪ من الحالات ) . قد تترافق الوحمة الزهمية مع اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي وتشوهات في الهيكل العظمي .

**المعالجة** : يجب استئصال الوحمة في سني اليفع الباكرة على الأكثر بسبب إمكانية حصول الأورام ، وفيما عدا ذلك فهي تحتاج إلى المراقبة المنتظمة .

### فرط تنسّج الغدد الزهمية المحدّد Circumscribed Sebaceous Gland Hyperplasia :

*المرادفات* : الوحمة الزهمية الشيخية ، وحمة الغدد الزهمية الشيخية .

**الإمراض** : هذه الآفة ليست وحمة وإنما هي فرط تنسُّج محدد في الغدد الزهمية عند الأشخاص الأكبر سناً .

**الموجودات السريرية** : تنحصر هذه الآفة بشكل مطلق تقريباً عند الأشخاص ذوي الإفراز الزهمي العالي وبعد سن الخمسة وثلاثين من العمر . ونسبة إصابة الرجال أعلى حيث تبدو عند الأشخاص المتقدمين في السن عقيدة طرية ، صغيرة وقليلة الارتفاع ، ذات لون أصفر مع تثلم سُرِّي الشكل ، مركزي ، ويكثر ظهورها على الجبهة والوجنتين ( راجع الشكل ٥٢ : ١٨ ) ومن الشائع تعدد الآفات حيث ذكرت حالات تجاوز فيها عدد الآفات المائة عنصر .

**التشخيص التفريقي** : يجب التفكير بالسرطانة قاعدية الخلايا البدئية بسبب التثلم والتوسعات الوعائية الشعرية أحياناً ، لكن هذه الأخيرة ليست بهذه القساوة أو ذات لون أصفر .

**المعالجة** : يفضل الاستئصال عادة ، ويعتبر إعطاء الإيزوتريتنوئين عن طريق الفم علاجاً فعالاً في الحالات واسعة الانتشار .

### متلازمة شيمل بينغ Schimmelpenning : ١٩٥٧ وفيروستين – ميمز Feuerstein Mims : ١٩٦٢

*المرادفات* : متلازمة الوحمة الزهمية الخطية ، متلازمة الجلد – العين – الدماغ – القلب ، متلازمة الأديم الظاهر العصبي .

**الموجودات السريرية** : يتميز هذا المركب الأديمي الظاهر العصبي الولادي العائلي الوراثي النادر (؟) المؤلف من شذوذات متعددة ، وخاصة حدوث وحمات زهمية متعددة مع توزع معمم غريب وخاصة على الرأس والعنق والجزء العلوي من الجذع بالإضافة إلى وحمات مصطبغة وتخلف عقلي ونوب اختلاجية مع تشوهات أخرى وخاصة في العينين والقلب .

**الإنذار** : يعتمد الإنذار على شذوذات الأعضاء الأخرى المصابة .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن متلازمة بورنفيل – برينغل Bourneville – Pringle ، والورامات الليفية العصبية لرنكلنغهاوزن .

## الغدّوم الزهمي

**[ ١٨٩٠ : Pringle ] : Adenoma Sebaceum**

**التعريف** : يتألف من أورام وحمانية صغيرة ومتعددة وموضعة على الوجه . وبالرغم من أن مناقشة هذه الحالة تمت هنا إلا أن تسميتها كغدوم زهمي خاطئة أساساً ، باعتبار أن بنيتها من الناحية النسيجية عبارة عن مجرّد وعاؤومات ليفية . وتكون الجريبات الشعرية/الغدد الزهمية المتناثرة وافرة بشكل نمطي على الوجه .

**الموجودات السريرية** : بالرغم من أن مظهره مختلف جداً فإنه ينتقل بالصبغي الجسدي السائد . تبدأ المظاهر السريرية للآفة في الطفولة حيث تتناثر آفاته العديدة على الوجه ( راجع الشكل ٥٢ : ١٩ ) فوق الأنف والخدين وذات توزع متناظر وشبيه بطفح الفراشة مع ميل لإصابة الطية الأنفية الشفوية والذقن . تكون العقيدات البارزة ونصف الكروية معزولة في العادة ونادراً ما تكون متحدة ومتمادية ، ملمسها قاسٍ وهي بلون الجلد ، أو صفراء أو حمراء وكثيراً ما تتخللها توسعات شعرية دقيقة .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الآفات الأقرب إلى لون الجلد والمائلة للصفرة عبارة عن ليفومات وعائية مع جريبات غدية زهمية ( نمط غدّومي ) . أما في الأورام الأكثر احمراراً فيغلب وجود النسيج الضام الوعائي ( النمط وعاؤومي ليفي ) .

**الإنذار** : تأخذ الأورام الصغيرة بالازدياد عدداً وحجماً مع الزمن . لا يحدث تحول خبيث .

**المعالجة** : يمكن إزالة الأورام الوجهية وبنتائج تزويقية جيدة بواسطة السنفرة الجلدية ، ولكن يجب تحذير المرضى من إمكانية حدوث النكس بالرغم من كون الآفات قابلة للمعالجة مرة أخرى بالسنفرة الجلدية . كذلك تتوفر طريقة أخرى للمعالجة بأشعة الليزر .

## الغدّوم الزهمي كتظاهرة محدّدة للمتلازمة العداسية

**Adenoma Sebaceum as a Limited Expression of the Phakomatoses :**

قد يظهر الغدّوم الزهمي لوحده أو كتظاهرة جزئية للأدواء الوحمانية المجموعية الموصوفة بشكل عام على أنها متلازمة عُداسية ( داء Pringle ، وداء Bourneville ) .

### داء برينكل Pringle's Disease :

**الموجودات السريرية** : بالإضافة إلى الغدومات الزهمية على الوجه تتضمن المتلازمة الكاملة لهذا الاضطراب الوراثي تكاثرات حليمومية وليفومية ، إضافة إلى بقع القهوة بحليب على كامل سطح الجسم . ومن العلامات الواسمة وجود تكاثرات عقيدية في اللثة ( راجع الشكل ٥٢ : ٢٠ ) وليفومات تحت الأظفار وحولها قد يصل قدّها حتى حبة البازلاء تعرف بأورام كونن Koenen ( راجع الشكل ٥٢ : ٢١ ) . ونمطياً توجد وحمات النسيج الضام العجزية القطنية ، المسطحة الممتدة والتي كثيراً ما تبدو على شكل وحمات حجر الرصيف «Cobblestone» . ويعتبر الوضح Leukodermas الورقي الشكل مؤشراً قيّماً في وضع التشخيص . وهي أكثر وضوحاً تحت أشعة وود Wood . وكثيراً ما تؤلف علامة باكرة عند الأطفال الصغار . ومن الشائع ترافق هذه الآفات مع تظاهرات مرضية في العينين ( أورام شبكية ) ، والأعضاء الداخلية ( كيسات كلوية ) والجملة العصبية المركزية . ولا يكون التحول باتجاه داء بورنفيل نادراً .

### داء بورنيفل Bourneville's Disease :

**[ Bourneville : ١٨٩٠ ، Balzer و Grandhomme : ١٨٨٦ ]**

*المرادفات* : التصلب الدماغي الحدبي ، الإيلويا Epiloia .

**التعريف** : الآفة هي متلازمة جلدية – عصبية وراثية تنتقل بصبغي جسدي سائد .

**الموجودات السريرية** : تظهر العلامات السريرية في السنة الأولى من العمر كنتيجة للتكاثرات الدبقية المشتركة مع الغدومات الزهمية على شكل بَلَهٍ ونوب صرعية الشكل مع تزايد تدريجي في العيب العقلي والشلل التشنجي من النموذج المشاهد في داء ليتل Little .

وتعتبر التكلسات داخل القحفية والأورام الشبكية وضمور العصب البصري ووذمة الحليمة البصرية علامات ذات أهمية تشخيصية . وقد تظهر الأورام في الأعضاء الداخلية أيضاً مثل الغدّومات والوعاؤومات والليفومات الوعائية في الكلية ، أو العضلومات المخططة في القلب .

أما من الناحية الشعاعية فقد وصف وجود بؤر شفّافة كيسية داخل العظم في العظام الأنبوبية الصغيرة لليدين والقدمين ، وقد تظهر أيضاً في أجزاء أخرى من الهيكل العظمي . وإذا ما تواجدت كل هذه الآفات أعطت الصورة الكاملة للمتلازمة العداسية المعروفة بداء بورنيفل – برينكل .

**التشريح المرضي النسجي** : الأورام عبارة عن ليفومات وعائية متناثرة بين جريبات الغدد الزهمية . أما أورام كونن Koenen فهي عبارة عن ليفومات مع مركب وعاؤومي . وتعتبر التكاثرات الدبقية والدبقومات أساس التصلب الحدبي .

**الإنذار** : سيء ، حيث أنه يتحدد بترقي التظاهرات الداخلية غير المراقبة .

**التشخيص التفريقي** : الصورة السريرية مميزة ونمطية . ويجب نفي الظهاروم الغداني الكيسي لبروك (Brooke) والاسطوانوم (Spiegler's Tumors أورام سبيكلر ) في حال عدم ظهور الآفات الوجهية حتى سن البلوغ .

**المعالجة** : مثل معالجة الغدّوم الزهمي .

**وحمات الغدد العرقية Sweat Gland Nevi** :

**التعريف** : تشوهات وحمانية تترافق مع زيادة الغدد العرقية .

**وحمة الغدد العرقية الناتحة (Ecrine Sweat Gland Nevus)** : آفة نادرة جداً ، تتكون من الناحية السريرية من آفات بيضاء قد يُحرش فيها حدوث فرط التعرق في نواحٍ موضعة ، وهي تشخص نسيجياً .

**وحمة الغدد العرقية المفترزة (Apocrine Sweat Gland N.)** : آفة لا تحدث كحالة مستقلة ، تشاهد تجمعات موضعة من الغدد المفترزة مترافقة مع وحمات ظهارية وخاصة منها الوحمة الزهمية . تفهم هذه الظاهرة من القصة التطورية لأن الحرف الظهاري المضغي يملك القدرة على التميز باتجاه بُنى الملحقات الجلدية : الأشعار ، الغدد الزهمية ، الغدد العرقية المفترزة .

**وحمات الأشعار Hair Nevi** :

**التعريف** : تشوهات وحمانية مع زيادة الجريبات الشعرية .

**وحمات الأشعار النقية Pure Hair Nevi** :

وهي نادرة جداً وتتظاهر على شكل تكدسات من الأشعار الطويلة في ناحية موضعة . وعلى كل حال ، فإنها كثيراً ما تظهر مشتركة مع الوحمات وحمية الخلايا على شكل وحمة مصطبغة وحمية الخلايا ومشعّرة . وأحياناً تترافق مع الوحمات الظهارية أو الوحمات الزهمية .

**وحمة الأشعار الصوفية Woolly Hair Nevus** :

[ Wise : ١٩٢٧ ]

*المرادف* : وحمة الأشعار المجعدة .

**الموجودات السريرية** : نادراً ما يحدث الشعر الصوفي ( المجعد ) كتشوه وحماني ولادي في نواحٍ موضعة من الفروة ذات الأشعار المستقيمة ، وإنما هناك اختلال دائم في تشكل قرنين الأشعار مع تصبغ أصفري ونقص في قطر سقيبة الشعرة . ويمكن لمزيِّن الأشعار أن يساعد المصاب من الناحية التزويقية وذلك إما بجعل الأشعار غير السويّة مستقيمة أو بجعل جميع أشعار المريض متموجة . ومن الطبيعي ، يجب تكرار أيٍّ من هاتين العمليتين في فواصل زمنية منتظمة . وفي حوالي نصف الحالات تظهر وحمة الأشعار الصوفية مترافقة مع الوحمات المصطبغة أو الوحمات البشروية الخطية أو مع كليهما . وقد تظهر نماذج مختلفة من التشوهات في العينين إضافة لذلك .

## وحمات النسيج الضام
## Connective Tissue Nevi :

**التعريف** : وهي عبارة عن تشوهات خلقية في الأدمِ المتوسط مع زيادة محدّدة في بُنى النسيج الضام .

**وحمة النسيج الضام القطنية العجزية** :

*المرادفات* : وحمة حجر الرصيف ، الوحمة المغراوية ( الكلاجينية ) القطنية العجزية ( راجع الشكل ٥٢ : ٢٢ ) .

**الموجودات السريرية** : وهي عبارة عن بقع مسطحة ، مرتفعة قليلاً ، بلون الجلد أو ضاربة للبياض على شكل حجر الرصيف ، أو عبارة عن عقيدات ، تتوضع في الناحية القطنية العجزية . وقد تكون هذه الآفات على شكل مجموعات أو تكون خطية أو معممة في توزعها . وكثيراً ما تكون وحمة النسيج الضام تظاهرة مرافقة للغدّوم الزهمي أو داء برينكل Pringle .

**التشريح المرضي النسجي** : زيادة في النسيج الضام المغرائي الكثيف التوزع .

**المعالجة** : الاستئصال هو الحل الوحيد .

**وحمة النسيج الضام العقيدية الكبيرة المنتثرة** :

وهو نموذج نادر جداً ، وتصف هذه التسمية الدقيقة الصورة السريرية لهذه الوحمة ، ويمكن تأكيد التشخيص بالخزعة .

**الوحمة المرنة Nevus Elasticus** :

[ Lewandowsky : ١٩٢١ ]

**الموجودات السريرية** : تظهر هذه الوحمة النادرة عادة في الناحية الصدرية ، وتكون متعددة ، وتتألف من حطاطات صفراء ضاربة للبياض أو آفات مسطحة أكبر حجماً . ومن الناحية النسيجية هناك زيادة في النسيج المرن ، وكثيراً ما تزداد الألياف المغرائية أيضاً .

**الورم المرن الشبابي Juvenile Elastoma** :

[ Weidmann : ١٩٣٣ ]

*المرادفات* : الشكل المنتثر لوحمة النسيج الضام .

**الحدوث** : نادرة جداً . تظهر الوحمة المرنة المحدّدة بشكل رئيسي على الثدي . ويمكن رؤية الأورام المرنة الشبابية على شكل أورام منتشرة مع تبكُّل العظام كعرض من متلازمة بوشيكه - أولندروف Buschke – Ollendorf Syndrome ، ويمكن للمتلازمة أن تكون عائلية .

**الموجودات السريرية** : تتظاهر على شكل لويحات طرية بيضاء مصفرّة ، مسطحة ومرتفعة قليلاً ، تتطور خلال بضعة أشهر ، إما في سن الطفولة أو في باكورة الشباب . وهي آفات محصورة في ناحية الثدي ( Nevus elasticus regionis mammariae, lewandowski : ١٩٢١ ) . أو منتشرة وخاصة في ناحية البطن والأليتين والفخذين حيث تكون متناظرة أو موزعة في مجموعات .

**التشريح المرضي النسجي** : تتميز الآفة نسيجياً بزيادة عدد وحجم الألياف المرنة في الأدمة دون ارتشاح التهابي . وعلى مستوى البنية المستدقة تبدو المادة المرنة زائدة بوضوح ، بينما تتناقص الليفات الصُغرية المرنة وتستبدل بمادة حبيبية .

**السير** : ليس هناك أي ميل باتجاه الخباثة .

**التشخيص التفريقي** : الصفروم الكاذب المرن ، ومتلازمة بوشيكه - اولندروف Buschke – Ollendorf .

**المعالجة** : استئصال العقيدات المزعجة .

### الوحمة الشحمومية Nevus Lepomatosus :

[ Hoffmann و Zurhelle : ١٩٢٠ ]

*المرادفات* : الوحمة الشحمومية الجلدية السطحية .

**التعريف** : تشوه وحماني مع زيادة موضعة في النسيج الشحمي .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ٢٣ ) قد تظهر منذ الولادة ، وتتوضع عادة في الناحية القطنية أو الأليوية وتتألف من حطاطات طرية بلون الجلد أو صفراء ، وعقيدات مسطحة ناعمة ذات سطح ثؤلولي .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد فصيصات من النسيج الشحمي السوي في الأدمة العلوية ، ويحدث توزع مشابه أيضاً للنسيج الشحمي في متلازمة غولتز - غورلين Goltz – Gorlin .

### متلازمة طفل إطارات ميشلان [Michelin Tire Baby Syndrome] :

[ Ross = ١٩٦٩ ]

*المرادفات* : الجلد المطوّى المعمم مع وحمات شحمومية مستبطنة ، الجلد المطوّى مع التندب .

**الموجودات السريرية** : تتظاهر على شكل لفائف من الجلد المطوّى منذ الولادة ، وكثيراً ما تصيب كامل الجسم مما يؤدي إلى صورة تذكر برمز شركة الإطارات الفرنسية ، تفوق إصابة البنات إصابة الذكور ، وتزول الطيّات مع تقدم العمر .

**التشريح المرضي النسجي** : زيادة في النسيج الشحمي تحت الجلد والذي كثيراً ما يمتد إلى ما تحت البشرة مباشرة . ولقد تم وصف نسيج ندبي مغراني بين النسيج الشحمي الزائد في بعض المرضى بصفة إفرادية . وكثيراً ما يسجل حدوث الرضح الولادي عند هؤلاء المرضى .

**التشخيص التفريقي** : لقد افترض وجود علاقة بين هذه المتلازمة والوحمة الشحمومية (Hoffmann – Zurhelle) .

## الوحمات الوعائية Vascular Nevi :

الوحمات الوعائية شائعة ومألوفة بسبب طبيعتها الملفتة للأنظار . تظهر لوحدها أو مترافقة مع تشوهات أخرى التي قد تكون العلامات الأولى . يوجد أشكال انتقالية بين الوحمات الوعائية والأورام الوعائية ( الوعاؤومات الدموية ) .

### الوحمة الشعلية Nevus Flammeus :

*المرادفات* : الصباغ الأحمر ، وحمة Vinosus ، الوحمة متوسعة الشعريات ، الوعاؤوم الدموي المسطح ، العلامة الولادية الوحمة (Birthmark) .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ٢٤ ) لويحات واضحة الحدود ، بلون أحمر نبيذي أو بنفسجي ، ولادية أو تتطور باكراً ، وهي تزول بالضغط ، وكثيراً ما تأخذ أشكالاً غريبة ، يتراوح قياسها بين عدة ملليمترات إلى مساحات كبيرة تغطي أجزاء من الجسم . وتكبر هذه الوحمات عادة مع ازدياد حجم الطفل المصاب ولكنها لا تبدي أبداً نمواً عفوياً أو ميلاً للتراجع .

*الوحمات الشعلية المتناظرة أو المتشققة* : قد تظهر هذه الآفة في بعض الأحيان بشكل عائلي وهي تتوضع في خطوط الإنغلاق المضغية ، مثال : منتصف الجبهة ، فوهتي الأنف ، العجز ، تكون ألوانها حمراء داكنة وإنذارها حسن حيث أن ٧٠ - ٨٠٪ منها يتراجع عفوياً خلال الأشهر أو السنوات الأولى من العمر .

*وحمة أونا - بوليتزر Unna – Politzer في مؤخرة العنق* : من الشائع حدوث هذه الوحمة التي تبدو كبقعة حمراء - نبيذية اللون على النقرة ، وتعرف بعضّة اللقلق أو بقعة السلمون ( لطخة سمك سليمان ) . لا تبدي أي ميل للتراجع ، لكنها ليست مصدراً لأي إزعاج باعتبار أنها تتوضع عادة مخبأة فوق مستوى خط الشعر .

*الوحمة متوسعة الشعريات :* ويمكن اعتبارها نوعاً من الوحمة الشعلية ولكن عوضاً عن الإحمرار المنتشر تبدو شبكة كثيفة من الشعريات المتوسعة الرقيقة والكبيرة وكثيراً ما تتوضع على الوجه وهي لا تبدي أي نموٍّ فعلي .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد شعريات دموية متوسعة في أسفل الأدمة ، ولا يوجد أي مبرّر مطلقاً لاستخدام المصطلح التشريحي المرضي « الوعاؤوم الدموي الشعيري البسيط » لوصف هذه الحالة لأنه لا يوجد أي ورم وعائي حقيقي .

**المعالجة** : يجب ترك الوحمات الشعلية المتناظرة والصوارية لعدة سنوات وذلك لتحديد فيما إذا سيحدث بعض التراجع العفوي ( وهو شائع ) . لا ينصح باستخدام الأشعة الشاردية ( أشعة غرينز Grenz ، الأشعة السينية اللينة ، التوريوم – إكس Thorium – X ) لأنها لا تؤدي إلى نتائج كافية في بعض الأحيان . وتعتبر المعالجة القرّية السطحية الحذرة باستخدام ثلج ثاني أكسيد الكربون أو الآزوت السائل ، معالجة فعالة لكنها تتطلب الخبرة . ويمكن أيضاً استخدام المحاليل الكاوية بتراكيز خفيفة لكن نتائجها التزويقية غير مقنعة حيث تعطي مظهراً مبقّعاً . وكذلك فإن المعالجة بإبر الإنفاذ الحراري للعرى الوعائية في الوحمة متوسعة الشعريات تؤدي إلى النتائج التزويقية ذاتها .

والمعالجة بالليزر مناسبة ، وخاصة بالآرغون ليزر حيث أن النتائج جيدة ، إلا أنها يجب أن لا تجرى قبل البلوغ بسبب التندب . ولا تستطب الجراحة إلا في حالات استثنائية . ويمكن أن تجرى على شكل شدفي خلال عدة جلسات ، أو أن يجرى استئصال ناحي واسع يتبعها إجراء التطعيم الجلدي . تؤدي الندبات الناتجة إلى ظلال بشعة حتى بعد استخدام المواد التزويقية . ونحن ننصح مرضانا باستخدام المزوقات الطبية الخاصة ( مثال : المموهات Covermark ، Dermablend ) . وبإعطاء المريض التعليمات اللازمة وتدريبه عليها ، يمكن أن تقدم هذه المموهات مساعدة ذات قيمة لهؤلاء المرضى .

### الوعاؤوم الساعي Angioma Serpiginosum :

[ هتشنسون : ١٨٨٩ و Crocker : ١٨٩٩ ]

**التعريف** : يمكن تعريف الوعاؤوم السّاعي على أنه وحمة شعيرية نادرة تصيب بشكل أساسي الإناث . وهي تبدأ في سن الشباب .

**الحدوث** : نادر ، وقد ذكرت حوادث عائلية أحياناً دون وجود ما يدل على الصلة الوثيقة بالوراثة ، ويظن كثير من المؤلفين أن هناك وراثة تنتقل بصبغي جسدي سائد مع درجة عالية من النفوذية عند الإناث .

**الإمراض** : الأسباب غير معروفة ، توجد شعيرات متوسعة موضعة ( توسع الشعيرات ) ، هذه الشعيرات مبطنة ببطانة سويّة ، لكنها على خلاف مع الشعيرات الطبيعية فإنها لا تبدي أي تفاعل تجاه الفوسفاتاز القلوية . ويحتمل وجود اضطراب في التعصيب الوعائي .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكل ٥٢ : ٢٥ ) تظهر خلال سن الطفولة أو مع البلوغ نقاط صغيرة جداً ذات لون أحمر أو بنفسجي ، لا يتجاوز قطرها ( ١ ملم ) ، تتوضع على الأقسام السفلية من الساقين أو الأليتين أو الأجزاء الخارجية من الأقسام العلوية من الذراعين . وكثيراً ما تكون وحيدة الجانب . وقد يؤدي التراجع المركزي إلى ظهور أشكال دائرية أو ساعيّة . ويمكن إظهار الشعيرات المتوسعة بشكل جزئي فقط بالمعاينة بالشفوفية وذلك لأنها تضغط بصورة غير مباشرة ( مائلة ) فلا يمكن إخلاؤها من الدم . وتوجد في بعض الأحيان حمامى شبكية أو منتشرة تتطور عليها الآفات .

**الأعراض** : لا توجد أية ظواهر مجموعية .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد شعيرات متوسعة تحت البشرة ، ولا توجد ظواهر التهابية .

**السير** : مختلف ، فهو يتقدم ببطءٍ خلال أشهر أو سنوات . وعلى كل حال فإن تشكل هذه الآفات قد يستمر لتنتشر في الجسم كله وقد تتوقف نهائياً كذلك ، وقد يحدث النكس آجلاً مع سير الحياة . أما الاختفاء طويل الأمد فنادر .

**التشخيص التفريقي** : التشخيص البديل الرئيسي هو توسع الشعيرات المترقي الغامض ( توسع الشعيرات الأساسي ) . ويجب التفكير أيضاً بتوسع الشعيرات النزفي الوراثي ، وداء فابري Fabry .

**المعالجة** : يمكن تجريب التخريب بإبر الإنفاذ الحراري والمعالجة بالليزر أو التمويه في حالات التأذي الجمالي الشديد .

### الوحمات الوعائية كتظاهرة جزئية للأدواء العداسية :

تكون الوحمة الشعلية أحياناً كتظاهرة جزئية تظهر مترافقة مع تشوهات تطورية أخرى في الأنسجة الرخوة والعظام والشبكية والسحايا . وفي مثل هذه الحالات يوجد داء وحماني مجموعي أو أدواء عُداسية .

**متلازمة ستورج – ويبر Sturge – Weber Syndrome :**

[ Krabbe : ١٩٣٤ ، Weber : ١٩٢٢ ، Sturge : ١٨٧٩ ، Luschka : ١٨٥٤ ]

*المرادفات* : الورام الوعائي الدماغي ثلاثي التوائم .

**التعريف** : تشوه وعائي ولادي في ناحية توزع العصب مثلث التوائم ، وفي الدماغ والجملة العصبية المركزية ويترافق مع زرق .

**الحدوث** : الآفة نادرة وتوجد حوادث عائلية أحياناً . الوراثة تنتقل بصبغي جسدي سائد أو سائد غير منتظم ، وفي حالات معزولة نجد تثلثاً صبغياً .

**الموجودات السريرية** : توجد وحمة الشعلية عادة على الوجه وحيدة الجانب في ناحية توزع الفرعين الأول والثاني من العصب ثلاثي التوائم . وتصيب أحياناً مخاطية التجويف الفموي . وفي حوالي ٢٠٪ من الحالات نجد وراماً وعائياً في العين في الجانب نفسه مع زرق ( ضخام المقلة ) والذي ينتهي بالعمى . تتضمن الصورة الكاملة للمتلازمة مظاهر دماغية أيضاً مثل النوب الصرعية ، والشلل الدماغي ، والتخلف العقلي أو الخرف ، مع تبدلات نفسية . ويكون البدء في الطفولة الباكرة . وترتبط هذه التبدلات من الناحية السببية بوجود آفات وعاؤومية أو دبقومات في السحايا الرقيقة Leptomeninges والتي تؤدي إلى احتشاءات وضمور في الدماغ ، وكثيراً ما تؤدي إلى تكلسات داخل القحف تظهر بالأشعة وتكون على حساب الأوعية الدماغية والسحائية .

**التشخيص** : يجب أن تقترح الوحمة الشعلية ذات المظهر المميز على الوجه إجراء تصوير القحف الشعاعي ( التكلسات الوعائية ) والفحوص العينية .

**متلازمة فون هيبل – ليندو Von Hippel – Lindau Syndrome** : [ Von Hippel : ١٩٢٦ ، Lindau : ١٨٩٥ ، Jackson : ١٨٧٢ ]

*المرادفات :* الورام الوعائي المخيخي والشبكي ، الورام الوعائي الشبكي المخيخي .

**التعريف** : تشوهات وعائية ولادية متعددة البؤر .

**الحدوث** : قد تكون الوراثة في هذه المتلازمة الولادية النادرة سائدة غير منتظمة .

**الموجودات السريرية** : الوعاؤومات الشعيرية موجودة ، وتكون عادة في الشبكية والسحايا الرقيقة المخيخية علاوة عن وجود وحمة شعلية في أكثر الأحيان . وإن المظاهر السريرية هي تلك التي تنجم عن الضغط الحاصل على المخ والمخيخ . وليس من غير النادر أن تترافق الحالة مع كيسات في المعثكلة أو الكلية أو مع أورام كظرية أو ورم القواتم أو مع وعاؤومات كهفية كبدية .

**متلازمة كليبل – ترينوني – ويبر Klippel – Trenaunay – Weber Syndrome** :
[ Parkes Weber : ١٩٠٧ ، Trénaunay و Klippel : ١٩٠٠ ]

*المرادفات :* الوحمة الدوالية العظمية الضخامية ، توسع الأوعية الدموية الضخامي ، متلازمة العظام والأوعية الضخامية ، المتلازمة المربّعة .

**التعريف** : هي عملقة محدّدة ، تكون عادة مرتبطة بمربّع ، مع تشوهات وعائية وفرط تنسج فيها ترتكز على أساس التطور المضغي .

**الحدوث** : الآفة نادرة نسبياً ، ولا توجد أدلة موثقة على الوراثة . نسبة إصابة الذكور أكبر من إصابة الإناث ، وتترافق أحياناً مع متلازمة ستورج – ويبر .

**الموجودات السريرية** : يصاب في العادة مربّع واحد في الجسم ( راجع الشكل ٥٢ : ٢٦ ) . ونادراً ما تصاب عدة مربعات . وتتضمن المتلازمة الكاملة :

– الوحمة الشعلية وتصيب في العادة طرفاً بكامله وأحياناً مع وحمة فقرمية مبعثرة .

– دوالي وأوردة متوسعة .

– عملقة جزئية مع ضخامة في العظام والأنسجة الرخوة للطرف المصاب وليس من المؤكد فيما إذا كان هذا الأخير ناجماً عن زيادة التزويد الأكسجيني الذي ينتج بدوره عن زيادة تكون الأوعية والتفاغرات الشريانية الوريدية . ويوضح تصوير الأوعية وجود تشوهات إضافية في الشرايين والأوعية اللمفية ، وكثيراً ما توجد تفاغرات شريانية – وريدية عديدة مع خطورة حدوث القصور القلبي نتيجة لزيادة النتاج القلبي . في بعض الأحيان يشاهد ضمور في العظام والأنسجة الرخوة للطرف المصاب عوضاً عن الضخامة . وقد يوجد اختلاف في الضغط الدموي بين الطرف المصاب والطرف السليم . ومن العواقب الثانوية وجود الوذمة ، مع آفات جلدية تغذوية واضطرابات في وظيفة الهيكل العظمي . وليس من غير المعتاد وجود أشكال غير كاملة لهذه المتلازمة ، إلا أنه من النادر جداً أن يشترك الشذوذ الوعائي مع ضمور الطرف . وفي الحالات التي تغيب فيها الوحمة الشعلية ويسود فيها حدوث فرط التنسج الوعائي الشبيه بالورم والتفاغرات الشريانية الوريدية ، هذه الحالات يمكن اعتبارها نموذجاً فرعياً لحالة Parkers – Weber أو شكلاً مستقلاً لمتلازمة باركر – ويبر .

**المعالجة** : بعد إيضاح الاضطراب الوظيفي الوعائي ( تصوير

الأوعية ، فائق الصوت لدوبلر Doppler ) يمكن القيام بالمعالجة باستخدام العصائب الضاغطة وأحياناً يلجأ إلى الجراحة الوعائية وخاصة ربط التفاغرات الشريانية – الوريدية .

**الوحمة العنكبوتية Nevus Araneus :**

*المرادفات :* وحمة العنكبوت Spider Nevus ، الوحمة النجمية .

**التعريف** : وهي آفة تشير إلى حدوث تشكلات شريانية صغيرة وجديدة وهي ليست بوحمة حقيقية .

**الموجودات السريرية** : إن توضع الوحمة العنكبوتية محصور في الوجه ، وتظهر عند الأطفال والنساء عادة ، وهي ذات مشكلة تزويقية ، ونجد في مركز الآفة أحياناً عقيدة وعائية شريانية نابضة ، وبارزة بحجم رأس الدبوس ، يتفرع منها غصينات وعائية دقيقة تتجه في جميع الاتجاهات لتأخذ شكل شبكة العنكبوت ( راجع الشكلين ٥٢ – ٢٧ و ٥٢ – ٢٨ ) وليس من غير الشائع حدوث عددٍ كبير من الوحمات العنكبوتية أثناء الحمل ثم تبدي تراجعاً بعد الولادة . وكثيراً ما تشاهد هذه الوحمات في سير الآفات الكبدية مثل التهاب الكبد المزمن والتشمع وسرطانة الكبد ، وفي تصلب الجلد المجموعي المترقي ( متلازمة CREST ) في القسم العلوي من الجسم والوجه ، وقد تظهر هذه الآفات بشكل وحيد أو مبعثر . وهي ذات سير حميد عند الأطفال .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد في الأدمة العلوية أوعية متغصنة تنشأ اعتباراً من توسع شبيه بالأنبورة لأحد الشرينات .

**المعالجة** : يتم تخريب الوعاء المركزي بإبرة الإنفاذ الحراري أو بالليزر . ويحدث النكس أحياناً ، ويمكن تكرار المعالجة بالطريقة نفسها . يستطب إجراء الاستئصال الجراحي البسيط في الحالات الضرورية فقط .

**توسع الشعيرات الوراثي النزفي**
**Telangiectasia Hereditaria Hemorrhagica :**
[ Babington : ١٨٦٥ ، Rendu : ١٨٩٦ ، Osler ، ١٩٠٧ ]

*المرادفات :* داء أوسلر ، متلازمة راندو – اوسلر Rendu – Osler .

**التعريف** : وهو عبارة عن توسع شعيرات متعدد وراثي ، يتظاهر في الجلد والأغشية المخاطية والأعضاء الداخلية مع زيادة التأهب للنزف ، ويمكن اعتبار هذا الداء من الأمراض المجموعية الوحمانية .

**الحدوث** : نادر ، وهو داءٌ موروث بصبغي جسدي سائد ، وبتعابير مختلفة الدرجات ، وهو يصيب الجنسين ، غير أنه يفضل إصابة الأشخاص ذوي الزمرة الدموية O ، والأشخاص المصابون في العادة هم متغايروا الزيجوت حيث أن متماثلي الزيجوت غير قابلين للحياة .

**الموجودات السريرية** : يوجد نمطياً تأهب للنزف في الجلد والأغشية المخاطية ، وتكون العلامة البدئية هي كثرة حدوث الرعاف في سن الشباب ، وقد يترافق مع بيلة دموية ونزف معوي . وتوجد في العادة توسعات وعائية عقيدية الشكل ، حمراء قاتمة ، تقيس من ٢ – ٥ ملم . وكثيراً ما تترافق مع توسعات وعائية نجمية الشكل ( راجع الشكل ٥٢ – ٢٩ ) . والنواحي الرئيسية المصابة هي الوجه ، والأذنين ، والشفتين واليدين . وقد توجد توسعات حمراء تحت الأظفار ، يصل قياسها من ١ – ٣ ملم أو أكثر ، ويمكن رؤيتها من خلال الأظفار ، وتعتبر مهمة من الناحية التشخيصية . ومن النواحي النموذجية إصابة اللسان ومخاطية الفم والأنف ( راجع الشكل ٥٢ – ٣٠ ) . ويمكن اكتشاف نفس التشوهات في الأغشية المخاطية للسبيلين الهضمي والبولي وفي القصبات ، وبشكل أندر من ذلك في الجملة العصبية ( مَذَل ) . وقد ذكرت حوادث حدثت فيها نواسير شريانية وريدية رئوية ( زرقة ، ضيق نفس ، تعجُّر الأصابع ) . بالإضافة إلى تفاغرات شريانية وريدية في الكبد والدماغ . وكثيراً ما يحدث تشمع الكبد ( تشمع الكبد بتوسع الشعيرات ) وهو يُعزى لنقل الدم المتكرر خلال معالجة فقر الدم . ومن التبدلات النادرة المذل والاضطرابات الدورانية الشبيهة باضطرابات رينو Raynaud . ويفسِّر ضياع الدم المتكرر حدوث فقر الدم بعوز الحديد ، كما ذكرت حوادث من قلة الصفيحات واعتلال التخثر لكنهما نادرين .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد في الأدمة شعيرات متوسعة وتنشؤات شعيرية بالإضافة إلى أوعية دموية ثخينة الجدر ، متوسعة ، في الأدمة الأكثر عمقاً .

**التشخيص** : ويرتكز على المثلث الكامل المؤلف من التوسعات الوعائية ، الوراثة ، الميل للنزف وبشكل خاص الرعاف .

**التشخيص التفريقي** : ويتضمن الوحمات العنكبوتية الطفحية ، الوعاؤومات المتعددة الشيخوخية ، التقران الوعائي الجسمي المنتشر ( داء Fabry ) ، توسع الشعيرات الأساسي ، وقد تحدث صورة سريرية مشابهة في متلازمة CREST .

**الإنذار** : حسن بالرغم من تكرر النزف الشديد ( الرعاف ، نفث الدم ، بيلة دموية ... إلخ ) .

**المعالجة** : المعالجة السببية غير ممكنة ، ويمكن تخثير التوسعات

الإفرادية بإبرة الإنفاذ الحراري أو بالليزر . وفي حالات الرعاف الشديدة يمكن أن نستبدل مخاطية الأنف بطعوم جلدية مشطورة أما بالنسبة للحالات الشديدة عند النساء فيمكن تطبيق المعالجة بالإستروجين لإحداث الحؤول الظهاري للحاجز الأنفي . ومن المهم جداً السيطرة على فقر الدم الثانوي . أما الحالات الخفيفة فلا تستدعي أية معالجة فيما عدا إعاضة الحديد . ويجب مراقبة وظائف الكبد بين فترة وأخرى .

**الوحمة الفقرمية ( فقيرة الدم ) Nevus Anemicus :**

[ Vörner : ١٩٠٦ ]

تتظاهر الوحمة الفقرمية سريرياً على شكل بقعة ذات شكل غير منتظم ، حدودها واضحة جداً ولونها أبيض وهي لا تحمرّ لدى فرك الجلد ( راجع الشكل ٥٢ - ٣١ ) . وتكتشف عادة بطريق الصدفة إذا أنها غير مؤذية بأي شكل من الأشكال . وكثيراً ما تكون مشتركة مع اضطرابات أخرى ولادية في التكون الوعائي ، مثال : متلازمة كليبل - ترينوني - ويبر . وتشير الدراسات إلى عدم وجود نقص أو انعدام تنسّج في الأوعية الدموية الجلدية ، وبأن الأوعية الدموية السطحية موجودة في الحقيقة في الوحمة الفقرمية إلا أنها تبدي حساسية زائدة داخلية المنشأ تجاه الكاتيكولامينات ( الوحمة الوظيفية أو الدوائية ) . يؤدي إعطاء العناصر الحاصرة للمستقبلات - ألفا إلى احمرار الوحمة .

**الوحمة الوعائية المختلطة Nevus Vascularis Mixtus :**

[ Fischer : ١٩٠٩ ، Hamm و Happle : ١٩٨٦ ]

**التعريف** : وهي عبارة عن اشتراك نادر بين الوحمة متوسعة الشعيرات والوحمة الفقرمية . وقد تحدث مع متلازمات ولادية أخرى .

**الموجودات السريرية** : تتواجد الآفات منذ الولادة أو أنها تلاحظ فيما بعد أثناء الطفولة . وأحياناً ترى في سن الكهولة بطريق الصدفة . تشاهد بقع متوسعة الشعيرات مع بقع بيضاء فقرمية ، وكلاهما ذات حدود واضحة لكنها غير منتظمة ، وتتواجد في ناحية واحدة من الجسم ممزوجة بعضها مع بعض .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الأوعية سويّة في السنوات الباكرة . أما فيما بعد فتتميز المكونتان إما بوجود توسع وعائي أو تقبض وعائي دائمين ( الوحمة الوظيفية ) .

# الفصل الثالث والخمسون

# الكيسات

# Cysts

د . هناء مسوكر

لقد كُرِّس هذا البحث لمناقشة موضوع الكيسات والكيسات الكاذبة والأورام الكيسيّة والأورام الكيسية الوحمانية [ راجع الجدول ٥٣ — ١ ] .

*الكيسات الحقيقية :* لهذه الكيسات جوفٌ وهي مبطنة بجدار كيسي ظهاري . وقد يكون محتوى الكيسات سائلاً أو هلامياً أو جامداً تبعاً لطبيعة وأصل جدار الكيسة . قد تكون الكيسة معزولة عن سطح الجلد أو مرتبطة بالبشرة بواسطة قناة أو جيب غالباً ما يكون متضيقاً . وتتطور الكيسات ابتداءً من ظهارة تقرنية أو غدّية . يتراوح قدّ الكيسة بين حجم رأس الدبوس ( مثال : الدُخَيْنات ) ، وحجم قبضة اليد ( مثال : كيسات غمد الشعرة الخارجي Trichilemmal ) . تبدأ معظم الكيسات اعتباراً من انسداد في الأقنية الجريبية ( مثال : الكيسات البشروية ) أو البنيات الغدّية ( مثال : الأورام الكيسية أو الكيسومات العرقية ) ، وأقل شيوعاً مما سبق هناك الانزياح الرضحي الظهاري ( مثال : الكيسات الظهارية الرضحية ، الدُخَيْنات بعد سنفرة الجلد ) .

يندر حدوث الانزياح الظهاري المحدد بدئياً كما يندر حدوث التطور السيء Maldevelopment وكلاهما وحمانيان في طبيعتهما . وإن بعض الكيسات مثل الكياس الزهمي Steatocystoma المتعدد والكيسات البشروية في متلازمة غاردنر Gardner وهي شكل من جلادات وراثية .

*الكيسات الكاذبة :* تبدو هذه الكيسات من الناحية السريريّة مشابهة للكيسات الحقيقية إلا أنها لا تمتلك جداراً كيسياً . وينقصها نسيجياً ظهارة غدية أو تقرنية . وكثيراً ما تكون محاطة بمحفظة من النسج الضام مثل الكيسات المخاطية الرضحية في الشفة السفلى أو اللسان والكيسات المخاطانية على ظهر الأصابع راجع ( الشكل ٥٣ — ١ ) .

*الأورام الكيسية :* يجب تمييز الأورام الكيسية عن الكيسات الحقيقية والكيسات الكاذبة . حيث يتطور الجوف الكيسي هنا ضمن متن الورم . مثال على ذلك السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية أو الغدّوم العرقي الكيسي Cystic Hidradenoma .

## الكيسيات الحقيقة والأورام الكيسية

## True Cysts and Cystic Tumours

### الدُخَيْنات Milia :

الدخينات ( Milium = Millet ) هي كيسات بقدّ رأس الدبّوس ، بيضاء كروية ومدوّرة ، تصيب الوجه بصورة خاصة ، كذلك جانبي الخدين وحول العينين والصدغين . وليس للدخينات اتصال أو انفتاح مع سطح الجلد ولا تحتوي على جراثيم ولا تصبح ملتهبة . تتظاهر هذه الدخينات بأعداد هائلة عند بعض المرضى مما يؤدي إلى مشكلة تزويقية .

قد تظهر الدخينات بأعداد كبيرة وبشكل مفاجيء عند اليافعين الشباب ( راجع الشكل ٥٣ — ٢ ) وقد تظهر حتى عند الرضع وهي شائعة أيضاًعند المسنين . نسبة إصابة النساء أكثر من الرجال .

**الإمراض :** قد تتشكل الدخينات عفوياً اعتباراًمن البشرة بين الجريبية أو من جريبات الأشعار الزغبية أو من الأقنية المفرغة التقرنية داخل الظهارية للغدد العرقية الناتحة ( الورم الغدي العرقي النهائي ) .

وقد تبدأ الدخينات الثانوية ( أ ) : ما بعد الرضح من انزياح في الشذفات التقرنية للظهارة ما تحت البشرة . مثال : بعد سنفرة جلد الوجه من أجل ندبات العدّ . ( ب ) ما بعد الرضح على ظهر اليدين أو بعد النفطات تحت البشروية كالتي تحدث في الفقاعاني الفقاعي ( في ناحية من الجسم ) أو البرفيرية الجلدية الآجلة ( بشكل رئيسي على الأصابع وظهر اليدين ) أو انحلال البشرة الفقاعي أو الحروق ... إلخ . ( جـ ) لدى شفاء الالتهابات الحبيبومية ( الذأب الشائع ، الغرناوية في الجلد . . وتتراجع الدُخَيْنات الثانوية عادة بعد فترة من الزمن .

**التشريح المرضي النسجي :** الدخينات عبارة عن كيسات كروية مملوءة بطبقات كثيفة من صفيحات القِراتين ( القرنين ) مثل طبقات البصل . وتتوضع هذه الكيسات في الطبقة السفلية المالبيكية للبشرة بين الجريبية ، أو في جريبات الأشعار الزغبية ، أو في الورم الغدّي العرقي النهائي . ويمكن الكشف عن وجود طبقة حبيبية في الظهارة التقرنية .

**التشخيص :** يوضع التشخيص بسهولة بمشاهدة الكيسات البيضاء التي تكون بحجم رأس الدبوس .

**التشخيص التفريقي :** يجب أن تميز الدخينات عن الغلومات العرقية واللويحات الصفراء عندما تتوضع فقط على الجفن السفلي . وتتضمن الاحتمالات الأخرى ليفومات ما حول

الجدول ٥٣ ــ ١ : الكيسات(C) ، الكيسات الكاذبة (PC) الأورام الكيسية (CT) والأورام الكيسية الوحمانية (NCT)

| الأصل | النسيج | مثال | مظاهر نسيجية | التصنيف |
|---|---|---|---|---|
| ظهارة تقرنية | البشرة بين الجريبية | كيسة ظهارية رضحية | طبقة حبيبية ، تليف ما حول الكيسة | C |
| | جريب شعري زغبي | دُخَيْنَة | لؤلؤة تقرنية داخل ظهارية | C |
| | الورم الغدي العرقي النهائي | دخينة | لؤلؤة تقرنية داخل الغدة العرقية النهائية | C |
| | جريب الغدة الزهمية | زؤان مفتوح ومغلق | طبقة حبيبية ، عنيبات زهمية كبيرة ، كيسة متناظرة | C |
| | | زؤان ثانوي | طبقة حبيبية ، عنيبات زهمية صغيرة أو غائبة ، كيسة غير متناظرة | C |
| | | زؤان عملاق | طبقة حبيبية ، لا توجد عنيبات زهمية | C |
| | | مسَمّ متوسع | ورام حليمي ، طبقة حبيبية ، ملانين | CT |
| | | ورم جريبي شعري | جريبات شعرية كثيرة العدد ، أشباه أشعار | CT |
| | | ورم جريبي شعري زهمي | جريبات غدد زهمية كثيرة العدد | NCT |
| | | كيسة الشعرة الزغبية الطفحية | طبقة حبيبية ، كيسات صغيرة ، أشعار زغبية كثيرة العدد | C |
| | جريبات الأشعار الانتهائية | كيسة بشروية | طبقة حبيبية | C |
| | | ورم أم الشعر Pilomatrixoma ( مالرب ) | خلايا ظليّة، تكلس | CT |
| | | الكياس الزهمي المتعدد | عنيبات غدية زهمية ، أشعار | NCT |
| | | كيسات غمد الشعرة الخارجي ( العصيدة Atheroma ) | لا توجد طبقة حبيبية | C |
| | | كيسات غمد الشعرة الخارجي التكاثرية | كيسات عديدة المساكن أو التوضع ، لا توجد طبقة حبيبية ، وتوجد لا نمطية خلوية | CT |
| ظهارة غدية | الغدد العرقية الناتحة | الغدوم العرقي Syringoma | أعشاش شبيهة بالشرغوف | CT |
| | | الورم الكيسي ( الكيسوم ) العرقي الناتح | جدار كيسي ناتح | C |
| | | الغدّوم الحلزوني الناتح | أعشاش خلوية مصمتة ، نمطين من الخلايا | CT |
| | الغدد العرقيةا لمفترزة | الورم الكيسي (الكيسوم) العرقي المفترز | إفراز مفترز | CT |
| | | الغدّوم الكيسي العرقي الحليمي الشكل | إفراز مفترز ــ تكاثر حليمومي | CT |
| | | الكيسة الرُصغية ( جفن ) لمول Moll | إفراز مفترز | CT |
| | | الغدّوم الكيسي ( الوجه ) | إفراز مفترز ، وحمة عضوانية | NCT |
| | | ورام غدّي تآكلي ( الحلمة ) | إفراز مفترز ، قنيات حليبية | CT |
| | الغدد اللعابية | كيسات احتباسية لعابية | حصاة لعابية | CT |
| | الغدد المخاطية | كيسات مخاطية | التهاب ، تليّف | PC |
| لنسيج الضام | | كيسة ظهرية | مواد مخاطانية | PC |
| زليل المفاصل أو أغماد الأوتار | | عقدة | زليل Synovia | C |

الجريبينة أو القرصوم الشعري Trichodiscoma والدخَيْنات الغروانية .

**المعالجة** : وتتألف من فتح وإزالة الظهارة الرقيقة المغطية باستعمال مشرط السادّ أو إبرة محقنة ثم عصر الدُّخَيْنة .

## الكيسات البشروية Epidermal Cysts :

الكيسات البشروية عبارة عن عقيدات غير مؤلمة ذات شكل نصف كروي وبارز ، مرنة ، ومتوترة وبلون الجلد . يتراوح قطرها بين عدة مليمترات وبضع سنتمترات . ويمكن أن تصيب أيّ ناحية من الجلد حيث توجد جريبات الغدد الزهمية والأشعار النهائية أو الزغبية . ويكثر شيوعها على الوجه والجذع والأجزاء الدانية من الأطراف . وتؤدي الكيسات البشروية الكبيرة إلى تمطط البشرة التي تعلوها بحيث تبدو أوعية النسيج الضام وكأنها توسعات شعيرية . وتمتلك الكيسات البشروية اتصالاً منفتحاً على سطح الجلد بشكل دائم إلا أن الفتحة غالباً ما تكون متضيقة ، بحيث يمكن الكشف عن الفتحة بالشكل الطبيعي كمسم دقيق . وإذا كانت الفتحة أكبر من ذلك ، فعند ذلك تُرى كتل الخلايا القِراتينية ( القرنية ) جافة ، على شكل سدادة قاتمة مصطبغة عادة ، والصباغ هو الملانين .

**الإمراض** : تبدأ الكيسات البشروية من فرط تقرن احتباسي — تكاثري في قِمْع الجريبات حيث تحتبس الخلايا القِراتينية ( القرنية ) ولا تعود تصل إلى الوسط الخارجي . وباعتبار أن للكيسة البشروية اتصالاً منفتحاً مع سطح الجلد فإنها كثيراً ما تكون مستعمرة بالجراثيم ( المكورات الدقيقة ، الجراثيم البروبيونية العدّية ) . تتابع حليمات الأشعار إنتاج الشَّعر ولذا يمكن العثور على عدد من الأشعار ضمن الكيسة البشروية يتناسب مع عمر الكيسة ، وكثيراً ما تنعدم رؤية الغدد الزهمية لأنها تتخرب بالضمور الانضغاطي أو الالتهاب . وعلى كل حال ، وباعتبار أن الكيسات تزداد حجماً مع الزمن وبشكل مستمر فإنها قد تتمزق وتلتهب مؤدية إلى تشكل خرّاجات كبيرة وخاصة في ناحية النقرة والكتفين .

**التشريح المرضي النسجي** : يتميز جدار الكيسة البشروية بظهارة مع طبقة حبيبية . وتوجد في لمعه الكيسة صفيحات مطبقة من الخلايا القرنية مثل طبقات البصل .

**المعالجة** : وتتم باستئصال جدار الكيسة بواسطة التسليخ الكليل عن النسيج الضام . والبديل هو إجراء التَّوْخِيْف ( الجراحة ) بحيث تبضع الكيسة بمبضع ويُعصر محتواها من الفريك الجبني ثم يمسك جدار الكيسة بملقط ويسحب نحو الخارج . يبقى البَضْع صغيراً والنتيجة التزويقية جيدة . ويتم تدبير الكيسات الملتهبة عرضياً في البدء ولا تستأصل جراحياً إلا بعد عدة أسابيع .

## الكيسات البشروية الثانوية Secondary Epidermal Cysts :

تظهر هذه الكيسات في العدّ المكبب على الوجه والعنق والظهر والصدر ويختلف عددها بين بضعة كيسات إلى بضعة مئات منها ويتراوح قياسها من عدة مليمترات إلى عدة سنتمترات . وتتشكل الكيسات في العدّ المكبب ( Conglobata ) بسبب استمرار الالتهاب في الزؤان المغلق وإعادة تشكل الظهارة التالي من جديد ، ومن هنا جاءت التسمية « الزؤان الثانوي » . وفي جميع الحالات تقريباً تتخرب الجريبات الشعرية والغدد الزهمية بسبب الالتهاب .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي هذه الكيسات وجود طِبقة حبيبية ولذلك فهي تعتبر شكلاً خاصاً من الكيسات البشروية . ويعد التليف الحاصل في كنف الكيسة دليلاً على حدوث الالتهاب السابق .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن الكياس الزهمي المتعدّد Steatocytoma Multiplex .

## الكيسات الصفنية البشروية Scrotal Epidermal Cysts

[ Blaschke و Gumpert : ١٩٢٤ ] :

*المرادفات* : الكيسات الصفنية ، الورام الكيسي الزهمي الصفني ( ويجب تجنب هذه التسمية باعتبار أن هذه الحالة لا تتضمن مطلقاً احتباس الزهم ) .

**الموجودات السريرية** : لأسباب غير معروفة عند بعض الرجال ( راجع الشكل ٥٣ — ٣ ) تتشكل كيسات متوترة نائتة في ناحية جلد الصفن ابتداءً من الجريبات الغدّية الزهمية الكثيرة العدد والمتواجدة في هذه الناحية . وكثيراً ما توجد في مركز الآفة فتحة مسمية الشكل ، يخرج منها لدى ضغطها كتل بيضاء — ضاربة للصفرة على شكل خيوط . يضاهي هذه الآفة عند النساء كيسات فرجية نادرة .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي هذه الكيسات البشروية طبقة حبيبية وتتضمن لمعتها كتلاً من الخلايا المتقرنة ( القِراتينية ) . ويغلب أن تتأذى الغدد الزهمية في معظم الأحيان ، ولهذا السبب فإن الكيسات البشروية في الصفن تشبه الزؤان المغلق الذي يشاهد في العدّ الشائع . وقد تلتهب هذه الكيسات أيضاًلأنها كثيراً ما تحتوي على الجراثيم . وليس من النادر حدوث التخرب الكامل لظهارة الكيسة بسبب الالتهاب حيث يستبدل بها محفظة ليفية حاوية على الخلايا العملاقة الخاصة بالأجسام الأجنبية . أما محتويات الكيسة فقد تتجبن أو تتكلس أو تتعظم . وباعتبار أن جلد الصفن رقيق جداً فيمكن مشاهدة لمعان الكيسات الصفراء من خلاله . ويمكن مشاهدة

الزهم بكميات قليلة جداً وذلك إذا بقيت الغدد الزهمية سليمة . إذ يصغر حجم الغدد الزهمية كلما كبر حجم الكيسة ، وبالتالي فكلما كبرت الكيسة قلّت كمية الزهم الموجود فيها .

وكثيراً ما تبدي الكيسات الصفنية وجود بؤر من التكلس ، ففي المراحل المتقدمة ، يمكن مشاهدة مادة متكلّسة فقط محاطة بنسيج ليفي ولا يوجد أيّ دليل على الظهارة المبطنة الموجودة سابقاً . ولهذا السبب تم استخدام التسمية « الكلاس الصفني » .

### الكيسات الظهارية الرضحية Traumatic Epithelial Cysts :

هذه الكيسات غير شائعة ، وهي تنشأ بسبب الإنزياح الرضحي للبشرة بين الجريبات إلى داخل النسيج الضام . مثال : بعد أذيّات الراحتين والأخمصين أو تحت أظفار الأصابع ( كيسات ظهارية تحت الأظفار ) وكذلك بعد تطبيق الوسائل الجراحية على أيّ جزء من الجسم . ومن هنا أتت التسمية « الكيسات الظهارية الرضحية » . وتبدي هذه الكيسات من الناحية النسيجية وجود طبقة حبيبية ، ووجود نسيج ضامّ ليفي كأثرٍ دالٍّ على الالتهاب السابق .

### الزؤان العملاق Gaint Comedones :

وهي عبارة عن شكلٍ خاصٍّ من الندبات ، حيث تؤدي الإنغلافات الظهارية إلى تشكل جوف كيسي ذو فتحة واسعة يشبه الجيب ، وتنتج الظهارة المبطنة كمية من الخلايا المتقرنة كثيراً ما تؤدي بدورها إلى تشكل سدادة كثيفة جامدة ومصطبغة ( ملانين ) . وليس للزؤان العملاق أية علاقة بالعدّ ، وإنما يحصل ما بعد الرضح وبسببه . وتعرف الزؤانات العملاقة المتشكلة في ناحية السُّرة بالأحجار أو « الحجارة السرية : Navel Stones » .

### كيسات الأشعار الزغبية الطفحية Eruptive vellus Hair Cysts [ Esterly et al : ١٩٧٧ ] :

**التعريف** : وهي عبارة عن كيسات صغيرة مفردة وتشتق من جريبات الأشعار الزغبية . وهي تشبه الزؤانات ، وتظهر بشكل مفاجىء تماماً عند الأطفال أو اليافعين .

**الحدوث** : غير شائع ، ولكن ربما يعود ذلك لعدم تشخيصها وبالتالي فهي غير مدوّنة .

**الأسباب** : غير معروفة .

**الموجودات السريرية** : تظهر حطاطات متعددة شبيهة بالزؤان يتراوح قطرها من ١ ـ ٣ ملم وأحياناً تلتهب بشكل خفيف ، وهي تصيب بشكل رئيسي الذراعين والساقين والصدر والظهر .

**التشريح المرضي النسجي** : هي كيسات مشتقة من جريبات الأشعار الزغبية ويتألف جدار الكيسة من طبقة ظهارية وسفية Squamous مطبقة مع طبقة حبيبية رقيقة . وغالباً ما تكون الكيسة ذات شكل غير منتظم وتبدي درجات مختلفة من الالتهاب مع تليف ما حول الكيسة .

**التشخيص** : كيسات طفحية صغيرة جداً شبيهة بالزؤان المغلق وتكون غالباً بأعداد كبيرة على الجذع والأطراف .

**التشخيص التفريقي** : سريرياً ، يتضمن التشخيص التفريقي الكياس الزهمي المتعدد والزؤان في العدّ الشائع والطفحات العدّية الشكل والتهاب الجريبات الشعرية الثاقب والتقرانات الجريبية . أما من الناحية النسيجية : فيجب أن نميز كلاً من كيسة غمد الشعرة الخارجي والدخينات المخرشة والكياس الزهمي المتعدد .

**المعالجة** : لا تعرف تدابير فعّالة . ولقد تم في بعض الأحيان تجريب التقشير Peeling الموضعي بالتريتنوئين « Tretinoin » أو المعالجة الجهازية بالإيزوترتينوئين ولكن بدون نتائج مقنعة...

### كيسات غمد الشعرة الخارجي Trichilemmal Cysts [ Ostermayer ١٨٩٧ ] :

*المرادفات* : العصيدة « Atheroma » ، الكيسات الزهمية .

**التعريف** : هي كيسات كروية على فروة الرأس بشكل مطلق تقريباً . تمتلىء هذه الكيسات بكتل كثيفة من الخلايا المتقرنة في غمد الشعرة الخارجي . ومن الناحية النسيجية يوافق غمد جذر الشعرة الخارجي جدار الكيسة ( غمد الشعرة الخارجي Trichilemma ) ، ولا توجد طبقة حبيبية .

**الإمراض** : تنشأ كيسات غمد الشعرة الخارجي من غمد الشعرة الخارجي الخاص بجذر الشعرة ، وهي الجزء من الجريب الشعري الواقع بين بصلة الشعرة وفتحة عنيبة الغدد الزهمية على قِمع الجريب . لا تحتوي هذه الكيسات في جدرها على فصيصات الغدد الزهمية . وتتألف محتويات كيسات غمد الشعرة الخارجي على مادة طرية شبيهة بالمعجون .

**الموجودات السريرية** : الكيسات عبارة عن بنيات متوترة ومرنة ، وناتئة ذات شكل مدور ، يتراوح قطرها بين ٥ ـ ١٠ ملم . وقد يصل حجمها في حالات نادرة إلى قبضة يد الطفل . ويكون الجلد المغطي للكيسات الكبيرة الحجم ضمورياً والأشعار غائبة عادة ( راجع الشكل ٥٣ ـ ٤ ) . ويمكن لكيسات غمد الشعرة الخارجي أن تلتهب فتلتصق بفروة

الرأس . ويميل بعض المرضى للإصابة بكيسات كثيرة العدد على الفروة . وهي حدثية عائلية ذات وراثة غير منتظمة ( العصيدات العائلية ) .

**التشريح المرضي النسجي** : لا توجد طبقة حبيبية في جدار الكيسة . ويتألف محتواها من قِراتين غمد الشعرة الخارجي .

**المعالجة** : استئصال كامل لجدار الكيسة مع إجراء الخياطة التالية . وقد يؤدي بقاء أية بقايا من جدار الكيسة إلى حدوث النكس .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن كيسات غمد الشعرة الخارجي التكاثرية وأورام غمد الشعرة الخارجي التكاثرية والإسطوانوم .

**كيسات غمد الشعرة التكاثرية Proliferating Trichilemmal Cysts [ Wilson Jones ١٩٦٦ ] :**

**الموجودات السريرية** : تتشكل في بعض الأحيان أورام حمراء التهابية تقرحية ذات قاعدة عريضة بعد حدوث التبدلات الالتهابية في كيسة غمد الشعرة الخارجي ، الكبيرة الحجم على الفروة ( راجع الشكل ٥٣ ـ ٥ ) . وأكثر الناس إصابة هم المسنون ، وبشكل خاص النساء منهم .

**التشريح المرضي النسجي** : عبارة عن تقرن غمد الشعرة الخارجي دون وجود طبقة حبيبية . وهي تتميز بتعدد المساكن ووجود عدة بروزات في جدار الكيسة . وفي بعض المراحل يحدث تقرن بشروي مع طبقة حبيبية . وقد تحدث تآكلات في عظام القحف .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن أورام غمد الشعرة الخارجي ( Headington : ١٩٧٦ ) ، والسرطانة وسفية الخلايا المتوضعة على الفروة ، والنقائل إلى الفروة .

**المعالجة** : وتكون بالاستئصال ، ويحتاج الأمر أحياناً للجراحة التصنيعية لتأمين التغطية الجلدية .

## الكيسات الزهمية والكيسات الاحتباسية الزهمية : Sebaceous Cysts and Sebaceus Retention

هذه التسميات قديمة وغير صحيحة ، ولقد كانت تستخدم في مضى لوصف الكيسات البشروية وكيسات غمد الشعرة الخارجي والكياس الزهمي المتعدد ، ولا توجد كيسات بسبب احتباس الزهم فقط أو بسبب انسداد الجريبات الشعرية بالزهم .

**الكياس الزهمي المتعدد Steatocystoma Multiplex [ برنكل : ١٨٩٩ ] :**

*المرادفات :* الكيسات الزهمية ، الكيسات الاحتباسية الزهمية ، الورام الكيسي الزهمي ( Günther : ١٩١٧ ) ، الزهموم Steatoma ، وكل هذه التسميات قديمة .

**التعريف** : هي عبارة عن توسع كيسي في الجريبات الزهمية ، محدّدٌ وراثياً ( وراثة بصبغي جسدي سائد ) . ولهذا السبب يصنف الكياس الزهمي المتعدد من بين الأورام الكيسية الوحمانية .

**الموجودات السريرية** : تبدأ بعد سن البلوغ بين الأعمار ١٠ و ٣٠ سنة ، حيث تتشكل كيسات بشكل تدريجي تحت الجلد وعلى أعماق مختلفة ، ويتراوح قدّها بين ٢ ـ ٥ ملم و ١ ـ ٢ سم . وكثيراً ما تبدي لوناً ضارباً للزرقة ( راجع الشكل ٥٣ ـ ٦ ) . أكثر النواحي إصابة هي الصدر والظهر والإبط ، وأقل من ذلك الوجه وخاصة الجبهة . تشاهد الكيسات في كلا الجنسين من الرجال والنساء وتبدي حدوثاً عائلياً في كل الحالات تقريباً . يختلف عدد الكيسات في كل حادثة ، وقد ذكرت حوادث تواجدت مئات منها عند بعض المرضى ، كما وجدت كيسات وحيدة من الكياس الزهمي المتعدد ، وقد تؤدي الكيسات الكبيرة التي تصيب العنق إلى مشاكل تزويقية .

**الإمراض** : تتطور كيسات الكياس الزهمي المتعدد من أعمق أجزاء الجريبات الزهمية والتي تنتمي إليها عنيبات الغدد الزهمية وأقنية الغدد الزهمية والأجزاء الشعرية للأشعار الزغبية . أما القِمْع الذي يعلو هذه الأجزاء فيعرف من بقاياه فقط ، وليس له أي اتصال مفتوح على سطح الجلد . يتشكل جدار هذه الكيسة من ظهارة الأقنية الزهمية والعنيبات الغدية الزهمية ، ولهذا السبب ليس لها طبقة حبيبية من الناحية النسيجية . وإذا دخلت رَدِيمات الأشعار إلى جوف الكيسة فإن هذه الأشعار تصبح كثيرة ومتشابكة وتلتف حول بعضها البعض لتصبح ككرة الصوف . محتويات الكيسة عقيمة ، ونظراً لعدم وجود جراثيم فإن ثلاثيات الغليسيريد لا تتحول إلى حموض دسمة حُرَّة . ولهذا السبب فمن غير المعتاد حدوث تبدلات التهابية في هذه الحالات .

**التشريح المرضي النسجي** : كيسات ذات أحجام مختلفة وجدار رقيق متمدّد دون طبقة حبيبية . تنجبل خلايا زهمية إفرادية أو عنيبات الغدد الزهمية الكاملة في جدار الكيسة . وتحتوي اللمعة على خلايا متقرنة من غمد الشعرة الخارجي ، ومادة زهمية متجانسة وكثيراً من الأشعار الزغبية .

**التشخيص** : كيسات في ناحية غنية بالغدد الزهمية ، متوضعة في الجلد أو تحته ، وذات لمعان أزرق ، ووراثة بصبغي جسدي سائد .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الزؤان المغلق والزؤانات الثانوية والكيسات في العدّ وأورام الغدد العرقية النائحة والمفترزة ، وكيسات الأشعار الزغبية الطفحية .

**المعالجة** : صعبة لوجود المئات من هذه الكيسات في بعض الأحيان ، تستأصل الكيسات المزعجة من الناحية التزويقية . ولقد تم تجريب الإيزوترتينوئين ( 13 – cis Retinoic Acid ) ، وحقق بعض النجاح ، لكنه ذو تأثير مسكن للآفة فقط .

## الكياس الزهمي المتعدد المكبب Steatocystoma Multiplex Conglobatum [ Brawn Falco, Wolff, Plewing 1979 ] :

وهو داء نادر جداً يتضمن حدوث كيسات الكياس الزهمي المتعدد الكثيرة في نواحي منتصف الصدر والظهر والحفرة الإبطية . تلتهب هذه الكيسات تاركة وراءها بعد الشفاء ندبات تغضنية كما هو عليه الحال في العدّ المكبب . وحتى الوقت الحاضر لم تشاهد هذه الحالة إلا عند الرجال . سبب التبدلات الالتهابية غير معروف . وقد تلعب العوامل الآلية كالاحتكاك والضغط دوراً في الإمراض .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن العدّ المكبب Acne Conglobata وتساعد الدراسة النسيجية في تشخيص الحالات المشتبهة .

## شوكوم غمد الشعرة Pilar Sheath Acanthoma [ Mehregon و Brownstien ١٩٧٨ ] :

**التعريف** : هو ورم جريبي سليم يبدأ من ظهارة الغمد الشعري للجريبات الزهمية .

**الحدوث** : نادر ، ويحتمل أن لا تسجل حوادثه عند المسنين .

**الأسباب** : غير معروفة ، وكثيراً ما تصيب الجلد المتأذي بالضياء .

**الموجودات السريرية** : وتتظاهر في معظم الحالات على شكل حطاطة وحيدة مرتفعة قليلاً ، وبلون الجلد ، وغير عرضية ، لها فتحة واسعة غير متناظرة شبيهة بالمسم ومملوءة بالحطام القِراتيني . وإذا عصرت الآفة خرجت منها نواة شبيهة بنواة الزؤان . تتوضع الآفة عادة على الجبهة والشفة العلوية والجزء الأمامي من العنق .

**التشريح المرضي النسجي** : هي عبارة عن آفة مرتبطة بالجريب الزهمي ذات جوف كيسي غير منتظم واتصال واسع مع البشرة . يتألف جدار الكيسة من ظهارة وسفية Squamous مطبقة ذات سماكة واضحة ، وورام حليمي متفرِّع . لا يترافق الشوكوم مع أية غدد زهمية أو وحدات شعرية .

**التشخيص** : جلدٌ متأذي بأشعة الشمس مع مسمّ جلدي كبير ، وأكثر ما يتوضع على الشفاه أو الجبهة .

**التشخيص التفريقي** : يميز عن المسم المتوسع والورم الجريبي الشعري .

**المعالجة** : الاستئصال إذا رغب المريض بذلك .

## المسمّ المتوسع Dilated Pore [ Winer : ١٩٥٤ ] :

**التعريف** : وهو عبارة عن بُنية سليمة شائعة نسبياً عند الكهول وخاصة على الجلد المتأذي بالضياء ، وعلى الوجه والعنق وحزام الكتفين ، وغالباً ما يحدث مع توسع كيسي أو تمدد لَجفي ( تكهفي ) .

**الموجودات السريرية** : يُرى المسمّ العملاق على شكل مسمّ واسع بصورة خاصة ويحتوي على سدّادة شبيهة بسدادة الزؤان . ويمكن رؤية مسمّ واحد متوسع أو عدة مسمّات عند الشخص الواحد .

**التشريح المرضي النسجي** : ينشأ الورم من جريب الغدة الزهمية بشكل نمطي ، ويتميز ببنية جدارية حليمومية تكاثرية وتصبغ ملانيني شديد واحتباس الخلايا المتقرنة ، وتكون عنيبات الغدد الزهمية ورديمات الأشعار غائبة عادة ، وكذلك التليّف ما حول الجريب .

**التشخيص التفريقي** : قد يشبه المسمّ المتوسع المُنْخسِف ذو الشكل القِمعي ، والزؤان في العدّ ، أو داء فافر – راكوشو Favre – Racouchot أو الندبة أو الزؤان العملاق ، ومن الطبيعي أنه لا يمكن أن يُعصر رأسٌ أسودٌ حقيقي . كما يجب الأخذ بعين الاعتبار شوكوم غمد الشعرة الذي هو عبارة عن ورم سليم يتوضع حول الفم ، وكثيراً ما يصيب الشفة العلوية ولا يشخص إلا نسجياً .

**المعالجة** : يجب استئصال المسمّات المتوسعة المزعجة تجميلياً .

## الورم الجريبي ( الجريبوم ) الشعري الزهمي Sebaceous Trichofolliculoma [ Plewig : ١٩٨٠ ] :

**التعريف** : ورم كيسي وحماني منفرد يشاهد نمطياً على جسر الأنف أو على ذروته .

**الموجودات السريرية** : تتوضع الأورام الجريبية الشعرية الزهمية على الأنف وهي تبدي سبيلاً شبيهاً بالندبة عميقَ التغضّنات ، كيسياً ومتوسعاً ، وكثيراً ما تنمو أشعار هلبية متعددة ابتداءً منه ، أو تنمو أشعار ناعمة صغيرة ( أشباه أشعار ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد تجوف كيسي متوسع

ومتعدد المساكن ، مبطن بظهارة ، ينفتح عليه العديد من لعنيات الزهمية الغدّية الكبيرة ، ويرتبط به الكثير من الوحدات لشعرية .

**التشخيص** : فوهة بركانية الشكل تخرج منها أشعار هلبية متوضعة على جسر الأنف ، ولقد لوحظت هذه الآفة عند فرجان فقط وحتى الوقت الحاضر .

**التشخيص التفريقي** : كثيراً ما يختلط الورم الجريبي الشعري نزهمي مع الورم الجريبي الشعري الذي هو ورم وحماني عضواني للجهاز الجريبي ، بالرغم من كونه تبارز دائري شكل تتشعب منه أشعار جريبية لامعة ( أشباه أشعار ) وبقطر ١ ـ ٢ ملم . تكون الكيسات الجلدانية الحقيقية نادرة جداً وهي تتوضع إما في النسيج الخلوي تحت الجلد أو في الأعضاء لداخلية ، مثال : الكيسات الجلدانية المبيضية أو الخصوية .

**المعالجة** : الاستئصال ، وذلك بعد استبعاد السبل الناسورية لعميقة الأولية إذا تطلب الأمر .

## الجيب المشّعَّر Pilonidal Sinua :

*المرادفات :* الجيب العصعصي ، جيب عشّ الأشعار ، الكيس لمشعر .

**التعريف** : الجيوب المشعرة هي عبارة عن سبل ما بعد التهابية في الناحية العصعصية وهي مبطنة بظهارة تحتوي على طبقة حبيبية . وهي ليست بكيسات حقيقية .

**الموجودات السريرية** : كثيراً ما تظهر الجيوب المشعّرة كآفات في النواحي الثنية أو المذحية ( الشكل ٥٣ ـ ٨ ) ، وأفضل مثال معروف لها هي الجيوب العصعصية في القسم العلوي من الأخدود الشرجي . وتظهر عادة في عمر بين ١٠ ـ ٣٠ سنة . وترجح إصابة الذكور على الإناث وتتظاهر على شكل عقيدات متلازقة وخراجات ونواسير . وأحد الأمثلة على الجيوب العصعصية أو المشعرة في الأخدود الشرجي الناجم عن التعطين هو داء راكبي الدرّاجات النارية أو سيارات الجيب ( Jeep – Riders or Motorcyclists Disease ) . وما يشابه هذه الآفة هو الحبيبوم الشعري عند مزيني الشعر في الطيّات الأصبعية والذي ينجم عن الأشعار النافذة . يحدث الجيب المشعَّر كذلك في سياق العدّ المكبب والعد المقلوب .

**الإمراض** : ينشأ الجيب عن التهاب يشكل خراجاً حول جريبات الأشعار النهائية . أما من الناحية الآلية فيتحرض تشكل الجيوب المشعّرة من الاحتكاك المزمن والتعطين . تُحاط الخراجات بمحفظة وتنمو ظهارة الجلد باتجاه العمق . وتؤدي إلى سُبُل شبيهة بالأنفاق مع ظهارة تقرنية .

**التشريح المرضي النسجي** : خراجات ما حول شدفات الأشعار مع خلايا عملاقة خاصة بالجسم الأجنبي .

**المعالجة** : الاستئصال الواسع لكامل الخرّاج مع رديمات الأشعار عميقاً باتجاه اللفافة العجزية العصعصية مع الخياطة الأولية للجرح أو حدوث التنسج الحبيبي الثانوي .

## الكيسات الجلدانية Dermoide Cysts :

هي تشوهات ورامية عابية Hamartomatous تبدأ إما في سن الطفولة أو في سن الكهولة في سياق الأورام الخبيثة ( المبيضين ، الخصيتين ... الخ ) وقد تصل إلى حجم التفاحة أو أكبر من ذلك . وتتوضع هذه الكيسات في مناطق الإغلاق المضغي مثل الناحية الحجاجية ، وجذر الأنف ، والنواتىء الخشائية ، واليوافيخ ، والدرز اللامي من بين الدروز الأخرى ، والغدد العرقية الناتحة والمفترزة ، ورديمات الأشعار ، والأسنان اللبنية ، والبنيات الكيسية .

## الكيسات الناشئة من الظهارة الغدية Cysts Originating from Glandular Epithelium :

قد تتشكل الكيسات من تمدد لمعات الغدد العرقية الناتحة والمفترزة وكذلك ابتداءً من الغدد اللعابية والغدد المخاطية في التجويف الفموي . وقد تنشأ مثل هذه الكيسات نتيجة انسداد الأقنية المفرغة بسبب الرضح عادة . ومن المحتمل أن تنشأ نتيجة وجود حصيات ( الغدد اللعابية ) . وقد تنشأ أيضاً كتشوهات وحمانية دون التهاب .

## كيسات الغدد العرقية Sweat Gland Cysts :

### الأورام الكيسية ( الكيسومات ) العرقية الناتحة Eccrine Hidrocystoma :

*المرادفات :* الكيسات العرقية الاحتباسية .

وهي أورام كيسية غير شائعة تكون عادة وحيدة ، وكثيراً ما تبدو لامعة وذات لون أزرق ضارب للسواد ، وترى من خلال الجلد ( الورم الكيسي المستسقي الأسود ) . وفي معظم الحالات تصيب الجفن السفلي وتبدو على شكل كيسات متوترة ، ومرنة ، يتراوح قطرها من ١ ـ ٥ ملم ، وهي تشبه النفاطات عميقة التوضع ( الشكل ٥٣ ـ ٩ ) . وإذا ما بُضعت هذه الكيسات ظهرت منها قطرات العرق ، ويؤكد التشخيص بالفحص النسيجي .

**التشخيص التفريقي والمعالجة** : تفرق عن السرطانة الكيسية قاعدية الخلايا . وتعالج بالاستئصال .

## الأورام الكيسيــــة العرقيـة المفـرزة والغدوم العرقي Apocrine Hidrocystoma and Hidradenoma :

وهي أورام نادرة أيضاً . وتكون في العادة أوراماً وحيدة أو مفردة . تنمو جزئياً باتجاه الداخل وجزئياً باتجاه الخارج وهي بلون أزرق خفيف . أما النواحي النمطية لتوضع الآفة فهي الغدد المتعلقة بالأجفان العينية ، الغدوم الكيسي للوجه ( وكثيراً ما تكون جزءاً من وحمة عضوانية أكبر حجماً مع مكونات الغدد العرقيـة النـاتجة ) ، الغدّوم العرقي الحليمي للفرج ، والورام الغدّي التـآكلي للحلمة . كما تتضمن المجموعة الغدّوم الكيسي العـرقي حـليـمـي الشـكـل Syringocystadenoma Papilliferum في الفروة .

## كيسات الغدد اللعابية Salivary Gland Cysts :

إذا ما انسدّت القناة المفرغة لغدة لعابية بسبب حصاة لعابية فإن تدفق اللعـاب سيتوقف ، وهذ يؤدي بدروه إلى تشكـل توسعات كيسية كبيرة . وتؤدي كيسات الغدد اللعابية الكبيرة كالغـدة النكفيـة إلى تورمات شـديدة في الوجه . وتتشكـل الحصيـات اللعـابيـة عند كبـار السن أو الأشخـاص الملازمين للفراش لأنهم غير قادرين على القيام بعملية المضغ الجيدة . تقوم المعالجة على التخلص من الحصاة ، وتكون أحياناً بإجراء فَلْع ( الشق الطولي ) القناة المفرغة .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق عن أورام الغدد اللعابية .

## العقدة Ganglion :

العقدة عبارة عن كيسة حقيقية ، وأحياناً عائلية مع بطانة زليـلة ومحتويات شبيهـة بالهلام . وهي تتطور فقط في كنف المفاصل أو على طول الأوتار ( الأصابع ، المعصم ، الأباخس ، الكاحل ، مفصل الركبة ) . ومن الناحية النسيجية يمكن اعتبار العقـد إنتبـاجات شبيهـة بالفتوق من أغمـاد الأوتار أو محافظ المفاصـل . وتكون هذه الآفات كروية ومتوترة ، وتؤدي إلى ارتفاع الجلد المغطّي لها . أما المعالجة فهي جراحية .

## الكيسات الكاذبة Pseudocysts :

وهي على خلاف الكيســات الحقيقيـة التي تمتـلك جداراً ظهارياً ، فالكيسات الكاذبة ينقصها وجود الظهارة الكيسية . تُغمد الكيســات بخلايا ورمية أو بمحفظة من النسيج الضـام الليفي .

### الكيسة المخاطية Mucous Cyst :

*المرادفات :* القيـلة المخاطيـة Mucocele ، كيسـات الاحتباس المخاطي الرضحية ، كيسات الغدد المخاطية الرضحية .

ويجب عدم الخـلط بين الكيســات المخاطيـة والكيســات الحقيقية : فالكيســة المخاطية هي كيسـة كاذبة ، ومن الشـائع توضعها في مخاطية الفم ( انظر الفصل ٣٣ ) .

## كيسـة ظهر الأصابع المخاطانية Mucoid Dorsal Cyst of the Finger :

*المرادفات :* الكيســة المخاطانيـة الأصبعيـة Myxoid Finger Cyst .

**الإمراض** : يحتمل أنها تنشأ من التنكس المخاطاني للنسيج الضام بشكل موضع . كما افترض وجود اضطرابات وظيفية موضعية في الأرومات الليفيـة ( تشكيـل زائد للهيـالرونيداز مع نقص تركيب المغراء ) . السبب غير معروف ، ولقد اتهم الرضح في بعض الأحيان .

**الموجودات السريرية** : تصيب النساء أكثر من الرجال ، وفي العـادة تكون وحيدة وتتوضع بشكـل نموذجي على الأقســام الظهرية للسـلاميات القاصية للأصـابع أو الأباخس ( الشكل ٥٣ ـــ ١٠ ) . وهي عبارة عن بنية كيسية محدّدة وطريّة وكثيراً ما تكون شفافة ، يصل قدّها حتى ٥ ـــ ١٠ ملم وتكون مؤلمة في بعض الأحيـان . ويؤدي بضع الكيســة إلى إفراغها حيث تخرج منهـا مـادة مخاطيـة خيطيـة لكنهـا تمتلىء مرة أخرى . والكيسات المخاطانية هذه ليست كيسات حقيقية لأنها لا تبدي ظهارة تقرنية أو حبيبية . حتى ولا تحتوي على زليل .

**التشريح المرضي النسجي** : إن الأنسجة المصابة غنية بحمض الهيـالرونيك . ويكون تفـاعل الباس PAS وHale إيجابيين ، وتبدي تنكساً مخاطانياً ومحفظة ليفية أحياناً . كما أن ثمة ضموراً انضغـاطيـاً ثانوياً للبشرة المغطية للآفة ، ويكون المغراء شديد التخلخل .

**المعالجة** : يمكن استئصــال كيسـات ظهر الأصـابع المخاطانية المزعجة ، ويمكن تجريب حقن معلق ستيروئيد سكري قشري مبلّر مثـل التريامسينولون أسيتونيد ( ٢ ملغ من المعـلق المبلّر والممدد بنسبة ١ ـــ ٣ في كلور الصوديوم ) ضمن الكيسـة أو استخدام حقن الهيالرونيداز يتلوها وضع عصائب ضاغطة . كما يمكن بضع جدار الكيسة وعصرها وإخراج محتواها ، ومعالجة المحفظة الكاذبة بالآزوت السائل .

### الحطاطات المخاطانية Mucinous Popules :

*المرادفات :* المخاطوم ( Myxoma ) .

يمكن لهذه الآفـة أن تظهر في أية ناحيـة من الجلد وترتبط نسيجياً بالكيسات المخاطانية لظهر الأصابع .

# الفصل الرابع والخمسون

# الأورام الظهارية الحميدة

# Benign Epithelial Tumors

د . عبد الرحمن القادري

ينشأ العديد من الأورام الظهارية الحميدة ابتداء من البشرة داخل الجريب أو من ظهارة الجريبات الشعرية أو الأقنية المتعلقة بالغدد العرقية جنينياً . وقد يتطور العديد من هذه الأورام بشكل وصفي في السنوات المبكرة من الحياة ( الظهاروم تكسي ) ، إلا أن البقية من هذه الأورام تكون أكثر مشاهدة في الأعمار المتقدمة عند المسنين ( التقرانات المثية ) .

## البشرة

## Epidermis

وتنشأ الأورام الحميدة العديدة هنا اعتباراً من البشرة بين الجريبات .

**التقران المثي Seborrheic Keratosis :**

*مترادفات :* الثؤلول المثي الشيخي ، الثؤلول المثي ، الحليموم قاعدي الخلايا .

**الحدوث** : من الشائع حدوثه في سن الشيخوخة عند كلا الجنسين ، وأحياناً هناك تواجد عائلي .

**الإمراض** : لا يزال سبب حدوث التكاثرات الظهارية وفرط التقرانات والتصبغات مجهولاً ويجب أن لا يُفهم من كلمة « ثؤلول » هنا أن سبب حدوثه حمة راشحة ، ذلك لأنه لم يثبت وجود أي « حمة » هنا .

**الموجودات السريرية** : أكثر ما تشاهد التقرانات المثية على الجذع عادة ، غير أنها يمكن أن تظهر أيضاً على الوجه والرقبة والسطوح الانبساطية لليدين والساعدين . وقد تكون هذه التقرانات قليلة أو كثيرة العدد ، كما يختلف تطورها عند الشخص نفسه . وتبدو آفاته المبكرة أشبه بحطاطات صمّاء مسطحة ، بارزة قليلاً ، صغيرة وذات حدود واضحة ، وبلون أحمر لحمي أو أصفر فاتح اللون . وتبدو للعين المجردة نافرة من جراء التقاطع مع سطح الجلد السويّ أو تقطع مظهره كما في الثآليل المسطحة . ثم تتوسع وتتضخم التقرانات المثية حتى يصل قطرها إلى ١ سم أو أكثر ، وتبدو حليمومية المظهر أو متشققة ، بلون بني أو أسود ضارب للون الرمادي ( راجع الشكل ٥٤ — ١ ) . هذا ويؤدي انحباس كتل الخلايا المتقرنة في الخبيء الظهاري Crypt إلى ظهور كتل تقرانية سوداء ( سدادات ) شبيهة بالزؤان وذات أهمية في التشخيص التفريقي . وتبدو التقرانات المثية طرية ، ودهنية الملمس ولا يصحبها أي التهاب ، وتنشأ دوماً على جلد طبيعي .

**التشريح المرضي النسجي** : تحتوي هذه الحليمومات والتكاثرات الظهارية والتي تنمو إلى الخارج ( فوق مستوى الجلد ) على خلايا متقرنة ودون أن تبدي أي ميل للخباثة . وتكون الخلايا المتكاثرة بشروية كما أنها قد تكون قاعدانية Basaloid ، ويمكن تميز النمط الشواكي التقراني — البشروي وانتقاله إلى الخلايا الشائكة وتشكيل الكيسات القرنية ، والنمط الغداني بنيته الشبيهة بالغدد ، وذلك اعتماداً على نمط التمايز . ويمكن ظهور بنية شائكة مميزة شبيهة بالزوبعة ضمن مجموعات خلوية تتكون من خلايا شبيهة بالخلايا الشائكة مع تشكلات لؤلؤية قرنية ، ولكن دون تشكل ا لكيراتوهيالين ، وكثيراً ما يوحي ذلك بظهاروم ضمن البشرة . وقد يشاهد في المستوى القاعدي وما فوق القاعدي تصبغات ملانية واضحة ضمن الخلايا ( شوكوم ملاني ) ، غير أن الآفة قد تكون خالية من الصباغ أيضاً .

**التقران المثي الحزازاني Lichenoid Seborrheic Kertosis :**
هو شكل التهابي مختلف . وتسمى صورته النسجية النوعية « التقران المثي الفعال » ( شوكوم شائك قاعدي ، Lund – 1957 ) ، والتي تحدث مترافقة بالالتهاب . وتوجد في هذه الصورة النسجية تقرانات خلايا مفردة ، ولآلىء قرنية ( زوابع وسفية ) ، لمفاويات وعدلات . أما مكان توضع التنمي نحو الخارج لما يدعى بالتقران المثي الفعال فله أهمية في التفريق عن التقران الجريبي المقلوب ( Hellwig 1955 ) وعن السرطانة الوسفية الباكرة .

**الإنذار** : إن التخريشات الآلية ، وخاصة على العنق ، وتحت الإبطين ، وعلى الخصر وفي المنطقة الأربية ، تجعل الإزالة الجراحية للتقران المثّي ضرورية . هذا وقد تتراجع الآفات عفوياً ، كما لا تحدث تحولات خبيثة على هذه التقرانات المثية .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تفرق عن الوحمة المصطبغة . وإن التقرانات الجريبية والسطوح النافرة المكتنزة تفرقها عن الملانوما الخبيثة . وقد تكون الآفات المفردة المتوضعة على الوجه صعبة التفريق عن الشامة الشيخية أو عن الشامة الخبيثة . ويجب أن تفرق أيضاً عن أورام الخلايا القاعدية المصطبغة .

**المعالجة** : تعالج التقرانات المثية بإزالتها بالتجريف أو بالمشاركة بإبرة الإنفاذ الحراري Diathermy إذا كان ذلك ضروريا . ومن السهل إجراء استئصال بالكشط Shave excision كما

يمكن تطبيق الآزوت السائل ( لمدة ١٥ — ٢٠ ثانية ) .

**الأشكال الخاصة :**

**التقران المثي الشبيه بالثآليل المسطحة Verruca Plana – Like Seborrheic Keratosis**

[ Keining و Holter 1953 ] :

وهو شكل مختلف من التقران المثي ، يتظاهر بتشكلات شديدة الانبساط ، واضحة التصبغ ، تتوضع عادة على ظهر اليدين والجبهة . ويجب تمييزها عن الشامة الشيخية ( نمش المسنين ) في التشخيص التفريقي ، فهي تتصف بسطح مكتنز خشن عند فحصها بالضوء المائل .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد تصبغ ملحوظ في الطبقة القاعدية ، كما نجد المراحل المبكرة تكاثر شواكي في الطبقة المالبيغية يشابه ذلك الذي يشاهد في التقران المثي المبكر .

**المعالجة** : صعبة ، رغم أن التبدلات سطحية ، ومن النادر أن تستجيب لصبغة البودوفيللين ٢٥٪ . ومن جهة أخرى ، من الممكن إجراء التجريف السطحي أو التجفيف الخفيف تجنباً لإحداث تندب يمكن أن يترافق مع نقص أو زيادة في التصبغ .

**جلاد الثنيات المصطبغ الشبكي Reticulated Pigmentary Dermatosis of the Flexures**

[ Dowling ١٩٣٨ ، Degos و Ossipowski ١٩٥٤ ] :

*المرادفات : الداء الثؤلولي المثي* [ Cramer 1954 ] .

**التعريف** : هو جلاد إرثي يتظاهر بلطخات مزرقة أو تصبغات شبكية متزايدة وحطاطات بنية سوداء تشبه الثآليل المسطحة في السطوح الانعطافية الكبيرة .

**الحدوث** : إن هذا المرض نادر ، وتشير الإصابات العائلية إلى أنه جلاد وراثي يصيب كلا الجنسين على حد سواء .

**الموجودات السريرية** : يتزايد ظهور التصبغات وتتطور ببطء في سن الرشد المبكر . وهو ذو طرازين شبكي وبقعي ، وذو لون أسود بني ، لكنه يبقى رمادياً أو ضارباً للزرقة في الطيات الرئيسية ، وقد ترتفع البقع لتصبح محسوسة أحياناً ، فيشبه بذلك التقرانات المثية الشبيهة بالثآليل المنبسطة ، وأحياناً تبدو حزازانية الشكل . وقد تحدث أيضاً آفات مصطبغة تشبه الزؤان أو نقط متندبة حول الفم خاصة .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد بروزات من القنازع البشروية المتكاثرة والمتضمنة على ملانين كما في التقرانات المثية الباكرة . إضافة لذلك ، نجد تغيرات مشابهة في الوحدة الزهمية الشعرية المتضخمة .

**التشخيص التفريقي** : من المهم أن نفرقه عن كل من الشامات الشيخية ، والتقران المثي الغدّاني ، والشواك الأسود .

**الإنذار** : إن هذا الجلاد حميد ، و لم يعرف له تحولات خبيثة .

**المعالجة** : عرضية على الأكثر .

**الشوكوم الملاني Melanoacanthoma** [ Mishima و Pinkus 1960 ] :

أطلق اسم الشوكوم الملاني على التقرانات المثية المتصبغة العميقة التي تبدي نسجياً تصبغاً واضحاً كافياً في البشرة ، مع زيادة في الخلايا الملانية ، ووجود العديد من بلاعم الملانين في النسيج الضام الداعم للأدمة الحليمومية ( راجع الشكل ٥٤ — ٢ ) . ويقوم التشخيص على الفحص النسجي .

**متلازمة ليزر – تريلا Leser – Trelat Syndrome** [ 1890 ] :

**التعريف** : تتصف هذه المتلازمة بظهور فجائي لعدد كبيرة من التقرانات المثية المترافقة مع حكة تشيرة لتطور حشوي خبيث ( متلازمة مواكبة للخباثات ) .

**السببيات والإمراض** : لم يتَّضح بعد سبب النمو الفجائي المتزامن للتقرانات المثية ، وقد يكون ذلك مجرد صدفة . وأكثر ما تشاهد هذه التقرانات الفجائية مترافقة مع سرطانة غُدِّية وخاصة في المعدة . وهناك تقارير أخرى تشير لترافقها مع ابيضاض الدم ، والفطار الفطراني ، ومتلازمة سيزاري ، ولمفوم لمفاوي وسرطانة قصبية . وبما أن التقرانات المثية شائعة عند الأشخاص المسنين ، لذا فإن التقارير المنشورة قد لا تكون كافية لاعتبار هذه المتلازمة ذات كيان مستقل .

**الموجودات السريرية** : أول من وصف هذه المتلازمة الطبيب الفرنسي تريلا والجراح الألماني ليزر . وتتصف بظهور فجائي للتقرانات المثية ونموها السريع من حيث القدِّ والعدد . وتكون التقرانات المثية وصفية من الناحيتين السريرية والنسجية ، ويبدو أنها لا تميل للخباثة .

**التقران الملتصق Stuccokeratosis** [ Unna 1898 ، Kocsard و Ofner 1958 ] :

**التعريف** : هو تقرانات مثية تتوضع على الأطراف السفلية عند المتقدمين في السن يرافقها جفاف جلد .

**الإمراض** : كما هو في إمراض التقرانات المثية .

**الموجودات السريرية** : التقران الملتصق آفات جلدية بيضاء ضاربة للصفرة ،غمطية ، تشبه الثآليل المسطحة وتتواجد بشكل خاص على الأقسام القاصية من الساقين ( راجع الشكل

٥٤ – ٣ ) . تتوضع الحطاطات المتقرنة التي تُرى بقدٍّ يصل حتى ٥ ملم . إما بمستوى سطح الجلد أو تتوضع بشكل محدّب قليلاً ، وتبدو وكأنها مغطاة بمسحوق أبيض . وهي محددة دوماً وبشكل صريح بالجلد المحيط بها . ويختلف لونها من الأبيض إلى الرمادي وحتى البني الفاتح . اما سطحها فمكتنز دوماً ، خشن وجاف ، ويمكن كشطه دون أن يسبب نزفاً ما أو أي تأثير على سطح الجلد . هذا ويبدو أن الآفة تفضل التوضع على الساقين ، وخاصة حول ظهر القدمين والكعبين ، وفوق وتراُشيل . وإضافة للتوضعات السابقة فإن الأماكن الأكثر شيوعاً هي ظهر اليدين والسطوح الانبساطية للساعدين . قد تحدث التقرانات متصقة بأعداد قليلة ، ولكنها غالباً ما تشاهد بالمئات . ولم تذكر أي تحولات خبيثة لهذه الآفة .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد نسجياً تقران شواكي حليمومي ، ينشأ عمودياً من سطح الجلد ، ويحدده الجلد السليم بشكل صريح .

**المعالجة** : يمكن إزالة التقرانات الملتصقة التي تكون مزعجة ، وذلك إما بواسطة مجرفة حادة أو بالتجفيف .

### الشـوكوم رائق الخـلايـا Clear Cell Acanthoma

[ Degos وزملاؤه : 1962 ] :

*المرادفات* : Acanthome a cellules claires .

**التعريف** : ورم ظهاري حميد ، وحيد أو متعدد .

**الحدوث** : نادر ، وأكثر ما يحدث في سن ما بين ٥٠ – ٧٠ من العمر .

**السببيات** : غير معروفة .

**الموجودات السـريرية** : غالباً ما تكون هذه الآفة مفردة وتتوضع على الساق ، وتتصف بحطاطات أو عقيدات بشروية ، على شكل القبة ، تكبر ببطء ، ويبلغ قطرها من ١٠ – ١٥ ملم ولها حدود صريحة . ويظهر فيها أحياناً نقاط نزفية متعددة ، وتتصف بطوق وسفي نموذجي وسطح متجلب .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البنية النسجية فريدة حيث يشاهد شواك منتظم ، وفرط تحبب أو غياب الطبقة الحبيبية ، وشحوب الخلايا الشائكة بملون هيماتوكسيلين إيوزين ، وتكون غنية بالغليكوجين ( ملون الباس ) ، وتترافق مع توسع الأوعية الدموية في الأدمة الحليمية . أما وفرة الغليكوجين فتنجم عن تبدل فعالية الفوسفوريلاز المؤثرة . ويكون الغشاء القاعدي سليماً . هذا ويفرق كل من الشكل الصدافي ، والشواكي الصلب Solid acanthotic ، والشواكي الشبكي والنمط الناقىء ( الجاحظ ) .

**التشخيص التفريقي** : يفرق هذا الشوكوم عن الورم المسامي Poroma ، والليفوم Fibroma ، ويفرق عن ورم المنسجات ، والحبيبوم متوسع الشعيريات ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والملانوم اللا ملاني ، والشوكوم القرني ، والتقران المثي ، والثآليل الحُموية ، وعن ورم غمد الشعرة الخارجي .

**المعالجة** : وتتم بالاستئصال .

### الشـوكوم كبـير الخـلايا Large Cell Acanthoma

[ Pinkus 1970 ] :

**التعريف** : ورم ظهاري حميد ، وقد اعتبره بعض المؤلفين شكلاً من التقران السافع .

**الحدوث** : شائع .

**الموجودات السـريرية** : قد يكون هذا الشوكوم وحيداً أو متعدداً ، ويتوضع على الجلد المعرض للشمس وخاصة الوجه والجبهة وأسفل الساقين . ويكون مسطحاً واضح الحدود ، ويتظاهر على شكل بقع قليلة التصبغ تتوضع على قاعدة حمامية .

**التشـريح المرضي النسجي** : ويكشف عن حدود جانبية واضحة لهذا الشوكوم وخلايا قرنية كبيرة وحيدة الشكل ( قدّها أكبر بمرتين من الخلية القرنية ) مع نوى كبيرة نسبياً . ويبدي الفحص الخلوي تقراناً مستقيماً ، ووراماً حليمومياً وفرط تصبغ الطبقة القاعدية ، والتهاب جلد خفيف دون خلل تنسج .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن التقران المثي ، والتقران السافع ( الشمسي ) ، والشامات ، كما يجب تمييزه عن الشوكوم رائق الخلايا .

**المعالجة** : استئصال جراحي .

## أورام الجريبات الشعرية

## Hair Follicles

تحدث الأورام الجريبية بطيف يتراوح ما بين شوه وحماني إلى التمايز الخبيث ( راجع الجدول ٥٤ – ١ ) .

### ورم خـلل التقـرن الثـؤلولي Warty Dyskeratoma

[ Szymaski 1957 ] :

*المرادفات* : خلل التقرن الجريبي المنعزل ( نيكولسكي 1959 .

**الموجودات السريرية** : ويشتبه بتشخيصه سريرياً عند وجود آفة متجلبة ، تكون مفردة في العادة ، وبحجم حبة البازلاء

الجدول ٥٤ ـ ١ : طيف الأورام الجريبية من التمايز الوحماني وحتى التمايز الخبيث

| التفريق | الورم | المؤلف/العام | الموجودات السريرية |
|---|---|---|---|
| وحماني (Nevoid) | وحمة الجريب الشعري | | نمو محدد للأشعار النهائية المتينة . |
| | وحمة الأشعار | | نماء متزايد للأشعار النهائية في مناطق محددة . |
| | الوحمة الزؤانية | 1895 : Kofman | غالباً ما يتوضع فرط تقرن شبيه بالزؤان بشكل قمعي بشكل شدفي . |
| غدّاني (Adenoid) | ورم خلل التقرن الثؤلولي | 1957 : Szymanski | عقيدة ثؤلولية وحيدة . |
| | الجريبوم الشعري | 1944 : Miescher | عقيدة وحيدة بيضاء أو بلون الجلد ذات فتحة مركزية ، يبزغ منها أشعار حريرية ( شبه شعري ) تتوضع خاصة على وجه اليفعان . |
| | الجريبوم الشعري الزهمي | 1980 : Plewig | فتحات وحيدة تشبه الحفيرات على سرج الأنف أو ذروته مع بروز الأشعار . |
| | المسم المتسع | 1954 : Winer | فتحات قمعية الشكل تشبه الزؤان مع نواة قرنية في الجلد المعرض للشمس في كل من الجبهة ، والخدين ، والكتفين ، وغالباً ما تكون مفردة وعمر المرضى فوق الخمسين عاماً . |
| | شوكوم غمد الشعرة | Mehregan و 1978 : Brownstien | وحيد . قد يرتفع في بعض الأحيان ، سطحي بلون الجلد ، عريض ذو فوهة بركانية الشكل ونواة تشبه الزؤان . أكثر ما يتوضع على الشفة العليا أو الجبهة . |
| | الغدوم الشعري | 1958 : Nikolowski | عقيدات حمراء أو صفراء ، كيسية أحياناً ، تظهر عند المرضى المسنين متوضعة على الوجه . |
| | التقرن الجريبي المقلوب | 1955 : Helwig | نمو نحو الداخل أو الخارج غير وصفي ، حطاطات على الجلد المتاذ بالشمس لدى المسنين . |
| | الورم المسامي الجريبي ( شعروم النهايات ) | Mascaro و Duperrat : 1963 | حطاطة متقرنة وحيدة ، قاسية ، بلون الجلد أو مصطبغة على الوجه ( الوجنتين أو الشفة العليا ) عند طاعنين في السن . |
| | ورم القمع الجريبي | Butler و Mehregan : 1961 | حطاطة متقرنة وحيدة بلون الجلد أو ناقصة الصباغ ، أكثر ما تتوضع في وجه النساء فوق الأربعين سنة . |
| | كيسة الغمد الشعري الخارجي التكاثرية | 1966 : Wilson Jones | حطاطة وحيدة أو عقيدة كبيرة غالباً ما تتقرح ، تتوضع على الرأس عند المرضى فوق الستين من العمر . |
| | مختلفة : ورم الغمد الشعري الخارجي التكاثري | 1976 : Headington | ورم وحيد بلون الجلد ، كبير أحياناً يتوضع على الرأس مع قرن جريبي . |
| | ورم الغمد الشعري الخارجي | Headington و French : 1962 | حطاطة وحيدة ، أو متعددة ، ثؤلولية الشكل وبلون الجلد . |
| | مختلفة : ورم الغمد الشعري الخارجي التقرالي | Grosshans و Hanau : 1979 | معظم المرضى بعمر فوق الخمسين سنة . |
| | ورم أم الشعرة | Chenantis و Malherbe : 1880 | غالباً ما يتظاهر بعقيدة مفردة ، ونادراً متعددة ، مستديرة تتحرك بحرية ، تشبه الكيسة ، بلون الجلد أو زرقاء ، تتوضع على الوجه ، العضدين عند اليفع من الكهول أو الأطفال وقد تكون مؤلمة بالضغط . |
| الظهارومي | الظهاروم الشعري | 1894 : Jarisch | عقيدة أو حطاطة متألقة ، بلون الجلد ، وحيدة ، تتوضع على الوجه ( الوجنتين ، الأنف ، الشفة العليا ) . |
| | الظهاروم الغداني الكيسي | 1892 : Brooke | حطاطات قاسية بلون الجلد أو حمراء مع توسع شعيري أحياناً وغالباً ما تتجمع متوضعة في منتصف الوجه ( الجبهة ، الأنف ، الشفتان ) . كما أنها نادراً ما تتقرح . |
| | الظهاروم الشعري المولد للنسيج الليفي | Brownstein و Shapiro : 1977 | عقيدات أو لويحات صفراء ـ مبيضة تتوضع على الجبهة ، الأنف أو الذقن . معظم المرضى في سن أقل من ٣٠ سنة . |
| الخبيثة | الظهاروم الليفي | 1957 : Pinkus | تنمّي شبيه بالليفوم على الجذع أو في المنطقة الفخذية التناسلية . |
| | سرطانة قاعدية الخلايا ( ظهاروم قاعدي الخلايا ) | 1903 : Krompecher | طيف عريض . يشتق من البشرة بين الجريبية أو من الجريبات . |

تقريباً ، متوضعة على الفروة ، وحول مؤخر العنق أو على أجزاء أخرى من الجسم ، تتأذى بسهولة وقد تنزف بعد ذلك . وما هذه الآفة سوى تَنَمٍّ حميد يبدي أحياناً ميلاً للتراجع العفوي .

**التشريح المرضي النسجي** : يتكون الورم من انخفاض شوكومي ينشأ من الجريب الشعري الذي يكون مملوءاً بمواد تقرانية محاطة بطيات مكدّسة من الظهاروم ومن خلل التقرن ، وانحلال الأشواك ، وفلوح منحلة الأشواك شبيهة بالتقران الجريبي ( داء داريه ) .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن التقران الجريبي ، وداء بوفن ، والغدوم العرقي الكيسي الحليمي .

**المعالجة** : تتم باستئصال الورم .

## الظهاروم الشعري Trichoepithelioma [ Brooker 1892 ] :

*المرادفات* : الظهاروم الغداني الكيسي ، الظهاروم الشعري الحطاطي المتعدد ( متعدد الشكل الوراثي ) .

**الإمراض** : من وجهة النظر التطورية ، هو مرض عابي Hamartoma ، وقد يميل للتمايز إلى بنية شبيهة بالشعر ، ومن ثمَّ جاءت التسمية الأخرى : الظهاروم الشعري الحطاطي المتعدد ( Jarisch ) . وهناك علاقة وثيقة مع بقية الأورام العابية الأخرى ( الأسطوانوم الغدوم العرقي ) التي تتواجد عند المريض نفسه .

**الموجودات السريرية** : تتجلى الصورة النمطية لهذا الظهاروم بحطاطات وعقيدات صغيرة قاسية ومبعثرة ، بشكل متناظر ومعتدل . وغالباً ما تتوضع على شكل تجمعات كثيفة . وبلون لحمي أو أصفر ضارب للبياض مع لآلىء لّماعة . تتوضع هذه الحطاطات والعقيدات على الوجه ، وخاصة في زوايا العينين ، وفي الطيّة الشفوية الأنفية ومنطقة ما حول الحجاج ، وأحياناً أعلى الجذع أو الفروة . يبدأ هذا المرض ، الذي يكون عائلياً في العادة ، في سن الطفولة مع تطور الحطاطات التي تنمو أثناء البلوغ ، وبعد ذلك تبقى الآفة هاجعة نسبياً في الكهولة . ويغلب مشاهدته عند الفتيان . و لم تشاهد أي تحولات خبيثة في هذا الداء ( راجع الشكلين ٥٤ ــ ٤ و ٥٤ ــ ٥ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : يتكون الشكل النمطي من كيسات مؤلفة من طبقات كثيفة من خلايا متقرنة في مطرق الحبال Matrix of Cords أو من جزر من خلايا ظهارية ، والتي تصنف ــ استناداً على الأساس الشكليائي ــ كخلايا مطرق الشعرة ( تشبه الخلايا القاعدية ) أو خلايا غمد الجذر الخارجي . هذا وتشاهد الحليمات الأدمية إيجابية الفوسفاتاز القلوية قرب خلايا المطرق .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يفرق عن كلٍ من الغدوم الزهمي ، والأسطوانوم Cylindroma والغدوم العرقي . هذا وينجم عن التنسج الليفي Desmoplasia ما يشبه سرطانة الخلية القاعدية الشبيهة بالقشيعة .

**المعالجة** : ليست سهلة . والأورام المزعجة يمكن استئصالها ، أما الآفة الواسعة فيمكن الحصول على نتيجة مؤقتة جيدة بمعالجتها إما بسنفرة الجلد Dermabrasion أو المعالجة بالليزر .

## ورم غمد الشعرة الخارجي [ الغمدوم الشعري ] Trichilemmoma [ Headington و French 1962 ]:

**التعريف** : هو ورم جريبي حميد يتشكل من خلايا الغمد الخارجي لجذر الشعرة .

**الحدوث** : نادر ، ويبدو من المحتمل أن ما ذكرته التقارير أقل من الواقع . ويكون الورم المنفرد غير وراثي بينما تكون أورامه المتعددة وراثية ، وتنتقل بالصبغي الجسدي السائد . وهذا الورم نادر عند الأطفال ، وأكثر ما يحدث عند الكهول ، كما يمكن مشاهدة الغمدوم الشعري المتعدد في متلازمة كودن Cowden syndrome .

**السببيات** : غير معروفة ، لكن بعض المؤلفين يعتقدون بأن سبب هذا الورم هو شكل خاص من الحمات الثؤلولية ، غير أن هذا الرأي لم يبرهن بعد .

**الموجودات السريرية** : غالباً ما يتوضع هذا الورم على الوجه وخاصة على الأنف والوجنتين والشفتين والذقن والجبهة أو على الحاجبين أو النقرة . ويتظاهر بحطاطات ثؤلولية صغيرة تنمو نحو الخارج . ويشاهد ورم غمد الشعرة الخارجي المتعدد في الوجه ( وذلك في الشكل الوراثي ) . كما يشاهد أيضاً في التجويف الفموي . وهذه الآفات هي علامات هامة ، حيث أن المرضى المصابين بمتلازمة كودن لديهم خطورة عالية للإصابة بالسرطانات كاحتمال الإصابة بسرطان الثدي عند النساء بنسبة تفوق ٥٠٪ .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد شواك فصيصي مرتبط بالجريب مع قناة مركزية حاوية على أشعار . أما الخلايا الرائقة الكبيرة فتكون متميزة وإيجابية الباس PAS . لا توجد مشتملات حُموية . كما تشاهد خلايا مسيجة Palisading متوضعة على غشاء قاعدي .

**التشخيص** : إن وجود حطاطات ثؤلولية يتراوح قطرها من ٣ ــ ٨ ملم ، مفردة أو متعددة ، مرتفعة قليلاً ، وبلون الجلد ، متوضعة على الوجه أو في تجويف الفم توحي بالتشخيص .

**التشخيص التفريقي** : يفرق هذا الورم عن كل من الثآليل

الحموية ، سرطانة الخلية القاعدية ، والغدوم العرقي ، الغدوم الزهمي ، والتقران الجريبي المقلوب .

**المعالجة** : الاستئصال حسب رغبة المريض ، ويجب أن توجه عناية خاصة للمرضى المصابين بورم غمد الشعرة الخارجي المتعدد ( متلازمة كودن ) .

### ورم أم الشعـــرة Pilomatricoma [ Chenantias & Malherbe : 1880 ] :

*المرادفات* : الظهاروم المتكلس لماريب ، الظهاروم المتكلس للغدد الزهمية .

**الإمراض** : يشبه هذا الورم ظهاروم أم الشعرة ( ومن ثمّ جاءت التسمية بورم أم الشعرة ) وقد يكون للرضوح التي تتعرض لها الخلايا الظهارية الطارئة أهمية سببية .

**الموجودات السريرية** : يتوضع هذا الورم على الكتفين ، أو الذراعين ، أو الرقبة أو الرأس ويتجلى عادة بورم وحيد بقطر من ١ – ٣ سم ، ويغلب حدوثه عند الأطفال ، ويقل شيوعه عند الكهول . ( راجع الشكل ٥٤ – ٦ ) . وهو ورم قاسٍ يتراوح قدُّه ما بين بضعة مليمترات وحتى بضعة سنتيمترات . وهو لا يلتصق بالنسيج الضام المتوضع أسفله ، لكنه يلتصق بشدة بالجلد . لم تشاهد تطورات خبيثة في سير هذا الورم ، لكن حالاته التكاثرية دعيت بورم أم الشعرة الخبيث . وهناك شكل خاص هو ورم أم الشعرة Pilomatricoma الطفحي متـعـــدد البـؤر ( Wong و Somburanasin و Wood : 1972 .

**التشريح المرضي النسجي** : تنشأ الظهارومات المتكلسة من أجزاء من مطرق الشعرة ، وتبدي خلايا شبحية Ghost ( خلايا مطرق الشعرة المتقرنة ) في مركزها ، محاطة بحبال من خلايا ظهـارية شبيهـة بخلايا مطرق الشعرة . وقد تظهر تكلسات ، وتشكلات عظمية وتفاعلات لأجسام أجنبية .

**التشخيص التفريقي** : يفرق هذا الورم عن الليفوم الجلدي ، والظهاروم أو كيسـات الغمد الخارجي للشعرة ، والحبيبوم الحلقي تحت الجلد .

**المعالجة** : استئصال جراحي .

## أورام الغدد العرقية
## Sweat Gland Tumors

### الغدد العرقية الناتحة Eccrine Sweat Gland :

### الاسـطـوانوم ( الورم الاسـطـواني ) Cylindroma [ Ancell : 1842 و Spiegler : 1899 ] :

*المرادفات* : ورم سبيغلر ، ورم العمامة .

**الموجودات السريرية** : الاسطوانوم المفرد غير شائع ويتوضع عادة على الفروة عند الكهول . وغالباً ما يتظاهر على شكل ( أورام لماعة مستديرة متعددة ، بلون اللحم أو محمرة ، وهي مجردة من الأشعار ، وتتوضع بأعداد كبيرة على الفروة ( راجع الشكل ٥٤ – ٦ الصورة العلوية ) . وقد يتضخم العديد من هذه الأورام بشكـل واضح محيطاً بالرأس على شكـل عمامة Turban ( الأورام العمـاميـة ) ، ويكون الجلد المغطي لهذه الأورام لمّاعاً وضامراً ، ومغطى بتوسعات وعائية شعيرية ومجرداً من الأشعار . أما الأشكال الصغيرة لهذا الورم فتشبه الظهاروم الشعـري ، وتكـون أكثر توضعـاتها على الجبهـة والصـدغين ومنتصف الوجه ، وهي غير شـائعة على الجذع والأطراف ، وقـد تتقـرح الأورام الكبـيرة . وهي مرض عـائلي ( تنتقـل بـالصبغي الجسـدي السـائد غير المنتظـم ) . يصيب كلا الجنسـين ، ويبدو في سن الطفولة ، ويترقى بعدها باستمرار وببطء حتى سن الكهولة حيث يصبح ثابتاً . وكثيراً ما تتواجد الظهـارومـات الشعرية مع الدخينـات Milia على الوجه مع الأورام الأسطوانية عند المريض نفسه .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد جزر فصيصية وحبال من خلايا قاعدانيـة ، تحتوي على قطيرات هيالينية إيجابية الباس ، تحاط بغشاء هياليني عريض إيجابي الباس أيضاً . ومن المحتمل أن يكون الهيـالين من منشـأ ظهـاري ( اللامينين ، والنمط الرابع للكولاجين ) . وقد ظهر اسم الأسطوانوم في القرن التاسع عشر من جراء الطرائق المستعملة في ذلك الوقت من قبل المشرحين المرضيـين ( نماذج النسيج المتعطن ) ، في حين تبقى الأغشيـة الهيـالينيـة سـليمـة . تنشـأ الأسطوانومات كأورام عابيـة Hamartomas من الغدد العرقية الناتحة .

**التشخيص** : سهل عادة . وقد يختلط الأسطوانوم بالورام الليفي العصبي المعمم وكيسة الغمد الشعري الخارجي ( العصيدة ) .

**المعالجة** : استئصـال العقيدات الكبيرة . وإذا كان الأمر صعباً فمن الضرورة اللجوء إلى الجراحة الرأبية .

### الورم الغدّي ( الغدوم ) العرقي Syringoma :

*المرادفات* : الغدوم العرقي Hidradenoma .

إن الغدوم العرقي هو ورم وحماني شـائع يحدث عادة عند النسـاء . هذا وتوجد الغدومات العرقية على شكلين سريريين وهما : شكل متوضع حول الحجاج وشكل منتثر .

### الغــدوم ( الورم الغــدي ) العــرقي حــول الحجــاج Periorbital Syringoma :

*المرادفات* : الغدوم العرقي في الأجفان السفلية .

**الموجودات السريرية** : تكون الغدومات العرقية شائعة بشكل خاص على الأجفان السفلية ، حيث تبدو كعقيدات متعددة بلون الجلد أو أفتح قليلاً ( راجع الشكل ٥٤ – ٧ ) . أما قدّ هذه العقيدات فيتراوح ما بين ١ – ٢ ملم . وكثيراً ما شخصت خطأ على أنها لويحات صفراء Xanthelasmas أو دخينات Milia بسبب هذا التوضع . وأكثر ما يصاب بها النساء المسنّات .

**التشخيص التفريقي** : تميز عن اللويحات الصفراء والدخينات .

**المعالجة** : غالباً ما تكون غير ممكنة ، ويمكن أحياناً استئصالها جراحياً أو معالجتها بنجاح بالليزر .

## الغدوم ( الورم الغدّي ) العرقي المنتثر Disseminated Syringoma :

*مرادفات :الغدوم العرقي الطفحي* Eruptive hidradenoma .

**الموجودات السريرية** : تظهر في العادة مجموعات من الغدوم العرقي الطفحي . وقد تحدث هذه الأورام بشكل استثنائي بأعداد ضخمة معممة لدى عديد من المرضى وخاصة النساء ما بين ١٠ – ٣٠ سنة من العمر ( راجع الشكل ٥٨ – ٨ ) . أما أماكن توضعها المفضلة فهي : الأجفان ، ومقدمة العنق والصدر ، والمنطقة الشرسوفية ، وقد تظهر أيضاً على القضيب ، وحول الفرج أو على الأصابع . وغالباً ما يصاب الرجال بهذه الأورام . وتحدث الآفات المنفردة حيثما تتواجد الغدد العرقية الناتحة . وتتجلى بحطاطات قاسية ملساء ، بلون اللحم إلى الأحمر الخفيف أو اللون البني ( بسبب طبيعتها الكيسية ) ، وهي غير حاكّة . وقد لا تتبعثر هذه الغدومات عند بعض المرضى . لكنها تتوضع بشكل خطي في القطاعات الجلدية . ( مثل داء المنطقة ) أو في الأرباع Quadrants .

**التشريح المرضي النسجي** : إن التشريح المرضي النسجي لهذا الورم هو نفسه الذي يشاهد في الغدوم العرقي حول الحجاج ، حيث نجد في أعلى الأدمة عديد من الفراغات الكيسية المستديرة أو بشكل الفاصلة ( الشرغوف . فرخ الضفدع Tadpole ) . ويتركب جدار تلك الفراغات من طبقة مضاعفة من الخلايا الظهارية . وقد تحتوي على مواد متجانسة إيجابية الباس PAS . كما ترتشح الأدمة بحبال من الخلايا المشابهة للخلايا القاعدية .

**الإنذار** : لا يحدث تراجع عفوي لهذه الأورام وقد تترقى ببطء . ولا تتطور إلى خباثات .

**التشخيص التفريقي** : قد تقلد آفاته الاندفاعات الحطاطية للافرنجي الثانوي ، أو الشرى الصباغي ، أو ورم المنسجات الطفحي ، أو الغرناوية الحطاطية .

**المعالجة** : يستأصل الورم الغدي العرقي المنفرد . أما الغدومات العرقية المنتثرة فليس لها معالجة مرضية .

## الغدوم الحلزوني الناتح Eccrine Spiradenoma [ Kersting و Helwing 1956 ] :

**الموجودات السريرية** : يتظاهر هذا الورم الغدّي بعقيدات سطحية منفردة أو متعددة ، أو متوضعة على شكل مجموعات ، وهي عقيدات قاسية ، غير مؤلمة ، تأخذ لوناً مزرقاً . وتتوضع على الجذع أو على السطوح الانبساطية للعضدين . وغالباً ما تكون شديدة الحساسية حين لمسها . أما التشخيص فيعتمد بشكل كلّي على الفحص النسجي .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن كتل مستديرة من الخلايا في الأدمة العميقة وفي النسيج الخلوي تحت الجلد ، وتحدد هذه الكتل بشكل جيد بنسيج ضام وعائي . كما أنها تتضمن نوعين من الخلايا : خلايا إفرازية فاتحة اللون ذات نوى كبيرة ، وخلايا ظهارية عضلية غامقة اللون ذات نوى أليفة للأساس ، كثيفة صغيرة ، كروية أو مغزلية الشكل . أما الفحص بالمجهر الالكتروني فيؤكد أن هذه الخلايا ما هي إلا خلايا قاعدية عابية ، مشابهة لما نجده في الأسطوانوم .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن تؤخذ الأورام المؤلمة بعين الاعتبار مثل : العضلوم الأملس ، والورم الكبي وكذلك يجب تفريق كل من الأسطوانوم والظهاروم الشعري اللذين قد يحدثا أيضاً مترافقين مع الغدوم الحلزوني .

**المعالجة** : وتكون بالاستئصال الجراحي .

## المساموم ( أو الورم المسامي ) الناتح Eccrine Poroma [ Pinkus و Rogin و Goldman : 1956 ] :

**الموجودات السريرية** : غالباً ما يحدث هذا الورم الظهاري السليم على الأخمص ، ولكنه قد يحدث أحياناً على الأجزاء الأخرى من الجسم . ويتظاهر بعقيدة مرتفعة ، عديمة الأعراض ، ومحددة بشكل صريح عما حولها من الجلد السليم بواسطة ميزابة متقرنة . ويبقى الجلد المغطي لهذا الورم طبيعياً أو محمراً .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد مجموعة من الخلايا المتكاثرة ، والمحددة بشكل صريح ضمن البشرة ، وتتصف بنمط خلوي متعدد الأضلاع ( غنية بالغليكوجين مع نوى كثيفة اليفة الأساس ) ، ينمو الورم نحو الخارج ، وتشتق هذه الخلايا تطورياً من الطبقة الخلوية الخارجية للظهارة الداخلية

لأقنيــة الغــدد العــرقيــة ( الورم الغــدي العــرقي الطـرفي « الانتهائي » ) .

**المعالجة** : وتتم باستئصال الورم .

### ورم القــنـــاة الأدميـــة Dermal Duct Tumor

[ Winkelmann و Mcleod : 1966 ] :

ويتظـاهر هذا الورم على شكـل عقدة جلدية أدمية لحمية اللون . ويتمثل مجهرياً بتكاثر الخلايا القنوية .

## أورام الغدد العرقيـة المفـترزة Apocrine Sweat Glands Tumors :

### الغــدوم العــرقي القــنــوي الكـيـســي الحـليـمي Syringocystadenoma Papilliferum [ Elliot 1893 و Kreibich : 1904 ] :

*المرادفات* : الوحمة الغدومية العرقية الكيسية الحليمية ، الغدوم العرقي الثؤلولي الناسوري التنبتي ( داريه : 1920 ) .

إن هذا الورم الغدي يعود إلى الغدد العرقية المفترزة التي تميل للتمايز نحو أقنية الغدد العرقية المفترزة .

**الموجودات السريرية** : يتواجد هذا الورم عادة على الفروة أو الصـدغ ، وفي أحيـان كثيرة يمكن مشـاهدته على الوجنتين ، ويتظـاهر بشكـل آفة مرتشحـة صغيرة مفردة ومجردة من الأشعار ، وقد يكون سطحها ثؤلولياً أو متجلباً . هذا ويوجد أحياناً فتحة ناسورية صغيرة مع مفرزات تشكل جلبات بنية . ولا يمكن تأكيد تشخيص هذا الورم إلا بالخزعة فقط .

**التشريح المرضي النسجي** : ورم كيسي واضح التحدُّد ، يحوي على بشرة مع نمو حليمومي واضح ضمن الكيسة . أما بطانة الكيســة فتتكـون من خـلايـا مفـترزة ، ويغـلب في محتواها المصوريات .

**الإنذار** : حسن ، على الرغم من بعض المشاهدات عن إمكانية التحول نحو سـرطانة الخلية القاعدية عندما تكون الآفة تتعلق بوحمة ظهارية عضوانية Organoid ( وحمة مثّية ) .

**التشخيص التفريقي** : يفـرق عن ورم خـلل التقرن الثؤلولي Warty Dyskeratoma والذي يتـواجد ، على كل حـالٍ ، عند الأشخاص المسنين فقط .

**المعالجة** : وتكون بالاستئصال الجراحي .

### الغدّوم العرقي الحليمي Hidradenoma Papilliferum

[ Werth : 1878 ] :

*المرادفات* : الغدوم الأنبوبي للفرج ، الغدوم العرقي للفرج .

**الموجودات السريرية** : هو ورم الغدد العرقية المفترزة والذي يتظـاهر عند النسـاء على شكل ورم مستدير ، مَطّاطي ، بقدّ الكرزة على أبعد تقدير ، ويتوضع ضمن الجلد في الشفر الكبير أو منطقة ما حول الشرج . كما ذكرت آفة مشابهة تتوضع على القلفة ، تظهر الآفة بدءاً من البلوغ ، وبشكل مترقٍّ ، وخاصة في عمر من ٢٠ إلى ٥٠ سنة . أما العقيدة الصغيرة الحمراء أو الزرقاء ، والتي عادة ما تكون وحيدة داخل الجلد ، فإنها تنمو ببطء . كما أن الحكة غير شائعة ، أما التغيرات الثانوية التي تطرأ على العقيدة ، فإنها تؤدي لجعلها كمئية أو معنقة . ويمكن أن تتنخر أو تتآكل مما يؤدي بها إلى النزّ المستمر لسائل محمر مع ميلٍ لتشكل جلبات ، وتكون السورات الحيضية الاحتقانية مظهراً نمطياً لهذا الداء . وقد يتواجد الغدوم المفترز الأنبوبي على الفروة مترافقاً مع وحمة ظهارية .

**التشريح المرضي النسجي** : إن هذه الآفة ليست سوى ورم كيسي يتألف من أنابيب مرتبة كالغدد أو طيات من النمط المفترز في سدى Stroma النسيج الضام الخلوية .

**التشخيص التفريقي** : يفـرق عن الكيســوم العرقي الأسـود Hidrocystoma noise ( راجع الفصل ٥٣ ) .

**الإنذار** : لا مكان في هذا الغدوم لحدوث تحولات خبيثة .

**المعالجة** : وتتم بالاستئصال .

### الورام الغدي في الحلمة Adenomatosis of the Nipple

[ Collens Warren : 1905 ] :

*المرادفات* : الغدوم الكيسـي الحليمي داخل القنـاة ، الحليموم الحميد داخل القناة .

**الموجودات السريرية** : هو ورم حميد مكتسب ، شائع جداً ، وقد صـنف كورم عـابي ، وينشـأ من الأقنيـة المفـترزة لغدة الثدي ، ولهذا السبب اعتـبر مكـافئاً للغدوم العرقي الحليمي . وغالباً ما يصيب النسـاء ، وبأي عمر ، لكنه نادراً ما يصيب الرجال . وهو عادة وحيد الجانب ، ويتجلى بالتهاب خفيف في الثدي ، يترافق مع نجيج مصلي دموي ، وبالجس يمكن الشعور بعقيـدة صغـيرة أسفـل الحلمـة Nipple أما التـآكلات والتقرحات التي تطرأ على هذا الورم فهي غير شائعة ، مثل عدم شيوع تطوره إلى كتل كبيرة .

**التشريح المرضي النسجي** : عقدة غدومية ذات محفظة تتألف من ظهاروم عمودي أو مكعب غالباً ، إضافة إلى خلايا محيطية ظهارية – عضلية ، ولمعة غدّية .

**التشخيص التفريقي** : يجب نفي داء باجيت الحلمي ، الإكزيمة المزمنة للحلمة ، ويجب إجراء خزعة نسجية في الحالات المشتبه بها .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي .

**الغدوم الليفي للثدي Fibroadenoma of the Breast** :

**التعريف** : الورم الليفي والكيسي الحميد للثدي .

**الحدوث** : يُعدّ هذا الغدوم الليفي المرض الثالث الشائع للثدي بعد الأمراض الكيسية الليفية والسرطانات عند النساء . بينما تكون هذه الأورام نادرة عند الذكور .

**الإمراض** : لم يعرف سبب تكاثر غدد الثدي ، إلا أنه عند الحيوانات ، أحدثت الغدومات الليفية تجريبياً بالحمة الغدية Adenovirus من النمط التاسع أو من النمط D – الشبيه بجزيئات الحمة الخلفية Retrovirus .

**الموجودات السريرية** : عقيدات محددة يصل قطر الواحدة حتى بضع سنتيمترات ، وهذه العقيدات غالباً ما تكون وحيدة الجانب . أما عند الذكور فإن تضخم الثدي يكون مقلّداً للثدي Gynecomastia الوحيد الجانب وبشكل نمطي .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد فروع رئيسية وجانبية غير منتظمة للأقنية اللبنية ضمن حزم من الكولاجين . وغالباً ما تكون الأقنية مضغوطة ضمن بنية شبيهة بالفلعة Slit – like ونميز هنا بين نمطين : نمط داخل القنيات وآخر محيط القنيات .

**التشخيص** : ويعتمد تشخيص هذا الغدوم على كل من : الموجودات السريرية لعقيدة جيدة التحدّد متوضعة خلف الثدي ، تصوير الثدي ( الذي يبدي في الغالب تكلسات صغيرة ) ، التصوير بالمرنان Sonography ، والتشريح المرضي النسجي .

**الإنذار** : جيد .

**المعالجة** : جراحية ، ثم يجرى التشريح المرضي النسجي للخزعة الاستئصالية إذا كان ذلك ضرورياً ، وذلك لنفي وجود آفة سرطانية .

# الفصل الخامس والخمسون

# الآفات ما قبل السرطانية

# Precanceroses

د . صالح داود ، د . هدى منيني

وضع دوبرويل Dubreuilh مصطلح ، لحالات ما قبل السرطانية ليصف حالات سريرية متنوعة أظهرت الخبرة السريرية أنها تستحيل استحالة خبيثة بعد فترة زمنية طويلة أو قصرة . وأصبح هذا المصطلح نتيجة لذلك دالاً على تعبير سريري يعرف باسم الآفات ما قبل السرطانية ( الآفات محتملة التسرطن ) . وتتصف من الناحية النسجية المرضية بأنها آفات جلدية تختلف عن بعضها كثيراً وتتراوح من أعراض التهابية مع فرط تنسج ظهاري وحتى حدوث سرطانة لابدة ( موضعة ) C. in Situ وتعتبر العوامل التالية عواملاً هامة في منشأ الآفات ما قبل السرطانية ( الآفات محتملة التسرطن ) .

١ – عوامل شخصية ( وراثية ) ، ومثال ذلك درجة تصبغ الجلد ، وثخانة الطبقة القرنية .

٢ – عوامل بيئية : ومثال ذلك التعرض المزمن لأشعة الشمس أو التماس مع مواد مسرطنة .

٣ – تغيرات مرضية مزمنة في الجلد .

وثمة فرق بين الآفات محتملة التسرطن بنطاقها الضيق ( الآفات قبيل السرطانية الإجبارية ) والآفات محتملة التسرطن بنطاقها العريض ( الآفات قبيل السرطانات الاختيارية ) .

## الآفات محتملة التسرطن الإجبارية

## Obligate Precanceroses

تتوافق هذه الحالات تماماً مع تعريف دوبرويل Dubreuilh وهي لا تظهر أي ميل للشفاء العفوي ولهذا السبب ينبغي علاجها .

الحالات محتملة التسرطن ( قبيل سرطانية ) الإجبارية وتتضمن :

– *التقرانات Keratoses* : وهي تضم ما يلي :

التقرانات السافعة ، التهاب الشفة قبيل السرطاني ، التقرانات الشعاعية ، التقرانات في جفاف الجلد المصطبغ .

*التقرانات الكيميائية* : وتشمل التقرانات الزرنيخية والقطرانية .

– القرن الجلدي .

– داء بوفن .

– التنسج الأحمر لكيرات Queyrat's Erythroplasia .

– داء باجيت .

– الطلوان Leukoplakia .

– الشامة الخبيثة Lentigo maligna .

**التقران السافع ( الضيائي ) Actinic Keratosis [ Neumann 1869 ] :**

*المرادفات* : التقران الشمسي ، التقران الشيخي ، القرنوم الشيخي Keratoma senile .

**التعريف** : تحدث هذه الآفات بعد التعرض للشمس لفترة زمنية طويلة وذلك لدى الأشخاص ذوي الجلد الأشقر بشكل خاص فوق عمر يناهز الخامسة والأربعين عاماً ، وقد تتحول هذه الآفات إلى سرطانة وسفية الخلايا .

**الحدوث** : تحدث التقرانات السافعة لدى الأشخاص ذوي الجلد الفاتح الذين يحترق جلدهم بتأثير أشعة الشمس بسهولة ( نموذج I ) ، ونادراً ما يتسعفون بأشعة الشمس ، ومن النادر حدوث هذه الآفات لدى الزنوج ولا يوجد علاقة للجنس بالنسبة للإصابة بهذه الآفات . وهناك ميل لزيادة الحدوث لدى الذين يتعرضون بشكل مباشر للشمس لفترات طويلة مثل المزارعين ، البحارة ، وأدلة الجبال ( راجع الشكل ٥٥ – ١ ) .

لوحظ زيادة في عدد المصابين خلال العشرين عاماً الماضية في أمريكا وألمانية ، وقد يكون ذلك بسبب زيادة مزاولة النشاطات خارج المنزل وكثرة قضاء الإجازات على شواطىء البحار .

**السببيات والإمراض** : العلامات المشاهدة هي تلك التي تنجم عن التعرض للشمس بشكل مزمن وخاصة الأشعة ( UVB ) بأطوال ٢٨٠ – ٣٢٠ نانو متر . وتظهر عادة بعد فترة كمون تتراوح بين ١٠ – ٢٠ سنة . وهي لا تحدث أبداً على جلد طبيعي ، وإنما تحدث على جلد متنكس متعرض للشمس لفترات طويلة .

يعتقد أن الأشعة فوق البنفسجية تؤدي لحدوث تغيرات في المادة الوراثية للخلايا البشروية التي تتحول إلى خلايا لا نموذجية ( سرطانة لابدة In Situ ) . وهذه الخلايا اللا نموذجية تحل محل النسيج البشروي الطبيعي ببطء وتؤدي بالتدريج إلى اضطرابات في التقرن . وعندما تنفذ هذه الخلايا إلى الأدمة عبر الغشاء القاعدي . فهذا يعني حدوث سرطانة وسفية الخلايا .

**الموجودات السريرية** : تظهر هذه التقرانات على الجلد المعرّض

لشمس لفترة طويلة من الزمن مفردة أو مجتمعة ، وخاصة على جبهة أو على جلد الفروة الصلعاء ، وجسر الأنف ، وصيوان الأذن ، والوجنتين ، وظهر اليدين . وتختلف الصورة السريرية في التقران السافع حسب درجة التطور . حيث يمكن تمييز الأنماط التالية :

• *النمط الحمامي* ***Erythematous Type*** : يتماشى هذا المصطلح مع العلامات البدئية للمرض . وما تشاهده هو بقع دائرية أو بيضوية أو غير منتظمة الشكل ولكنها واضحة الحدود . هذه البقع ذات لون أحمر التهابي ويتخللها توسع شعريات ، وبالجس نجد سطحاً متقرناً خشن الملمس . وتكون الآفات في البداية بأقطار بضع ملمترات ولكنها تصبح فيما بعد بقياس ١ – ٢ سم . وهي تميل للنزف بالرضح البسيط .

• *النمط المتقرن* ***Keratotic Type*** : تصبح التقرانات أثخن مع مرور الوقت بحيث يختفي مظهر البقع الحمامية ، ونجد عوضاً عنها سطحاً متقرناً قاسياً بنياً متسخاً ضارباً للصفرة أو رمادياً ضارباً للسواد . وعند إزالة المادة القرنية يظهر تحتها سطح متشقق . وغالباً ما يظهر في محيطها حافة التهابية ضيقة .

• *نمط القرن الجلدي* ***Cornu Cutaneum Type*** : يكون التقرن واضحاً في هذا النمط ومسيطراً بحيث يتشكل قرن جلدي لدى المريض . ويحدث هذا النمط على حواف الأذنين والجبهة .

• *نمط التقران السافع الشبيه بالحزاز المسطح* ***Lichen Planus – Type Actinic Keratosis*** : يحدث هذا النمط على السطوح الباسطة للذراعين وعلى الوجه . ويشخص بناءً على الرشاحة الالتهابية المشابهة للحزاز المسطح .

• *النمط المصطبغ* ***Pigmented Actinic Keratosis*** : تظهر على الوجه وظهر اليدين بقع متقرنة بنية . وهذا التقرن القاسي يساعد في تمييزها عن التقران المثي المصطبغ .

**الأعراض** : لا توجد أعراض شخصية عادة . ومن النقاط الهامة هي إمكانية العثور على علامات جلدية أخرى تدل على تعرض الجلد الشيخي المديد لأشعة الشمس ( المران السافع ، فرط تصبغ أو نقص تصبغ ، وتوسع شعريات ) .

**التشريح المرضي النسجي** : الصورة النسجية للتقران السافع متنوعة . والنقطة الهامة هو أن العلامات تنجم عن تكاثر خلايا شاذة في الطبقات السفلى للبشرة . وحتى هذه المرحلة فإن الحالة تكون عبارة عن سرطانة لابدة ( موضعة ) في البشرة . وقد سميت سرطانة درجة $\frac{1}{2}$ . وحسب درجة امتداد التغيرات ، يمكن أن نميز النمط الضخامي ، والضموري ، والنمط البوفناني **Bowenoid type** . تقود اضطرابات التكاثر البشروي في جميع الحالات إلى حدوث سطح مفرط التقرن أو خطل التقرن وذلك في البشرة المصابة بالشواك أو الضمور . يكون ترتيب الخلايا مضطرباً أو غير منتظم . تبدي هذه الخلايا علامات شذوذ وغالباً ما تحتوي على تغيرات من خلل التقرن ، وقد يوجد انحلال أشواك أحياناً . ويزداد الدنا ( **DNA** ) في الخلايا القاعدية الكشمية **Anaplastic** وذلك في النوى بالإضافة لوجود تعدد أشكال النوى والخلايا ووجود انقسامات فتيلية **Mitoses** عديدة ( التسرطن القاعدي ) . نجد في الأدمة العليا مران سفعي مع رشاحة التهابية مزمنة مع عديد من المصوريات .

**السير** : سير التقران السافع بطيء . وقد تحدث الاستحالة الخبيثة بعد سنوات أو عقود من البدء كنتيجة للتكاثر والنمو الداخلي للخلايا الشاذة ، وهذا ما يؤدي إلى حدوث سرطانة وسفية الخلايا . لا تحدث هذه الاستحالة الخبيثة بشكل شائع . ويميّز سريرياً بالارتشاح ( تسمك ) أو بالتقرح في التقران السافع ونادراً ما تحدث النقائل .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريق التقران السافع عن التقران المثي الذي لا يبدي ميلاً للتحول الخبيث . ويحدث بشكل رئيسي على الجذع ويمكن أن يشاهد على الوجه وظهر اليدين ، وهو ذو ملمس دهني ، ولا يترافق بأعراض التهابية . وإذا كان هناك أي شك يجب إجراء خزعة لحسم التشخيص ( راجع الشكل ٥٥ – ٢ ) . ويجب تفريقه عن التقرانات الزرنيخية التي تصيب الراحتين والأخمصين بشكل رئيسي ، وقد تشبه التقرانات السافعة المعزولة الذأب الحمامي القريصي .

**الإنذار** : يجب وضع التشخيص بحذر ، لأن بعض الحالات قد تتحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .

**المعالجة** : يمكن استئصال التقرانات المفردة جراحياً أو تطبيق المعالجة القرية ( آزوت سائل أو ثلج فحمي ) . ويمكن إجراء التخثير الكهربي السطحي ولكن بحذر حتى لا تتشكل الندبات ، وهذا مهم من الناحية التزويقية . وتعطي الأشعة السينية اللينة نتائجاً جيدة ، ولكنها نادراً ما تستخدم وذلك خوفاً من إضافة تأثير إشعاعي آخر للآفة ذات المنشأ الضيائي أصلاً . ولقد أعطى العلاج بالبودوفيللين ٢٥٪ في ٧٠٪ إيتانول نتائج جيدة على أن يغسل بالماء بعد ٤ – ٨ ساعات . ويطبق بفواصل ١٠ أيام . ويطبق هذا الدواء لدى كبار السن .

إذا كان هناك العديد من التقرانات السافعة ، فيمكن تطبيق ٥ فلورويوراسيل موضعياً ، مرتين في اليوم لمدة ٣ – ٤ أسابيع . يؤدي هذا الدواء إلى حدوث التهاب تآكلي في المناطق المصابة يتبعه شفاء دون تندب . ويجب أن يعلم المريض بإمكانية حدوث تآكلات مؤلمة ، ويمكن في مرحلة الشفاء استخدام

كريم ستيروئيدي كما يجب وقاية العينْ . ومن الأهمية بمكان ، تجنب التعرض للشمس .

**التقرانات الشعاعية Radiation Keratoses ] :**

*المرادفات : تقرانات رونتجن ، تقرانات أشعة X .*

**التعريف :** تحدث التقرانات الشعاعية بعد سنوات في مناطق التهاب الجلد الشعاعي المزمن الناجم عن المعالجة بالأشعة X . كما تحدث في المناطق الجلدية المعرضة مهنياً لهذه الأشعة كما هو الحال لدى الجراحين أو الشعاعيين ( راجع الشكل ٥٤ - ٣ ) .

**الموجودات السريرية :** تظهر على الجلد المصاب بالتهاب شعاعي مزمن تقرانات قاسية لا يمكن إزالتها دون ألم ونزف .

**التشريح المرضي النسجي :** يكشف التشريح المرضي النسجي عن التهاب جلد مزمن مع تغيرات بشروية مشابهة للتقران السافع .

**السير والإنذار :** التقرانات الشعاعية ذات ميل للاستحالة إلى سرطانة وسفية الخلايا أكثر مما هو الحال في التقرانات السافعة . ولذلك يجب علاجها سريعاً قدر الإمكان .

**المعالجة :** ويتم بالاستئصال الجراحي . وإذا تطلب الأمر نجري جراحة تصنيعية . ويجب عدم المعالجة بالأشعة X .

**التقرانات في جفاف الجلد المصطبغ Keratoses in Xeroderma Pigmentosum :**

هذه الحالة هي شكل من الجلادات الضيائية وتتضمن اضطرابات وراثية في آليات ترميم الدنا DNA بعد الأذية الشعاعية . وعلى الرغم من أن التعرض الكلي للأشعة الشمسية أو الأشعة فوق البنفسجية يكون قليلاً ، إلا أن الأطفال يكون لديهم تقرانات مشابهة لما يشاهد في جلد المسنين الذين تعرضوا للأشعة فوق البنفسجية لفترة طويلة . ويظهر على المناطق المكشوفة ( الوجه ، ظهر اليدين ) نقص تصبغ وفرط تصبغ ، وتوسع شعريات ، ومران سافع ، بالإضافة إلى تقرانات سافعة . يمكن أن تتحول هذه التقرانات بسرعة إلى سرطانة وسفية الخلايا ، ولهذا فهي تؤدي إلى موت مبكر .

**التقرانات الزرنيخية Arsenic Keratoses :**

**التعريف :** هي آفات متقرنة ثؤلولية أو بقعية صغيرة تصيب بشكل رئيسي كلاً من الراحتين والأخمصين ، ويمكن أن تحدث أيضاً على أجزاء أخرى ، كما يمكن أن تترق إلى سرطانة وسفية الخلايا .

**الحدوث :** تتلو التناول المديد للزرنيخ أو الانسمام المزمن به .

**الإمراض :** تنجم عن الانسمام المزمن بالزرنيخ اللا عضوي . وفترة الحضانة يمكن أن تكون عدة عقود ( ١٠ - ٣٠ سنة ) . وتختلف كمية الزرنيخ المحدثة للتقرانات من شخص لآخر . وإن تناول الزرنيخ عن طريق الفم بشكل مستمر قد يكون ناجماً عن شرب الماء أو المشروبات الحاوية على الزرنيخ . وقد تكون بقايا محاصيل العنب التي تستخدم فيها مبيدات الهوام Pesticide الحاوية على الزرنيخ مسؤولة عن بعض الحالات أيضاً . ويحظر استعمال المبيدات الحشرية الحاوية على الزرنيخ في الوقت الحاضر . وقد ظهرت التقرانات الزرنيخية أيضاً لدى مرض الصداف الذين كانوا يعالجون بمحلول فوفلر Fowler أو بالحبوب الآسيوية Asiatic pills .

**الموجودات السريرية :** تحدث التقرانات بشكل رئيسي على الراحتين والأخمصين وتكون على شكل حطاطات قاسية متقرنة رمادية ضاربة للصفرة على مستوى الجلد بقياس عدة ملمترات . تصيب هذه التقرانات العنق ، والوجه ، والجذع أيضاً . وعندما يكبر حجمها أو تصيب مناطق أخرى فقد تصبح ذات سطح ثؤلولي أحياناً . وقد يكون لهذه التقرانات على الراحتين والأخمصين علاقة بآفات فرط التقرن المنتشرة ذات النمط الثفني التي تصيب الوجه الظهري لليدين والقدمين . وأوضح ما تكون التقرانات الزرنيخية على نقاط الضغط ( العقبين ، الأباخس ، واليدين ) وقد تعيق تشكيل قبضة اليد وتؤدي لتشكل شقوق مؤلمة .

**التشريح المرضي النسجي :** تشابه التقران السافع ، حيث تبدي البشرة فرط تنسج ، واضطراباً في ترتيب الخلايا البشروية وتفج فيها مع انقسامات فتيلية وتعدد في أشكال النوى وعلامات خلل التقرن . وكل هذه العلامات تؤدي إلى الالتباس مع داء بوفن . ولا تسمح العلامات المفردة بوضع التشخيص النسجي للتقران الزرنيخي . وإذا كان هناك نمو وغزو ، فإنه قد يشاهد سرطانة وسفية في الأدمة الملتهبة والمرتشحة .

**سير المرض :** السير مزمن . ويمكن حدوث الاستحالة إلى سرطانة وسفية حتى لو انقطع المريض عن تناول الزرنيخ لعدة سنوات . ومن المهم ذكره أن مرضى الانسمام بالزرنيخ المزمن قد يصابون أيضاً بسرطانات حشوية ( وخاصة في الرئتين ، والكبد ، والكليتين ، والمعثكلة ) .

**التشخيص التفريقي :** يجب تفريقها عن كل من : التقران الراحي الأخمصي وخاصة النوع المنتشر ، والثآليل الشائعة على الأخمصين ، والأشكال المتقرنة للحزاز المسطح ، والتقرانات السافعة على ظهر اليدين .

**المعالجة** : يجب استئصال هذه التقرانات جراحياً وإجراء الفحص النسجي . وإذا كانت التقرانات الزرنيخة منتشرة على الراحتين والأخمصين ، فيجب استعمال حالات القرنين أو إزالتها آلياً بعد استخدام صابون طري . كما يجب تجربة مراهم الترتينوئين Tretinoin . ومن المهم وضع مرضى التقرانات الزرنيخية تحت المراقبة تحسباً لحدوث استحالة خبيثة أو حدوث أي تأثيرات جانبية أخرى للزرنيخ مثل داء بوفن أو السرطانة قاعدية الخلايا . كما يجب فحص المريض بفواصل زمنية منتظمة بغية استقصاء حدوث سرطانات حشوية ، ويمكن استخدام الإترتينات في المعالجة والاتقاء .

**التقرانات القطرانية Tar keratoses :**

*المرادفات :* الثآليل القطرانية .

يملك القطران ومشتقاته المقطرة تأثيراً مسرطناً على الجلد عند استخدامها بشكل مديد . وقد يؤدي التعرض الطويل لهذه المشتقات إلى تشكل حطاطات متقرنة صغيرة ، وحتى حدوث تقرانات ثؤلولية الشكل ، وشوكومات ذات شكل يشابه الثآليل المسطحة أحياناً . كما يمكن مشاهدة الشوكومات القرنية أيضاً . تتوضع الآفات على الأجزاء المكشوفة من الجسم مثل الوجه ، والعنق ، والذراعين ، وظهر اليدين . كما يمكن لها أن تصيب جلد الصفن بسبب التماس المديد مع الملابس الملوثة بالقطران . وقد يكون لضوء الشمس تأثير إمراضي إضافي بسبب الفعل المحسس الضيائي للقطران . ويؤدي القطران إلى مخاطر خاصة لدى العاملين بالقطران وعمال المداخن . تعتبر التقرانات القطرانية والسرطانات القطرانية لدى عمال القطران وعمال المداخن والبارافين أمراضاً مهنية . وعلى الرغم من أن التعرض المديد للقطران يمكن أن يؤدي لتأثير مسرطن إلا أن التعرض قصير الأمد لا يسبب مشكلة وذلك حسبما دلت عليه الخبرة بطب الجلد على مدى مئة عام لأن هذا التعرض القصير الأمد لا يؤدي إلى حدوث تقرانات أو سرطانات قطرانية . وبما أن القطران حاوٍ على مواد محسسة للضياء ، لذلك ينصح المريض بتجنب التعرض للشمس بالنسبة للنواحي التي تجرى معالجتها ؛ لأنه يمكن أن يحدث التهاب جريبات أو عد قطراني في مثل هذه الحالة .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي لهذه التقرانات أو الجراحة الكهربائية .

**القرن الجلدي Cornu Cutaneum :**

*المرادفات :* قرن جلدي Cutaneous horn .

**التعريف** : القرن الجلدي هو تشخيص سريري . ويشير لنمو جلدي نحو الخارج وذلك بشكل يشبه قرن الحيوانات ويحتوي على مادة قرنية . غير أن التكون النسجي لهذا القرن مختلفاً .

**السببيات** : إن القرن الجلدي هو مصطلح متعدد الإمراضيات ، وقد يكون هذا القرن تظاهرة سريرية للأمراض التالية :

- سرطانة وسفية الخلايا متقرنة بطيئة النمو والتشكل .
- داء بوفن ذو ميل لحدوث التقرن .
- التقرانات السافعة مع وجود تقرن واضح .
- تقرانات على جلادات ندبية مثل الذأب الشائع ، التهاب الجلد الشعاعي ، أو الذأب الحمامي القريصي .
- التقرانات المثية والتقرانات المختلفة .
- ورم أم الشعرة Tricholemmoma .
- الثآليل الحُموية .

**الموجودات السريرية** : قد يقيس القرن الجلدي ٠,٥ – ١٥ سم طولاً وهو ذو لون أصفر وسخ أو بني ضارب للصفرة . وقد يكون عمودياً أو مائلاً على سطح الجلد أو ذا شكل هرمي أو أسطواني .

وغالباً ما يترافق بميزابات طولانية أو معترضة ، ونادراً ما نجد التهاباً في المحيط أو قاعدةً مرتشحة . أما التوضعات الرئيسية لهذا القرن فهي : الوجه ، والفروة ، والأذنين ، وأحياناً أجزاء أخرى من الجسم . يحدث القرن الجلدي بشكل مفرد وقد يكون نموه بطيئاً جداً يستغرق سنوات أو عقوداً ( راجع الشكل ٥٥ – ٤ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : كتل قرنية مفرطة التقرن أو خطلة التقرن تتألف من بشرة متسمكة ذات خلايا شاذة . ويمكن أن تكون الطبقة الحبيبية مضطربة البنية أو غائبة . وعندما يحدث غزو الخلايا الشائكة للأدمة فهذا يعني بداية الاستحالة الخبيثة إلى السرطانة وسفية الخلايا .

**سير المرض** : القرن الجلدي مرض مزمن يمكن أن يستحيل إلى سرطانة وسفية الخلايا وتشخص هذه الاستحالة سريرياً بحدوث الارتشاح في قاعدة القرن ولهذا يجب علاج كل حالات القرن الجلدي .

**الإنذار** : يشير حدوث الالتهاب في محيط القرن والقاعدة المرتشحة بشدة إلى الخباثة .

**المعالجة** : استئصال جراحي مع إجراء فحص نسجي . والنتيجة النسجية هي التي تقرر الإجراء التالي ( متابعة المريض فقط ، أو استئصال جراحي أوسع ) .

**داء بوفن [1912] Bowen's Disease :**

**التعريف** : مرض التهابي مزمن ذو شكل صدافي أحياناً . ينجم

عن وجود سرطانة داخل بشروية ذات قدرة على الغزو ، وقد يستحيل إلى سرطانة بوفن .

**الحدوث** : داء بوفن مرض شائع ، يحدث لدى كبار السن ، ويعتقد بأن سببه تناول المركبات الزرنيخية لفترات زمنية طويلة ، مثال : علاج سابق بالزرنيخ في مرض الصداف أو حتى فقر الدم ، وفي القوت كما هو الحال في تناول المشروبات الحاوية عليه .

**الإمراض** : المرض هو سرطانة لابدة ( موضعة ) ، أي أن هناك تكاثراً في خلايا شاذة من نمط خلل التقرن ضمن البشرة المتسمكة . تحدث سرطانة بوفن نتيجة امتداد هذه الخلايا لما بعد منطقة الغشاء القاعدي وذلك من جراء غزوها للنسيج الأدمي ونموها المخرب .

**الموجودات السريرية** : قد يصيب هذا الجلاد المزمن والمترقي بشكل بطيء جداً ، أي جزء من الجلد أو المخاطيات ، وخاصة : الجذع ، والوجه ، والجبهة ، والصدغين ، والأصابع ( راجع الشكل ٥٥ — ٥ ) . وتصل نسبة الإصابة المفردة حتى ٦٠٪ من الحالات وتكون الآفات متعددة في ٤٠٪ من الحالات . يتراوح قدّ هذه الآفات بين ٢ — ٥ ملم وحتى ٥ — ١٠ سم . وهي ذات حدود واضحة وقد يكون لها شكل غريب أحياناً ، أو تكون حلقية الشكل بسبب الأوب المركزي . وقد تُحدث الآفات الصغيرة القريبة من بعضها أشكالاً متلاقية ، وقد تكون ذات حوف متعددة المراكز . تكون الآفة الملتهبة المفردة مرتفعة قليلاً ومغطاة بوسوف أو جلبات ، بيضاء ضاربة للصفرة أو رمادية مبيضة . ولهذا فقد تشابه الصداف سريرياً . ويمكن مشاهدة سطح أحمر رطب متآكل بعد إزالة الوسوف ، وقد يكون متقرناً أحياناً أو حليمومياً . والتقرح نادر الحدوث ، ويكون مؤشراً على حدوث سرطانة بوفن Bowen's Carcinoma إن وجد . يمكن مشاهدة بقع مشابهة أخرى على المخاطية الفموية ، والفرج ، والحشفة وقد تبدي هذه المناطق سطحاً متقرناً مشابهاً للطلاوان .

**الأعراض** : حكة في بعض الأحيان .

**التشريح المرضي النسجي** : يكشف التشريح المرضي النسجي عن طبقة متقرنة خطلة التقرن أو مفرطة التقرن وتحتها بشرة متسمكة شواكية ذات استطالات بشروية متثخنة وغير منتظمة ، ضاغطة لحليمات النسيج الضام وهذا ما يجعل الأخيرة ضيقة ومتطاولة . تفقد البشرة المتثخنة شكلها الطبيعي وتتميز بوجود الخلايا الظهارية الشاذة . ويلاحظ وجود خلايا بشروية متعددة في أشكالها النووية المتعددة ضمن الخلايا المتكاثرة ، والخلايا العرطلة ذات النوى العديدة شائعة المشاهدة . ويوجد أيضاً خلل تقرن نمطي مع تقرن خلوي مفرد . والانقسامات الفتيلية أمر شائع وقد تكون ثلاثية القطب أو غريبة الشكل . نجد أيضاً تفاعل واضح في اللحمة باللمفاويات والمصوريات وذلك في الأدمة العليا . وإذا غزت الخلايا الظهارية الشاذة الغشاء القاعدي والأدمة ، فهذا يشير إلى حدوث سرطانة بوفن .

**سير المرض** : سيره مزمن . وتحدث الاستحالة بوجه عام بعد عدة سنوات . والسرطانات الحشوية شائعة أيضاً لدى مرضى بوفن ، ومن الأماكن الشائعة للسرطانات الحشوية هي : السبيل التنفسي ، والمعدي المعوي ، والبولي التناسلي .

**الإنذار** : يجب أن يوضع الإنذار بحذر . فقد تستمر الآفات بنفس الشكل لعدة سنوات ولكن قد تتطور في نهاية الأمر إلى سرطانة بوفن التي تميل للانتقال إلى العقد اللمفية ، وهي ذات إنذار سيء . ومن المهم أن يشك الطبيب بقصة تناول للزرنيخ بشكل مديد لدى المصاب بداء بوفن . ويجب البحث عن سرطانات حشوية عند هؤلاء المرضى .

**التشخيص التفريقي** : إن الاختلافات في المظاهر السريرية لداء بوفن كبيرة ، والقصة مهمة في التشخيص ( استمرار الداء سنوات مؤشر على داء بوفن ) . ويجب تفريق داء بوفن عن كل من : الصداف الشائع ، والإكزيمة المثية أو صدافية الشكل ، والتقرانات السافعة ، والذأب الحمامي ، والذأب الشائع ، والطفحة الإفرنجية الدرنية الساعية Tuberoserpiginous Syphilid ، ويبقى التشريح المرضي هو الذي يحسم التمييز بين جميع هذه الحالات .

**المعالجة** : لا تُظهر الآفات أي ميل للتراجع العفوي بل على العكس من ذلك ، فهي ذات ميل للتحول الخبيث ، وهذا يتطلب تدخل الطبيب . ويمكن استئصال الآفات المفردة جراحياً أو بالجراحة الكهربائية مع حدود أمان كافية . وقد نحصل على نتائج مرضية بإجراء تخثير كهربي مع تجريف . ويمكن استخدام الجراحة القرية . باستخدام الثلج الفحمي أو الآزوت السائل . ويمكن تطبيق ٥ فلورويوراسيل . ويستجيب داء بوفن لأشعة X اللينة بشكل جيد أيضاً . ويمكن تطبيق ذلك على المرضى المسنين ، حيث تعطى أشعة X المجزأة ، وبجرعة كلية ٤٠ — ٦٠ Gy [ بمقدار ٣ — ٥ Gy يومياً ] ، نتائج جيدة .

## أحمرية كيرات Erythroplasia [ Queyrat 1911 ] :

*المرادفات :* الظهاروم الحليمي العاري [ داريه وفورنيه 1893 ] .

**التعريف** : مرض شبيه بداء بوفن يصيب الحشفة والقلفة والفرج والشرج ( راجع الشكل ٥٥ — ٦ ) . ويتصف نسجياً بأنه سرطانة لابدة ( موضعة ) C. In Situ ومن الشائع تحوله

ن سرطانة غازية وسفية الخلايا .

**الحدوث** : يصيب عادة الذكور غير المختونين فوق سن الأربعين . وقد يصيب النساء في منطقة الفرج ونادراً ما يصيب مخاطية الفموية أو الشرج .

**المسببات** : هو مرض يصيب المخاطية الانتقالية بين الجلد والأغشية المخاطية ويعتبر سرطانة لابدة ( موضعة ) . وبالمقارنة مع داء بوفن فإن حدوث خلل التقرن والتقرن أمر قليل المصادفة على سطح الآفة .

**الموجودات السريرية** : تحدث الآفات بشكل مفرد وبأحجام مختلفة ، شكلها مدور أو غير منتظم ، ولكن حدوده واضحة . يكون سطح الآفة أحمر عبقاً ، ناعماً ، لماعاً ، ومحبباً ، وترتفع الآفة أحياناً وهذا يدل على التسرطن .

**التشريح المرضي النسجي** : يتصف التشريح المرضي النسجي هذه الأحمرية بضخامة الطبقة الشائكة مع تثخن وتطاول الاستطالات البشروية وتآكل سطحي أحياناً . وتكون حليمات النسيج الضام ضيقة ومبطنة ببعض الخلايا الظهارية وهذا ما يجعل الشعيرات الحليمية موجودة مباشرة تحت سطح الجلد ( وهذا ما دعى لتسمية المرض بالظهاروم الحليمي العاري ) وتُظهر البشرة الشواكية تغيرات مشابهة لداء بوفن ( تعدد أشكال النوى ، خلايا شاذة وانقسامات فتيلية ) ، وقليل من التغيرات بخلل التقرن ، ووجود مناطق من الخلايا القاعدانية المتميزة . وتبدي الأدمة تفاعل لحمة واضح باللمفاويات لمصوريات .

**سير المرض** : يميل هذا الداء بشكل واضح للانتقالات ، وهذا يهبه إنذاراً سيئاً أكثر مما هو الحال في داء بوفن .

**التشخيص التفريقي** : يدخل في التشخيص التفريقي لهذا الداء كل من : الصداف الشائع ، والتهاب الحشفة والقلفة المصوري المحدد ، والحطاط البوفناني التناسلي ، والتهاب الحشفة التآكلي ، والحزاز المسطح ، والاندفاع الدوائي الثابت ، كما يجب استبعاد السرطانة وسفية الخلايا S.C.S. أولاً . ويجب إجراء خزعة لإثبات ذلك .

**المعالجة** : يجب معالجة المريض فوراً بسبب إمكانية حدوث الاستحالة إلى سرطانة وسفية الخلايا . ويتحقق نجاح المعالجة بالجراحة مع إجراء جراحة تصنيعية . أما الجراحة الكهربائية والبرودة وتطبيق ٥ فلورويوراسيل ، فكلها إجراءات يمكن استخدامها . ونادراً ما تستخدم أشعة X . ومن المهم متابعة المريض بشكل لاحق وفحص العقد اللمفية .

### داء باجيت [ 1874 ] Paget's Disease

*المرادفات* : داء باجيت في الحلمة .

**التعريف** : آفات وحيدة الجانب عادة ، تترق ببطء وذات حدود واضحة ، وتشبه التهاب الجلد المزمن في ناحية الحلمة ، ومنطقة اللعوة ، والمنطقة المحيطة . وهو يمثل سرطانة غدية داخل بشروية .

**الحدوث** : غير شائع . يصيب النساء عادة فوق سن الأربعين ، ويندر حدوثه لدى الرجال .

**الإمراض** : كان داء باجيت يعتبر على أنه حالة محتملة التسرطن ( قبيل سرطانية ) ويجب اقتصار تكاثر خلايا باجيت ضمن البشرة دون غزو . غير أن وجود سرطانة ثدي مستبطنة ، دعى إلى عدم اعتبار داء باجيت على أنه حالة قبيل سرطانية . وإنما هو سرطانة بشروية تصيب الأقنية الثدية . ويفترض أن خلايا باجيت تدخل البشرة من سرطانة في الأقنية الغدية الثديية . ولهذا فالنمو المرتشح في النسج المحيطة ، والتالي لهذا الداء ، يعقبه حدوث انتقالات .

**الموجودات السريرية** : ينشأ هذا المرض على الحلمة أو اللعوة ( راجع الشكل ٥٥ ـ ٧ ) . ويتظاهر في البداية على شكل بقعة صغيرة التهابية حاكة أو مؤلمة مغطاة بوسوف وجلبات . يزداد حجم البقعة ببطء . ويحدث لدى المريضة آفة شبيهة بالإكزيمة أو بالتهاب الجلد . تصبح البقعة بعد ذلك أكبر ، وتكون قوسية أو مدورة الشكل ، ولكنها تبقى واضحة الحدود . ويغزو الورم الثدي . ويشير ظهور آفات عقيدية أو تقرحية إلى الغزو . وغالباً ما يؤدي جس الثدي إلى اكتشاف العقيدات . ومن المهم أيضاً جس العقد اللمفية الناحيوية .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد خلايا باجيت في البشرة المتثخنة قليلاً وبشكل رئيسي في الطبقة المالبيكية . وخلايا باجيت هي خلايا كبيرة مدورة نيّرة ذات هيولى شاحبة وذمية ونوى بيضوية كبيرة فاقدة لجسيمات الوصل والألياف الموترة . ويظهر التلوين بالباس PAS أن الهيولى تحتوي على سكاريدات عديدة حيادية وغليكوجين . وتحوي الخلايا على مخاطين ومستضد التسرطن الجنيني . يمكن لخلايا باجيت أن تنمو أيضاً في الملحقات ومن ثم في جريبات الأشعار ، وفي أقنية الغدد العرقية أو أقنية الغدد الثديية . لا يوجد في البشرة تغيرات من خلل التقرن . يوجد تفاعل التهابي متغير في الأدمة العليا .

**سير المرض** : سيره أفضل من سرطانة الثدي لأن طور النمو في الأقنية وفي البشرة يدوم لفترة أطول مما هو الحال في سرطانة الثدي .

**التشخيص** : تقودنا الإكزيمة وحيدة الجانب المزمنة في الحلمة أو اللعوة إلى الشك بداء باجيت ويجب اللجوء للتشريح المرضي في حال وجود مثل هذا الشك .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن نفرقه عن الإكزيمة المزمنة التي غالباً ما تكون ثنائية الجانب وناجمة عن أرج بالتماس ( تطبيق مراهم على الحلمة أثناء الحمل والإرضاع، أرج صباغ الثياب ). ويجب تفريقه عن التأتب والجرب . توحي الآفة وحيدة الجانب واضحة الحدود على جلد سليم بداء باجيت وكذلك الأمر بالنسبة لوجود حلمة مسطحة ، أو عند وجود مقاومة للعلاج بالستيروئيدات . كما يجب تفريقه عن داء بوفن ، وسرطانة الخلية القاعدية المتأكزمة ، وعن الغدوم الحليمي القنوي في الثدي ( داء باجيت الكاذب ) وعن الصداف الشائع .

**المعالجة** : يفضل إجراء استئصال للثدي مع تجريف للعقد اللمفية وذلك بسبب الإنذار في داء باجيت . ولا يستحسن إجراء استئصال جزئي أو إجراء تشعيع للآفة .

### داء باجيت خارج الثدي Extramammary Paget's Disease :

مرض نادر جداً ، يصيب مناطق الغدد العرقية المفترزة مثل الناحية الشرجية التناسلية ، والإبطين ، وأحياناً منطقة السرة . وهو أكثر شيوعاً لدى النساء وله نفس الصفات الشكليائية لداء باجيت في الثدي .

**التشريح المرضي النسجي** : داء باجيت خارج الثدي هو سرطانة أقنية الغدد العرقية المفترزة . ويترافق مع غزو كل من البشرة والقسم الغدي للغدد العرقية المفترزة بالخلايا السرطانية ( خلايا باجيت ) . والنقطة الهامة هي أنه يوجد في ٢٠٪ من حالات داء باجيت في المنطقة الشرجية التناسلية سرطانة بدئية في عضو آخر ، وخاصة في المستقيم ، أو الإحليل ، أو المثانة ، أو عنق الرحم . والنقائل شائعة .

**التشخيص التفريقي** : يجب تفريقه عن الإكزيمة المزمنة ، والمذح ، وداء بوفن .

**المعالجة** : استئصال المنطقة المصابة مع هامش واسع من النسيج السليم .

### الطلاوان Leukoplakias :

**التعريف** : يحدث الطلاوان على مخاطية حقيقية أو انتقالية ويمكن أن يترقى إلى سرطانة وسفية الخلايا . والطلاوان هو مقدمة للسرطان ، إلا أن هناك حالات من الطلاوان ذات إنذار حميد نسبياً . يمكن أن يصيب الفم وخاصة لدى مدخني الغليون ، أو قد ينجم عن عامل آلي بسبب التخريش المزمن لأسنان معيبة . أو بدلة سنية . ويمكن أن يحدث الطلاوان أيضاً في الناحية الشرجية التناسلية .

**الحدوث** : يختلف تواتر الإصابة بالطلوان من بلد لآخر اختلافاً بيناً . وتحدث الإصابة فيما بين ٤٠ – ٧٠ سنة من العمر . وقد وجد من خلال دراسة أجريت في ألمانيا أن الإصابة في الذكور هي ضعف الإصابة لدى الإناث .

**السببيات** : ينشأ الطلاوان بسبب تخريش مزمن خارجي المنشأ ناجم عن عوامل فيزيائية أو كيميائية ( مثال : الأذية الآلية الناجمة عن وجود أسنان نخرة أو بدلات سنية سيئة . أما الأذية الكيميائية فتنجم عن التدخين ، ومضغ التبغ أو استنشاقه ) .

**الإمراض** : يؤدي التخريش المزمن الكيميائي أو الفيزيائي إلى حدوث تسمك بشروي مترقٍ مسطح ، وغالباً ما يترافق بتبدلات التهابية ودرجات متفاوتة من خلل التنسج . وإذا كان هناك ضياع كامل للطبقة الظهارية فقد يتشابه المنظر كثيراً مع داء بوفن . وقد يشخص الطبيب الآفة على أنها سرطانة لابدة ( موضعة ) في البشرة . وإذا حدث غزو للغشاء القاعدي ، فالتشخيص هو سرطانة وسفية الخلايا . وقد يتشابه مع كل من السرطانة الثؤلولية والورام الحليمي الفموي المزدهر .

**الموجودات السريرية** : تحدث الآفة عادة بشكل مفرد في المخاطية الفموية . وأكثر المناطق إصابة في المخاطية الفموية هي الناحية خلف زاوية الفم والمناطق الجانبية من هذه المخاطية . ويمكن أن تحدث الآفات في المخاطية الانتقالية وخاصة على الشفتين ، وعلى المخاطية التناسلية ( البظر ، الشفرين الصغيرين ، المهبل ، القلفة أو الحشفة ) .

يمكن تمييز الأشكال التالية من الطلاوان :

١ – *الطلاوان البسيط* : ويتظاهر على شكل لويحات مسطحة ، متجانسة ، مرتشحة قليلاً ، وواضحة الحدود ، بيضاء اللون . وقد ترتشح وتتسمك مع مرور الوقت ( راجع الشكل ٥٥ – ٨ ) .

٢ – *الطلاوان المنقط* : سطح منقط غير منتظم ، ويتظاهر على شكل لويحات رمادية ضاربة للحمرة . يبدي هذا النوع من الطلاوان خلل تنسج ظهاري أكثر وضوحاً ، وميلاً أكبر للتنكس الخبيث ( راجع الشكل ٥٥ – ٩ ) .

٣ – *الطلاوان الثؤلولي* : يتميز بسطح قاسٍ ثؤلولي غير منتظم ناجم عن النمو الحليمومي الخارجي أو الحليمي الداخلي . ويجب الشك بحدوث السرطانة وسفية الخلايا إذا كانت القاعدة مرتشحة ارتشاحاً قاسياً . وهناك احتمال مستمر للتحول إلى سرطانة ثؤلولية . ويصيب الطلاوان الحليمومي بشكل رئيسي النواتىء السنخية ، في ناحية أرض الفم والحنك .

٤ – *الطلاوان التآكلي* : وهو عبارة عن بقع متآكلة . وتحدث نفس الآفات في الأعضاء التناسلية لدى النساء والرجال وقد تتشارك مع داء المبيضات .

**الأعراض** : غائبة عادة .

**التشريح المرضي النسجي** : فرط تنسج ظهاري وخلل تنسج فيه ( خلل تقرن ، تعدد أشكال الخلايا ، فرط تصبغ النوى مع تعدد أشكالها ، انقسامات فتيلية عديدة وشاذة ) . ويمكن أن تميز الطلاوان المسطح والحليمومي داخلي النمو ، أو خارجي النمو وهو المتشكل الأندر ، وذلك بالتوافق مع طراز النمو . يكون اللون الأبيض ناجماً عن فرط التنسج الظهاري مع تسمك الطبقة القرنية ـ وكثيراً ما يوجد تفاعل التهابي شديد تحت البشرة المؤوفة . وإذا ما أدى خلل التنسج الظهاري إلى تحطيم كامل للظهارة المطبقة الطبيعية فقد يؤدي إلى حدوث سرطانة لابدة ( موضعة ) C. In Situ .

**السير والإنذار** : السير مزمن . يكون الطلاوان الالتهابي أو الكيماوي المنشأ أسوأ إنذاراً من الطلاوان الآلي المنشأ ، وذلك لأن الأخير يبدي تسمكاً بشروياً ثفني الشكل ، ويعطي مظهر طلاوان مسطح سريرياً . إن نسبة حدوث سرطانات التجويف الفموي الناشئة على طلاوان تبلغ ٣٠٪ من السرطانات الفموية . وغالباً ما تكون السرطانة موجودة في الآفة أصلاً إذا أبدت هذه الآفة ارتشاحاً واضحاً محسوساً .

ولقد لوحظ أحياناً حدوث تراجع في الطلاوان بعد إيقاف التدخين .

**المضاعفات** : يعتبر الإنتان بالمبيضات البيض أحد المضاعفات في الطلاوان الثؤلولي ، ولهذا السبب اقترح أن المبيضات البيض قد تسبب طلاوان لدى المرضى كبار السن فاقدي الأسنان . وعلى أية حال ، فإن الخمج بالمبيضات يكون ثانوياً ويحدث خاصة على الطلاوان الثؤلولي الذي يبدي خلل تنسج ظهاري أكثر وضوحاً .

**التشخيص** : يسبب الطلاوان حدوث تغيرات سطحية . وإن التسمك الظهاري الأبيض مميز ، غير أنه لا توجد معايير مطلقة للتشخيص . يجب تمييز الحالة عن كل من : السلاق ، والحزاز المسطح ، والإفرنجي الثانوي ، والذأب الحمامي القريصي ، والطلاوان الفموي المشعر . كما يجب إجراء خزعة لوضع التشخيص الأكيد . والطلاوان الفموي المشعر في الخمج بالخمة HIV لا يعتبر حالة مقدمة للسرطان .

**المعالجة** : العلاج المفضل هو الاستئصال الجراحي مع هامش أمان من المخاطية الطبيعية ، ويوصى بالجراحة القرية أيضاً . ثمة محاولات لاستخدام فيتامين A داخلاً ( ٣٠٠٠٠٠ وحدة/يوم ) لعدة أشهر مع مراقبة حدوث التأثيرات الجانبية ، وخاصة الكبدية منها . وكذلك يمكن استخدام الإترتينات بمقدار ٠,٦ ـ ١ ملغ/كغ يومياً . ويمكن استخدام أشعة X اللينة لدى بعض المرضى ، ولكن استخدامها يتطلب جرعات عالية .

**الشـامة الخبيثة Lentigo Maligna [ Hutchinson 1892 ] :**

*المرادفات* : الملان المحدود مقدمة السرطان ( Dubreuilh 1912 ) ، مقدمة السرطان الملاني .

**التعريف** : الشـامة الخبيثة مرض مقدمة للخباثة Premalignant بطيء النمو ينجم عن تكاثر خلايا ملانية شاذة داخل البشرة . ويمكن لها أن تترقى إلى ملانوم خبيث ( ملانوم الشامة الخبيثة ) .

**الحدوث** : يصيب المرض البيض عادة . والنساء أكثر إصابة من الرجال . والعمر المتوسط للإصابة هو ٦٠ سنة . الآفات بطيئة النمو وتحدث على وجه الحصر تقريباً على مناطق الجسم المعرضة للشمس لمدة طويلة . ولهذا يعتبر التعرض للشمس ذا أهمية إمراضية في هذا المرض .

**الإمراض** : يوجد تكاثر في الخلايا الملانية الشاذة في منطقة الطبقة القاعدية من البشرة .

ولهذه الخلايا قدٌّ وشكل مميزين ، وتبدي تعدّد أشكال في نواها وخلاياها . وهي تعتبر ملانوم لا بد ( موضع ) M. In Situ . ويمكن لهذه الخلايا أن تتكاثر في البشرة وتغزو الأدمة مشكلة ملانوم الشامة الخبيثة . ومن غير المعروف نسبة هذا التحول .

**الموجودات السريرية** : تحدث الآفة بشكل رئيسي على الوجه ( الشكل ٥٥ ـ ١٠ ) ، ولكنها قد تحدث أيضاً على الأطراف السفلية لدى النساء ، وتكون بشكل بقع أو لويحات بنية ضاربة للسواد تزداد تدريجياً في حجمها . تتميز الصورة النمطية للشامة الخبيثة بتعدد الألوان ضمن الآفة بحيث نشاهد اللون البني الغامق والفاتح واللون الأسود . مع وجود بعض المناطق المنقطة أو الشبكية . وعادة ما تكون الحدود غير واضحة ولكنها قد تكون واضحة ومقوسة أحياناً . لا توجد علامات تدل على التراجع في البقع المؤوفة . وإن كلاً من تبدل لون الآفة نحو اللون الأسود الغامق ، أو حدوث شذوذات في بنية سطح الجلد المؤوف ( ارتفاعه أو تقبيه ) أو ارتشاح بسيط في هذه الآفة يقترح حدوث ملانوم الشامة الخبيثة .

**الأعراض** : غالباً ما تكون الآفة غير عرضية ، غير أنه يمكن أن تحدث حكة خفيفة .

**التشريح المرضي النسجي** : تحتوي الطبقة القاعدية للبشرة الضامرة على خلايا ملانية لا نمطية ذات نوى كبيرة غريبة

وهيولى شاحبة . وتوجد في البشرة مناطق تحتوي على خلايا معزولة ) وهذه الخلايا لا تعبر الغشاء القاعدي ، وقد تترافق بتفاعل التهابي شديد اللمفاويات والبلاعم الكبيرة . وغالباً ما تحتوي الأدمة العلياعلى كمية وافرة من الصباغ موجودة في بالعات الملانين . وتترافق دوماً بمران سافع . ومع تقدم مرحلة المرض تصبح لا نمطية الخلايا أكثر وضوحاً وتؤدي إلى تشكيل أعشاش خلوية وتهاجر إلى الأسفل على مسار جريبات الأشعار . وعندما يتم غزو الغشاء القاعدي فهذا يعني حدوث ملانوم الشامة الخبيثة .

**سير المرض** : الشامة الخبيثة بطيئة النمو ، وهناك حالات غير نادرة استمرت لفترة ١٠ ـ ٢٠ سنة . من الأمور الشائعة أن المرضى المتقدمين في السن والذين لديهم ، شامة خبيثة سوف يموتون قبل تطورها إلى ملانوم الشامة الخبيثة . ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن حوالي ٢٥ ـ ٣٠٪ من الحالات سوف تترق إلى ملانوم . ويمكن أن تنقضي سنوات أو عقود قبل حدوث النقائل .

**التشخيص** : توجه القصة الطويلة إلى التشخيص . من النقاط الهامة أن الشامة الخبيثة تكون غير واضحة الحدود ذات ألوان بنيّة وسوداء ولكن دون وجود أي علامات دالة على التراجع أو الالتهاب . وإذا لم تحدث الآفة على الوجه ، فهذا قد يثير الجدل حول التشخيص : وغالباً ما يكون الملانوم السطحي المنتشر موجوداً في هذه الحالة . وإذا أظهرت الشامة الخبيثة وجود عقيدات أو حطاطات محددة فهذا يعني تطورها إلى ملانوم الشامة الخبيثة .

**التشخيص التفريقي** : ويجب تفريق هذا الملانوم عن الملانوم السطحي المنتشر الذي يعتبر التشخيص التفريقي الأكثر أهمية ، حيث أن هذه الآفة تبدي أيضاً تعدداً في ألوانها ، ولكنها ، من جهة أخرى ، تكون مميزة بشكل كبير عن الجلد السليم المحيط بها ، وذلك بحدودها القوسية أو تكون متعددة الدوائر وهي ذات امتدادات بؤرية لسانية الشكل . كذلك فإن لون الشامة الخبيثة يكون واضحاً ونمطياً جداً ، ويتألف من لون بني ضارب للسواد وحتى اللون الرمادي ، والأسود الضارب للزرقة ، واللون الأبيض ( علامة التراجع ) ، وغالباً ما نجد اللون القرنفلي أو الأحمر ( تفاعل التهابي ) . ويمكن أن تكون هذه الآفات مرتفعة عن سطح الجلد بشكل غير منتظم ، وأن يكون لها مظهراً ثؤلولياً . ويجب تفريقها عن التقران المثي المصطبغ ، والشامة الشيخية ، والشوكوم الملاني Melanoacanthoma ، والتقران السافع المصطبغ .

**المعالجة** : الشامة الخبيثة هي آفة بشروية مسطحة في بدايتها ، ولكن من جهة أخرى ، يجب أن نتذكر أن الخلايا اللا نمطية قد تخترق الغشاء القاعدي وتصل إلى غمد جذر الشعرة وإلى الغدد العرقية الناتحة ، وذلك نتيجة تكاثرها .

ويجب استئصال الآفات الصغيرة جراحياً ، أما الآفات الكبيرة فتستأصل ويجرى بعدها جراحة تصنيعية . ومن المعالجات الأخرى الأقل استعمالاً هي : المعالجة الكيميائية ، الجراحة الكهربائية ، والكي الحروري ، والمعالجة القرية ( بواسطة الآزوت السائل ) .

كذلك يمكن الحصول على نتائج جيدة باستخدام أشعة X اللينة ، وحسب رأي ميشر Mischer يحتاج المريض إلى ١٠ ـ ٢٠ Gy يومياً وذلك بجرعة كلية تصل حتى ١٠٠ Gy مع قياس HVL بحوالي ١ ـ ٢ ملم . ويمكن حدوث تفاعل تآكلي شديد نتيجة هذه المعالجة . وإذا شككنا بوجود ملانوم الشامة الخبيثة ، فلا ينصح بأشعة X بل يجب إجراء الجراحة .

## الحالة مقدمة السرطان ( قبيل السرطانية ) الاختيارية

### Facultative Precanceroses

هي أمراض جلدية يمكن أن تتطور خلال سيرها إلى سرطانة وسفية الخلايا واستحالتها ليست نادرة . وحسبما نعتقد فإن وجهة النظر هذه ليست ذا بال ، وقد تقود إلى معالجات خاطئة .

ثمة العديد من الحالات التي يمكن أن تتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا وهي حالات سليمة مبدئياً ، ولكنها مع ذلك يمكن أن تتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا خلال فترة تمتد من سنوات أو حتى عقود وذلك دون أن تبدي هذه الآفات نفس الخواص الشكليائية التي تبديها الحالات مقدمة السرطان ( قبيل السرطانية ) الإجبارية . ومن هذه الحالات .

* **الحالات الالتهابية المزمنة** :

يمكن للالتهاب المزمن أن يساعد على حدوث سرطانة وسفية الخلايا ، ومثالها . السرطانة الناسورية ، وحدوث سرطانة وسفية الخلايا على قرحة ساق مزمنة ( نسبة هذا الحدوث حوالي ١ في كل ٥٠٠٠ حالة ) ، والسرطانة وسفية الخلايا الحادثة على لويحات صدافية مزمنة معالجة بالزرنيخ . كما يؤهب الالتهاب المزمن في المخاطيات واللسان إلى حدوث سرطانة وسفية الخلايا ، ومثالها : الحزاز المسطح الضموري على المخاطيات ، والتهاب اللسان الخلالي الإفرنجي ، والتهاب الحشفة والقلفة الناكس .

## الحالات التنكسية المزمنة Chronic Degenerative Conditions :

تؤهب الحالات التنكسية المزمنة في النسيج الضام للجلد إلى حدوث سرطانة وسفية الخلايا ، وخاصة الضمورات العصبية ، والندبات ، والتغيرات الضيائية التي تصيب النسيج الضام ، وخاصة لدى ذوي الجلد الأشقر . تصيب هذه التغيرات بشكل رئيسي المزارعين والبحارة حيث أن التقرانات السافعة عندهم قد تؤدي إلى نشوء سرطانة وسفية الخلايا . وقد تنشأ السرطانات أيضاً على الندبات ، ومثالها : ندبات الحروق . ويمكن أن تحدث السرطانة وسفية الخلايا من ضمور عصبي ، ولكنها قد تنشأ في حالات استثنائية على ضمورات رخوة . وتنشأ السرطانة الوسفية على الندب الضمورية في كل من الذأب الشائع ، والذأب الحمامي القريصي المزمن ، والتهاب الجلد الشعاعي ، والتهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، والحزاز التصلبي والضموري وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي .

## الأورام السليمة Benign Tumors :

وخلال عدة عقود ، وجد أن الأورام الحميدة أو الوحمات العضوانية **Organoid nevi** قد تؤدي إلى نشوء سرطانة وسفية الخلايا أو سرطانة قاعدية الخلايا . وعلى سبيل المثال ، يجب على الطبيب افتراض أن ٣٠٪ من حالات الوحمة الزهمية أو الوحمة البشروية العضوانية قد تتحول إلى سرطانة قاعدية الخلايا .

# الفصل السادس والخمسون

## السرطانات الكاذبة

## Pseudocanceroses

د . صالح داود ، د . هدى منيني

يطلق مصطلح السرطانات الكاذبة على مجموعة واسعة من الأمراض التي قد يصعب تفريقها عن السرطانات الحقيقية ، ليس من الناحية السريرية فحسب ولكن من الناحية النسجية أيضاً . وعلى أية حال ، فإن هذه السرطانات الكاذبة قد لا تكون مشابهة فقط للسرطانة وسفية الخلايا ولكنها أيضاً قد تؤدي لنشوء هذه السرطانة . ولهذا السبب فإن السرطانات الكاذبة تعتبر أيضاً حالات مقدمة للسرطان ( قبل سرطانية Precanceroses ) . والصورة النسجية الرئيسية لهذه الآفات هي فرط تنسج ظهاري سرطاني كاذب مترافق بالتهاب . والأمراض التالية تسمى سرطانات كاذبة :

١ – الورام الحليمي الجلدي السرطاوي Papillomatosis Cutis carcinoides .

٢ – الورام الحليمي الفموي المزدهر Florid oral papillomatosis .

٣ – الظهاروم إسفيني الشكل Epithelioma cuniculatum .

٤ – اللقموم المؤنف العملاق Condyloma acuminatum giganteum .

٥ – الشوكوم القرني Keratoacanthoma .

**الورام الحليمي الجلدي السرطاوي [ Gottron 1932 ] :**

**التعريف :** يتألف هذا المرض من تنبتات مسطحة أو عقيدية تحدث في جلادات ذات مظهر نسجي يماثل فرط التنسج الظهارومي الكاذب ، ويمكن أن يكون ثمة سرطانة مستبطنة .

قد يحدث هذا المرض في الجلد السليم أو كمرض ثانوي لجلادات أخرى مزمنة نابتة أو متقرحة . ويحتمل تطور هذا الورام إلى سرطانة حقيقية .

**الإمراض :** لا يوجد دليل في الوقت الحاضر على وجود خمج حموي مسبب لهذا الورام . ويعزي بعض العلماء أو المؤلفين هذا المرض إلى تقيح الجلد المزمن النابت ( Azua 1894 ) ، بينما يراه البعض على أنه سرطانة وسفية الخلايا جيدة التميز . وعلى أي حال فإن الآفات تستمر أحياناً لعدة سنوات دون تطور نحو الورم .

**الموجودات السريرية :** يصيب المرض بشكل رئيسي كبار السن ، والمناطق المفضلة للإصابة هي الساقين ( الشكل ٥٦ – ١ ) ، وظهر القدمين ، وقد تكون هذه الإصابة وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب . وقد يتظاهر هذا المرض على شكل القنبيط ويتظاهر أحياناً بشكل تنبتات بحجم البلح ، ولا تميل هذه التنبتات للتقرح ، وإنما تنتج مفرزات قيحية ذات رائحة كريهة . وقد تبدي المناطق الحليمومية جزراً من فرط التقرن أو تَحَبُّبات تنزف بسهولة .

أما التوضعات الأخرى للإصابة فنادرة ، ولكن لوحظ وجود إصابات مشابهة على الذراعين . وقد تحدث الآفات إما بشكل مرض بدئي على الجلد السليم أو أنها تترقى على جلد متنبت أو متقرح بسبب مرض آخر مزمن لا يميل للشفاء ( الذأب الشائع ، تقيح الجلد النابت ، الجلاد البرومي ، الفطار البرعمي ) .

**الأعراض :** تعزى الأعراض الشخصانية في هذا المرض إلى التنبتات النازفة بسهولة . ويمكن أن يحدث لدى المريض حمرة .

**التشريح المرضي النسجي :** تتألف الصورة النسجية من تكاثر ظهاري شواكي كبير ينفذ عميقاً إلى الأدمة مع تشكل لآلىء قرنية واضحة ، ولهذا فهو يشابه كثيراً السرطانة وسفية الخلايا الناضجة . ومن جهة أخرى ، فإن الخلايا الظهارية المتكاثرة والممتدة إلى الأدمة تسمح بتمييز الطبقة القاعدية ، ويحددها النسيج الضام بكل وضوح .. وبشكل مغاير للسرطانة وسفية الخلايا ، فلا يوجد هنا خلايا شائكة لا نمطية متمايزة أو انقسامات فتيلية لا نمطية . وإنما يوجد تفاعل التهابي في اللحمة ، وأحياناً قد يترافق بخلايا عملاقة لجسم أجنبي . وهذه الإصابة تعتبر فرط تنسج ظهاري حليمومي كاذب مترافق بالتهاب .

**سير المرض :** سير هذا الداء مزمن لعدة سنوات . ولا يحدث فيه شفاء عفوي . ولهذا يجب أن يعتبر الورام الحليمي الجلدي السرطاوي مستبطناً أو مركزاً لسرطانة وسفية الخلايا عالية التمايز ( سرطانة ثؤلولية ) . ولهذا السبب ينصح بإجراء خزعات متكررة .

**التشخيص التفريقي :** يأتي الدليل ضد السرطانة وسفية الخلايا من الحدوث المتعدد ، وفقدان التنخر ، والفحص النسجي . وقد يكون من الصعب التميز بين تقيح الجلد النابت أو تقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي وبين هذا المرض وذلك لأن العوامل الجرثومية قد تكون مهمة من الناحية الإمراضية في الورام الحليمي الجلدي السرطاوي .

**المعالجة :** العلاج المختار هو الاستئصال مع جراحة تصنيعية

وتوصف العقارات الموقفة لنمو الخلايا ( بليوميسين ، ميتوتركسات ) في الحالات الشديدة فقط .

**الورام الحليمومي الفموي المزدهر [ Rock and Fisher 1960 ] :**

*المرادفات* : الورام الحليمي المخاطي السرطاوي ( Scheicher – Gottron 1958 ) ، السرطانة الثؤلولية في التجويف الفموي ( Ackerman 1948 ) ، الشوكوم مصوري الخلايا ( Ferreira – Marques 1962 ) .

**التعريف** : تحدث هذه التكاثرات الحليمومية ثؤلولية الشكل وتترق بشكل بطيء ولكن مستمر ، ويمكن أن تؤهب لحدوث سرطانة وسفية الخلايا عليها . وغالباً ما تحدث هذه الآفات لدى الأشخاص الكبار في السن الذين فقدوا أسنانهم . ولهذا السبب فإن الصورة السريرية قد تخفي حالة ما قبل سرطانية أو حتى سرطانة عالية التمايز .

**الحدوث** : المرض نادر . العديد من المرضى مدخنون بكثرة . يصيب المرض بشكل خاص الذكور بأعمار تتراوح بين ٦٠ – ٨٠ سنة .

**الإمراض** : على الرغم من التشابه السريري مع اللقموم المؤنف إلا أنه لم يتم العثور على الحمات الراشحة في هذه الآفات . ومن الناحية الإمراضية ، فإن هذه الحالة هي تسرطن كاذب يتصف بفرط تنسج ظهاري وتقرن وميل لحدوث خلل التقرن . ويحتمل لهذا المرض أن يماثل الورام الحليمي المخاطي السرطاوي والشوكوم مصوري الخلايا . كما أنه يتشابه مع السرطانة الثؤلولية التي تشاهد بشكل رئيسي في الفم عند ماضغي التبغ وتحدث لدى كبار السن . وليس الورام الحليمي الفموي المزدهر بسرطانة كاذبة فقط بل إنه قد يمثل حالة محتملة التسرطن أو سرطانة حقيقية أيضاً . ولهذا ينصح بإجراء خزعات متكررة .

**الموجودات السريرية** : غالباً ما يصيب هذا الداء الرجال كبار السن وتحدث في التجويف الفموي أو الشفتين ( راجع الشكل ٥٦ – ٢ ) . وتبدأ على شكل مناطق من الطلوان المنتشر ينشأ عليه فيما بعد تنبتات حليمومية ثؤلولية الشكل مع سطوح طلوانية بيضاء . ويمكن نشوء أورام قنبيطية الشكل ، وتبدو أحياناً مغطاة بمخاطية طبيعية . ومن الشائع تعدد الآفات والتقاؤها بحيث تشكل مناطق واسعة مؤوفة . ولا تميل هذه الآفات لحدوث تفاعل التهابي إلا قليلاً .

**الأعراض** : إذا كان ثمة تكاثر وفرط تنسج واضحين ، فقد يحدد المصاب من تناوله الطعام ، ويجدصعوبة في الكلام . ويمكن أن يبدي المريض انزعاجاً شديداً إذا كانت الآفات لديه واسعة .

**التشريح المرضي النسجي** : وبشكل مغاير للموجودات السريرية الشبيهة جداً بما نجده في السرطانة الحقيقية ، يبدي التشريح المرضي فرط تنسج ظهاري حليمومي كاذب مع انقسامات فتيلية غزيرة ، وأحياناً توجد خلايا من نمط خلل التقرن دون أن توجد علامات أخرى دالة على الخباثة . وفي كل المناطق ، تكون الآفات الظهارية مفصولة تماماً عن النسيج الضام . كما توجد توعية دموية واضحة مترافقة برشاحة التهابية مزمنة .

**سير المرض** : سير المرض مترقٍ ببطء على مدى سنوات وأحياناً على مدى عقود ، والإنذار غير واضح لأن ٣٠٪ من الحالات تتحول بعد حين إلى سرطانة وسفية الخلايا .

**التشخيص التفريقي** : يصعب تشخيص السرطانة الثؤلولية ( Ackerman ) استناداً إلى المعايير السريرية أو النسجية . ويُظهر الشكل مفرط التنسج لداء بوفن على المخاطية الفموية بنًى ظهارية مضطربة بشكل واضح مع وجود خلايا لا نمطية عديدة بالإضافة إلى وجود علامات من خلل التقرن . ويكون التطور إلى سرطانة بوفن بعد فترة كمون أقصر . وقد يكون هناك صعوبات في تمييز هذه الإصابة عن الطلاوان الفموي الثؤلولي من الناحية النسجية . وقد يكون من الصعب أيضاً تمييز هذه الإصابة عن السرطانة وسفية الخلايا عالية التمايز ، وذلك لأن الورام الحليمي الفموي المزدهر قد يتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا .

**المعالجة** : العلاج الأفضل هو الاستئصال الجراحي مع جراحة تصنيعية ، غير أن هذا الإجراء لا يمنع نكس المرض بكل تأكيد . وقد حقق استخدام أشعة الليزر نجاحاً في هذا المجال وذلك في حالات فردية . تكون هذه النابتات الحليمومية غير حساسة على التشعيع . ويوصى باستخدام البليوميسين أو الميتوتركسات ويمكن الحصول على نتائج جيدة مبدئياً إلا أن النكس لا يمكن تجنبه . كما حقق استعمال الإترتينات نجاحاً في بعض الحالات .

**الظهاروم الإسفيني الشكل Epithelioma cuniculatum [ Arid et al 1954 ] :**

**التعريف** : يماثل هذا الورم الذي يصيب الأخمصين كلاً من السرطانة الثؤلولية والسرطانة وسفية الخلايا ذات الخباثة المتدنية . وحسب رأي بعض المؤلفين ليس هذا الظهاروم سوى سرطانة كاذبة مبدئياً على الأقل . ويشك في دور الخمج

الحموي الحليمومي الإنساني (HPV) في إحداث هذه الإصابة .

**الموجودات السريرية** : يصيب هذا الورم النادر الأخمص لدى الذكور كبار السن . وهو ورم بطيء التطور ، وينمو بشكل حليمومي نحو الخارج . أو أنه يظهر على الأخمص أيضاً على شكل ورم داخلي النمو مشابه للثؤلول أحياناً ، وقد يتقرح بشكل سطحي . يشكل هذا الظهاروم ردباً عميقاً ذا هامش شثني يفصله عن الجلد المحيط ، ويفرز هذا الورم مفرزات قيحية أو دموية أحياناً .

**الأعراض** : التورم أو الألم في النواحي المصابة هي أعراض شائعة . وهو مؤلم عند المشي .

**التشريح المرضي النسجي** : يحدث فرط التنسج الظهاري الحليمومي الكاذب في البشرة ، ويبدو على شكل ورام حليمي مع تقرن ، ويلاحظ القليل من الانقسامات الفتيلية .

**سير المرض** : هو عادة تنشؤ موضع عدواني . ونادراً ما تحدث نقائل إلى اللمف .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الثؤلول الشائع العملاق ، والملانوم اللاملاني الخبيث، أو عن القرحات العصبية الاغتذائية.

**المعالجة** : استئصال جراحي مناسب مع إجراء جراحة تصنيعية لاحقة .

**الشوكوم القرني** [ Dupont 1930 ] :

*المرادفات* : المليساء الزهمية ( MacCormac and Scarff 1936 ) ، المليساء السرطانية الكاذبة ، الظهاروم المتعدد ذو الشفاء الذاتي ( Ferguson – Smith 1934 ) ، السرطانة وسفية الخلايا البدئية ذات الشفاء الذاتي .

**التعريف** : هو ورم وسفي سريع النمو ، يتواجد عادة على الجلد المعرض للشمس ، وهو ينشأ من جريب الشعرة ويبدي تشابهاً نسجياً مع السرطانة وسفية الخلايا ، ولكنه يتراجع عفوياً . وقد يحدث بشكل مفرد أو متعدد .

**الحدوث** : يصيب المرض السكان البيض على وجه الحصر تقريباً ، والرجال فوق سن الستين عاماً على الأغلب ولوحظ انتقال الوراثة بصبغي جسدي سائد في حالات الأورام المتعددة . ومن الممكن أن تكون العوامل الوراثية مسؤولة عن البدء الباكر لهذه الحالات .

**الإمراض** : الإمراضية غير معروفة تماماً . وهناك شك بوجود خمج حموي حيث تم العثور على DNA لحمة HPV 25 في الشوكوم القرني المفرد . ومن العوامل المؤهبة نذكر :

الجلد فاتح اللون ، العمر ، والقصة العائلية . ويبدو أن العوامل البيئية تلعب دوراً مهماً في الإمراض أيضاً . كما تتشكل حوالي أكثر من ٩٠٪ من الشوكومات القرنية في مناطق الجلد المعرضة للشمس . ومن الأسباب المتهمة في بعض الحالات : الرضوح ، التماس مع القطران أو غيره من المسرطنات الكيماوية والغازات الصناعية . ولقد تشكلت الشوكومات القرنية أيضاً بعد المعالجة بالأدوية الموقفة لنمو الخلايا أو المثبطة للخلايا مرافقة لتنشوءات في الأعضاء الداخلية . ولقد أدى دهن جلد الحيوانات بالهيدروكربون المسرطن إلى تشكل آفات مشابهة . ينشأ فرط التنسج الظهاري الجسيم من غمد جذر الشعرة الخارجي ، ويكون ذو ميل للتقرن الباكر وبالتالي للشفاء العفوي . ويشاهد تفاعل التهابي واضح في النسيج الضام المحيطي .

**الموجودات السريرية** : غالباً ما تنشأ الشوكومات القرنية وحيدة ، وتظهر في معظم الأحيان على المناطق المكشوفة وخاصة الوجه ( راجع الشكل ٥٦ – ٣ ) وظهر اليدين . يتظاهر في البداية على شكل حطاطة مدورة قاسية على الجلد الطبيعي ، لا تلبث أن تكبر بسرعة وتصبح متقرنة في المركز . وبعد بضعة أسابيع أو بعد شهرين على الأكثر ، تتحول إلى عقيدة مملوءة بمادة قرنية رمادية مصفرة تتوضع فوق الجلد مع وجود تثلم مركزي فيها . وتشابه هذه العقيدات في شكلها المليساء السارية الكبيرة ، ولهذا دعيت الآفة أيضاً المليساء الزهمية كما ذكرنا .

وإذا أصبح الشوكوم القرني أكبر فقد يتشكل في مركزه أقنة ( مركز مقعر يشبه فوهة البركان ) متقرنة عريضة مع حواف هامشية واضحة . ويكون لون الشوكوم القرني عادة وردياً شاحباً أو بنفسجياً محمراً . وتتشكل أوعية صغيرة في الجلد المحيط كما هو مشاهد في سرطانة الخلية القاعدية . ولا تشاهد الرشاحة العميقة فيه . ويؤدي الضغط على الآفة لانفراغ كتلة قرنية صفراء وسخة من مركز الشوكوم . يبدأ الشوكوم القرني بالتراجع عفوياً بعد بضعة أشهر . ويترك مكانه ندبة مثلمة غير منتظمة في أغلب الأحيان . ويتم الشفاء خلال ٤ – ٦ شهور عادة .

* *أشكال خاصة من الشوكوم القرني :*

*الشوكوم القرني الطفحي المعمم Generalized Eruptive Keratoacanthoma* : ( الشوكوم الطفحي 1950 Grzybowski ) . وهو عبارة عن حطاطات جريبية محمرة مقببة ، يتراوح قدّها بين ١ – ٣ ملم ، توجد على الوجه والجذع ، وتكون كثيرة العدد في بعض الأحيان وتتراجع عفوياً . وتعف الآفات عن الراحتين والأخمصين ويمكن أن تصاب المخاطية الفموية والحنجرة . ويبدي التشريح المرضي أن

لآفات تتطور من الجريبات بشكل شواك غير منتظم ودون أن يترافق بتبدلات التهابية ملحوظة .

الشوكوم القرني العائلي *Familial Keratoacanthoma* : الشوكوم القرني العديد ذو الشفاء الذاتي وصف Ferguso – Smith هذا الورم ذو الشفاء الذاتي ، الذي يعتبر أكثر شيوعاً في بعض العائلات، وبأنه ذو وراثة جسدية سائدة. وتتشكل معظم الآفات على مناطق الجسم المعرضة للشمس لفترات طويلة . إلا أن هناك بعض الحالات التي ظهرت تحت اللسان . تظهر الآفات عادة في سن البلوغ ، ويمكن أن تنكس خلال سنوات وعقود . وهي تشفى لتترك خلفها ندبات عميقة . هذه الآفات تشابه الشوكوم القرني نسجياً .

الشوكوم القرني المتعدد *Multiple Keratoacanthoma* : تظهر الآفات في نفس مواقع الشوكوم القرني المفرد لدى المرضى البالغين ذوي التماس مع مواد مسرطنة ( مثال : القطران ) . ولم تلاحظ الاستحالة للخباثة من خلال مراقبة الآفات خلال عقود من الزمن .

الشوكوم القرني العملاق *Giant Keratoacanthoma* : آفة كبيرة يقيس قطرها عدة سنتمترات . تلتبس عادة مع السرطانة الثؤلولية أو تقيح الجلد الشبيه بالفطار البرعمي . يمكن أن يستغرق الشفاء العفوي عدة أشهر . والمناطق المفضلة للإصابة هي الأنف ، والأجفان ، وظهر اليدين .

الشوكوم القرني الهامشي النابذ *Keratoacanthoma Centrifugum Marginatum* : [ Heid, Grosshans, Lazak 1979 ] ، شكل من الشوكوم القرني العملاق ، وهو ذو ميل قليل للشفاء العفوي ، أو نستطيع أن نقول أنه لا يشفى عفوياً . يعود المركز الضامر للآفة ( حوالي ٢٠ سم قطراً ) إلى الحواف المحيطية ذات النمو النابذ . والأماكن الانتقائية لتوضعه هي ظهر اليدين والساقين .

**التشريح المرضي النسجي** : لا يمكن تقييم الخزعة الهامشية بشكل صحيح لتمييز هذه الآفة عن السرطانة وسفية الخلايا عالية التمايز . ويحتاج هذا التمييز بين الآفتين إلى خزعة تمر عبر المنطقة المركزية بكاملها وتصل إلى الجلد السليم . وتختلف الصورة النسجية حسب مراحل نمو الآفة . ففي المرحلة كاملة النمو يوجد ورم ظهاري في الأدمة العليا مع وجود منطقة ظهارية بشكل الكِثف متاخمة للبشرة الطبيعية أو المصابة بالشواك الطفيف . ينشأ الورم من الجزء العلوي لواحد أو أكثر من الجريبات مفرطة التنسج . ونجد مركزاً مملوءاً بمادة قرنية سوية التقرن أو من نمط خلل التقرن مع وجود خراجات من الكريات البيض وذلك في مكان وجود فرط التنسج الظهاري الحليمومي الكاذب مع وجود شواك شديد غني بالغليكوجين . ويحدث فرط التنسج في المحيط بينما يحدث التقرن في المركز . يبدي النسيج الأدمي الضام تفاعلاً التهابياً شديداً باللمفاويات ، والمنسجات ، والمصوريات . ويوجد أحياناً عدد كبير من الحمضات . ونجد صعوبات في تمييز هذه الآفة نسجياً عن السرطانة وسفية الخلايا لأن الانقسامات الفتيلية ، والشذوذ الخلوي والنوى العملاقة قد توجد في الشوكوم القرني أيضاً .

**الأعراض** : تؤدي الآفة إلى إزعاج خفيف للمريض عادة . ولكن المرضى يبدون انزعاجهم من النمو السريع للورم .

**سير المرض** : الشوكوم القرني له ثلاث مراحل تطورية : مرحلة النمو السريع ، مرحلة الثبات ، مرحلة التراجع العفوي البطيء . والمدة الكلية لهذه المراحل تستغرق ستة أشهر تقريباً . وقد يحدث النكس الموضعي ، وهذا الإمر ممكن إذا تمت إزالة الآفة بشكل سطحي . الورم حميد ويشفى عفوياً ولهذا فإنذاره جيد . ومن جهة أخرى ، تذكر بعض التقارير إمكانية حدوث الاستحالة الخبيثة في حالات إفرادية ، غير أن هذه الحالات قد تتضمن ظهاروماً وسفي الخلايا عالي التمايز . ويُشخص بشكل خاطىء على أنه شوكوم قرني . وإن تواجد الشوكوم القرني في منطقة الحجاج والأنف يسبب مشكلة خاصة بسبب هذا التوضع .

**التشخيص التفريقي** : من خصائص هذا الورم : مدته القصيرة ، شكله النموذجي ، الشفاء العفوي . واستناداً إلى مرحلة الورم فإن الآفات التالية يجب أن تدخل في التشخيص التفريقي للإصابة : المليساء السارية ، الثؤلول الشائع ، وسرطانة الخلية القاعدية ، السرطانة وسفية الخلايا . وتنمو سرطانة الخلية القاعدية ببطء ، وتنشأ على جلد متأذٍ سابقاً ، ولهذا فهي تختلف عن الشوكوم القرني الذي يحدث على جلد سليم .

**المعالجة** : الاستئصال الجراحي إذا كان ذلك ممكناً . وينصح بالأشعة السينية المجزأة ( ٢٠ – ٤٠ Gy ) . وتختلف الاستجابة حسب الحالة . يمكن استخدام محلول التريامسينولون أسيتونيد المبلر حقناً ضمن الآفة أو تحتها ( ويمدد بنسبة ١ : ٤ مغ ١٪ من مخدر موضعي ) وذلك بفواصل أسبوعية ، ولكن هذا الإجراء غير فعال في علاج الشوكوم القرني كخيار أول . ويمكن استئصال الشوكومات القرنية المفردة بالمعالجة القرية أو الليزر أو بالتجريف تحت التخدير الموضعي . يجب معالجة الشوكومات القرنية الكبيرة والشوكومات القرنية اللا نمطية جراحياً . في حالة الشوكوم القرني العديد يمكن تجريب الإترتينات الفموية أو الإيزوتريتنوئين .

**اللقموم المؤنف العمـلاق Condyloma Acuminatum Giganteum :**

*المرادفات* : ورم بوشكه لوفنشتاين .

هذه الآفة ليست لقموماً مؤنفاً وإنما هي عبارة عن تنشؤ مع وجود خصـائص السرطانة الثؤلولية . ولقد تم العثور في هذا الورم على الحمـات الحليمومية الإنسـانية من النمط المصـلي HPV – 6, 7, 11 . ولمزيد من التفاصيل راجع الفصل الثاني من هذا الكتاب .

# الفصل السابع والخمسون

# الأورام الظهارية الخبيثة

# Malignant Epithelial Tumors

د . محمد دلة

يمكن أن تنشأ الأورام الظهارية الخبيثة في الجلد أو في الأغشية المخاطية المجاورة ( أورام جلدية ظهارية خبيثة بدئية ) أو يمكن أن تنجم عن انتقالات إلى الجلد ( أورام ظهارية خبيثة انتقالية أو ثانوية ) .

## السرطانة قاعدية الخلايا Basal Cell Carcinoma :

*مرادفات :* الظهاروم القاعدي الخلايا ( Krompecher ١٩٠٣ ) ، والسرطان القاعدي الخلايا ، والقاعدوم Basaloma ، وظهاروم الخلية القاعدية .

تشير هذه التعابير المختلفة للبنية النسيجية لهذه الأورام . فهي تتميز بتكاثر متجه للداخل ( أدمي ) لخلايا تشابه كثيراً الخلايا القاعدية البشروية الطبيعية بسبب نواها البيضوية الكبيرة الأسِسَة بشدة ولانتظامها بنمط السياج في محيط كتل الورم .

**التعريف** : تنشأ السرطانات قاعدية الخلايا من الخلايا القاعدية في البشرة وجريبات الأشعار ، وهي تنمو مع ارتشاح وتدمير موضعي للنسيج .

وتتصف نسيجياً بالخلايا السياجية في محيط الورم ، وهي مميزة جداً . وباعتبار أن السرطانات قاعدية الخلايا ( باستثناءات نادرة ) لا تنتقل – خلافاً للسرطانة وسفية الخلايا – **فهي تفتقر** لسمة مميزة مهمة للورم الخبيث الحقيقي . ولتمييزها في هذا الخصوص عن الأورام الحميدة بالإضافة للخبيثة ، فقد دعيت بالأورام نصف الخبيثة أو بالأورام الغازية موضعياً . ولا تحدث السرطانات قاعدية الخلايا كأورام بدئية في الأغشية المخاطية ولكن يمكنها أن تنمو ضمنها .

**الحدوث** : شائعة نسبياً . وهي في البلاد المشمسة ( أستراليا أو الولايات المتحدة الجنوبية ) أكثر شيوعاً منها في المناطق الأفقر بأشعة الشمس . ويقدر الحدوث في جمهورية ألمانيا الاتحادية بنحو ٢٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان ، بينما يمكن أن يكون في الولايات المتحدة الجنوبية ١١٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ أو أكثر . ويصيب الورم بشكل رئيسي الأشخاص بعمر ٥٠ – ٨٠ سنة . والسرطانات قاعدية الخلايا نادرة نسبياً في الشباب . ولا توجد أفضلية للجنس .

**الإمراض** : تشتمل عوامل مختلفة :

*الوراثية :* إن المرضى ذوي الجلد الحساس للشمس والأقل تصبغاً بالملانين ( نمط I و II ) هم بشكل خاص من عوامل الخطورة بسبب عواقب التعرض المزمن للضياء ( الشمس ) . وكثيراً ما يصاب الأشخاص الحساسون للشمس بسرطانات قاعدية الخلايا مثلما فُسِّرَ عند المهاجرين الإيرلنديين لأستراليا ، أو بزيادة تواتر حدوث السرطانة قاعدية الخلايا في السكان ذوي الجلد الفاتح في الولايات المتحدة الجنوبية . والسرطانة قاعدية الخلايا نادرة لدى السود . ومن الأمثلة الأخرى على المظاهر الوراثية متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا ( Gorlin – Goltz ) وكذلك معدل الحدوث العالي للسرطانات قاعدية الخلايا في عائلات معينة .

*الأذية السفعية ( الضوئية ) Actinic Damage :* تعتبر الأشعة فوق البنفسجية الشمسية – طيف **UVB** على الأرجح – العامل المسرطن الأكبر ، وكذلك الأشعة الصنعية ( المعالجة الضوئية والكيمياضوئية ) . وتترافق المعالجة بالبوفا **PUVA** أحياناً مع زيادة خطر حدوث السرطانات قاعدية الخلايا ، ويمكن للأذية الجلدية الشعاعية الناجمة عن مداواة سابقة بالأشعة **X** أو حزم الكوبالت أن تؤثر كعامل تميمي **Cofactor** في حدوث السرطانة قاعدية الخلايا .

*المسرطنات Carcinogens :* يمكن للزرنيخ ( الزرنيخ اللاعضوي ثلاثي التكافؤ ، مثال في محلول **Fowler** ) المعطى سابقاً لأسباب علاجية متنوعة – لا يُستعمل حالياً أبداً – أو نتيجة تلوث مياه الآبار ، أن يؤدي إلى حدوث سرطانات قاعدية الخلايا كثيرة بعد فترة كمون تتراوح بين ١٠ – ٣٠ سنة ، وتشاهد حتى في أجزاء الجسم غير المعرضة لضوء الشمس .

*الندبات وأذية الجلد المزمنة :* يمكن أن تحدث السرطانات قاعدية الخلايا في مناطق التهاب الجلد الشعاعي المزمن أو في نواسير الفطارات العميقة أو الندبات الضمورية ، مثال : ندبات الذأب الشائع أو الذأب الحمامي . وإن التحريض الآلي المزمن – خصوصاً نزع الشعر المستمر من نفس المكان – يمكنه أيضاً أن يحرض على ظهور السرطانة قاعدية الخلايا : قاعدوم نتف الشعر ( **Hoffmann** ) **Trichotillobasalioma** . ويمكن أن تحدث أيضاً في القرحات المزمنة منذ أمد طويل الناجمة عن القصور الوريدي ، وقرحات المدخنين المترافقة مع العد المقلوب **Acne inversa** ، وفي ندبات الحوادث الآلية ( أذيات الحوادث والحرق ، نقاط الاحتكاك أو الضغط من البدائل ) .

وإن الأذية السفعية هي الأهم من بين هذه العوامل . وبما أن

السرطانة قاعدية الخلايا تحدث بشكل سائد على الجلد المعرض ( الوجه والعنق والأذنين وأعلى الصدر وأعلى الظهر وأسفل الساق ) فمن الواضح أنه يوجد تأثير مباشر للأشعة فوق البنفسجية . وإن التعرض المزمن للجلد في العراء في مهن معينة عامل مؤهب كبير ، وخصوصاً للجلد من النمط I و II . ولكن من الملاحظ أن السرطانات قاعدية الخلايا نادرة نسبياً على ظهر اليدين المعرضتين للشمس ، كما وتحدث أيضاً حالات كثيرة في الجلد الطبيعي ظاهرياً ( راجع الشكل ٥٧ ــ ١ ) .

**التكون النسجي** : غير واضح بشكل كامل . والرأي السائد الآن أن السرطانات قاعدية الخلايا ليست ــ كما كان يعتقد سابقاً ــ أوراماً عضوانية تنشأ من خلايا ظهارية منتشة ابتدائية غير متمايزة تُظهر تقهقراً مضغياً ، وإنما هي مشتقة من خلايا ظهارية متعددة القدرات غير ناضجة فقدت مقدرتها على التمايز الطبيعي والتقرن بسبب التعرض المزمن للأشعة فوق البنفسجية مثلاً . ويشرح هذا أيضاً سبب حدوث السرطانات قاعدية الخلايا في الحيوانات بالمسرطنات الكيميائية ( مثال داي ميتيل بنزانتراسين ) . وتبقى خلايا السرطانة قاعدية الخلايا من جهة أخرى قادرة على الانقسام التَفَتُّلي Mitosis حتى عندما تكون متوضعة في الطبقة المالبيكية . وينقص في خلايا الورم من الناحية الكيميائية الحيوية جزء من القِراتينات Keratins غير المنحلة التي توجد في الخلايا البشروية في الحالة الطبيعية .

تنشأ السرطانات قاعدية الخلايا ليس فقط من الخلايا القاعدية للبشرة بل وأيضاً من أجزاء كثيرة مختلفة للجهاز الجريبي ( ظهارة القمع الجريبي ) . وتتظاهر أعشاش السرطانة قاعدية الخلايا أولاً بالتلازن Clumping العقيدي للخلايا القاعدية مثلما هو الحال في جذر الشعرة الجنيني . وهذا هو أصل تسمية السرطانة قاعدية الخلايا المعطى من قبل واصفها الأصلي Krompecher .

**الموجودات السريرية** : المكان المفضل لحدوث السرطانة قاعدية الخلايا هو الوجه . وتتوضع الآفة في ٨٠٪ من المرضى أعلى الخط الواصل بين زاوية الفم وفصيص الأذن ( راجع الشكل ٥٧ ــ ٢ ) . والتوضعات الأخرى هي الثلث السفلي للوجه والفروة والأذنان والمنطقة بشكل V أمام الصدر والأجزاء العلوية للظهر . وتنشأ السرطانات قاعدية الخلايا عادة في جلد طبيعي سريرياً من دون تبدلات مسبقة ، مقارنة مع السرطانات وسفية الخلايا ، التي تنشأ على جلد ومخاطية فيهما التهاب أو تأذٍ مزمنان وهما من الآفات مقدمة السرطان . وتنتج عن السرطانات قاعدية الخلايا أعراض قليلة رغم ملاحظة حكة وخلل حس أحياناً . ويمكن تمييز أشكال سريرية متنوعة هي :

### السرطانة قاعدية الخلايا البدئية Initial Basal Cell Carcinoma :

ليست لها مظاهر مميزة . وتبدو غالباً كجسوء أبيض رمادي صغير عليه توسع شعريات . وتتعرض هذه الآفات الأولية في الوجه للرضح بفعل الخدش أو الحلاقة وتتشكل جلبة نزفية صغيرة في نفس المكان دائماً وهي علامة سريرية هامة .

### السرطانة قاعدية الخلايا المصمتة Solid Basal Cell Carcinoma :

*المرادفات* : القاعدوم المصمت .

يتطور الورم وينمو خلال عدة أشهر وسنوات إما إلى ورم عقيدي ذي مظهر زجاجي وشمعي بقوام مكتنز إلى صلب عليه توسع شعريات ، أو إلى ورم مَيَّال للانكماش والضمور في المركز ، يبدي هامشه حافة لؤلؤية نمطية عليها توسع شعريات ويسمى القاعدوم المسطح الندبي . ويصادف على الصدغين أحياناً كبقعة غير منتظمة الشكل ذات مركز متجلب مائل للأحمر وحافة لؤلؤية نمطية يمكن تمييزها بخاصة عند شَدِّ الجلد ( راجع الشكل ٥٧ ــ ٣ ) .

### السرطانة قاعدية الخلايا المتقرحة Ulcerating Basal Cell Carcinoma :

*المرادفات* : القرحة القارضة Rodent Ulcer .

تميل السرطانة قاعدية الخلايا هذه للتقرح على الوجه والفروة . وبسبب ميلها للامتداد المحيطي فقد دعيت سابقاً بالقرحة القارضة Ulcus Rodens ( تعني كلمة Rodere باللاتينية : يقرض ) . ومن الصفات النمطية للقرحة القارضة عدم وجود ألم عفوي أو بالجس ، ولكن يوجد ميل للتجلب النزفي وتَشَكل الحافة اللؤلؤية القاسية ( دُعيت لذلك بلآلىء القاعدوم ) مع توسع الشعريات . ( راجع الشكل ٥٧ ــ ٤ ) .

### القاعدوم الثاقب Basalioma Terebrans :

*المرادفات* : القرحة الثاقبة .

هو سرطانة قاعدية الخلايا تقود لتخريب نسجي عميق . ولا يقتصر نمو الورم على الأدمة كالعادة بل يتجاوزها وينفذ عميقاً ويصبح مرتشحاً ومخرباً . ومن الشائع حدوث بقع متقرحة عميقة بحجم الكف ذات سطوح متحببة لامعة حمراء ومَيَّالة للنزف بشكل واضح ( السرطانة قاعدية الخلايا العملاقة ) . وتوجد هنا فقط على محيط الورم جدران مبعثرة ذات لآلىء نمطية للسرطانة قاعدية الخلايا . ويمكن أن يخرب

حروف والعظم . ومن المضاعفات المعروفة انفصال الحروف وتآكل الأنف والجيوب الوجنية والجبهة والفك السفلي . ( راجع الشكل ٥٧ – ٥ ) . وتحدث السرطانات قاعدية الخلايا الجادعة هذه بشكل مفضل على الفروة وفي منتصف الوجه ، وهي غالباً نتيجة للتردِّي وإهمال المريض بالرغم من أنها تنجم أحياناً أيضاً عن المعالجات المتكررة غير المناسبة . وفي هذه المرحلة تكون السرطانة قاعدية الخلايا مهددة للحياة بسبب الميل للتآكل والنزف والمضاعفات السحائية إذا انثقبت الجمجمة . ورغم كون التخريب الورمي محلي شديداً جداً فلا يوجد ميل أو ثمة ميل قليل عادة للانتقالات اللمفية أو الدموية .

**السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة Pigmented Basal Cell Carcinoma :**

*المرادفات :* القاعدوم المصطبغ .

هي غالباً سرطانة قاعدية الخلايا مسطحة بلون بني أو أسود ، وكثيراً ما تكون منخسفة المركز وضمورية . وعلاماتها النمطية هي قوامها المكتنز إلى قاسي ، ومحتواها المتبدل من الملانين ، وسطحها اللمَّاع غير المستوي ، وتوسع الشعريات . ومن المهم تمييزها عن الملانوم الخبيث ، والوحمة وحمية الخلايا المصطبغة ، والوحمة الزرقاء ، والتقران الوعائي ، والتقران المثي المصطبغ ، والشوكوم الملاني . ويجب أن تعامل في الحالات المشكوك بها كما لو أنها مِلانوم خبيث . ( راجع الشكل ٥٧ – ٦ ) .

**السرطانة قاعدية الخلايا القشيعية الشكل Morpheiform Basal Cell Carcinoma :**

*المرادفات :* القاعدوم التصلبي الجلديّ الشكل Sclerodermiform Basaloma .

تحدث عادة على الوجه أو الأنف أو الجبهة أو الوجنتين ويصعب كشفها في أحيان كثيرة . ( راجع الشكل ٥٧ – ٧ ) . وتكون مرتفعة بشكل طفيف ومسطحة ، وذات لون أبيض أو مصفر ، وتبدي توسع شعريات . والتقرح نادر . ويؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي كل من الظهاروم الشعري والتصلب الجلدي المحدد ( القشيعة ) والندبات .

**السرطانة قاعدية الخلايا الجدرية Keloidal Basal Cell Carcinoma :**

*المرادفات :* القاعدوم الجدري الشكل .

تشبه الجدرات ، ولذا يجب بذل انتباه خاص للقصة المرضية في هذه الحالات .

**السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية Cystic Basal Cell Carcinoma :**

*المرادفات :* القاعدوم الكيسي .

يحدث كثيراً في منطقة الأجفان أو على الوجنتين . ويصل حجم الورم حتى ميليمترات قليلة . وهو ذو قوام طري نسبياً ، ويكون الجلد فوقه مشدوداً ويأخذ شكلاً مدوراً أو بيضوياً . لونه أبيض مزرق ، ويتغطى الورم الكيسي بتوسع شعريات . ويؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي أورام الملحقات الحميدة المختلفة مثل الأورام الكيسية العرقية الناتحة والمفترزة .

**السرطانة قاعدية الخلايا السطحية Superficial Basal Cell Carcinoma :**

*المرادفات :* سَرَطَاوي ( كارسينوئيد ) Arning ، السرطانة قاعدية الخلايا الباجيتانية أو الحمامية الشكل أو الإكزيماوية . .

في الوقت الذي تحدث فيه السرطانة قاعدية الخلايا النمطية بشكل فُرادي في الأماكن المعرضة للشمس ، يوجد في حالة السرطانات قاعدية الخلايا السطحية آفات كثيرة عادة على الجذع . ( راجع الشكل ٥٧ – ٨ ) . كما وتختلف الصورة السريرية أيضاً عن الصورة السريرية في الأنواع العادية للسرطانة قاعدية الخلايا . حيث تكون السرطانات قاعدية الخلايا السطحية على الجذع سطحيةً وتظهر ميلاً طفيفاً للنفاذ نحو العمق والتقرح . وهي تحدث بأحجام وأعداد مختلفة ( أحياناً أكثر من ٥٠ ) ، وتبدو كبقع حمراء أو حمراء ضاربة للبني ، حاكة قليلاً في بعض الأوقات ، وذات حواف محددة غير منتظمة ، وعليها وسوف ناعمة أو جلبات صغيرة ، وتُدعى بالسرطانات قاعدية الخلايا الباجيتانية أو الإكزيماوية . وتقود العقيدات اللؤلؤية الصغيرة القاسية المتوضعة في المحيط أو الحافة اللؤلؤية الشبيهة بالخيط إلى التشخيص الصحيح . وتنمو السرطانات قاعدية الخلايا السطحية ببطء وإنذارها أفضل من بقية السرطانات قاعدية الخلايا . وهي تنشأ أحياناً نتيجة لتناول الزرنيخ بعد فترة كمون من ٢٠ – ٣٠ سنة . حيث كانت معالجة الصداف بالزرنيخ شائعة نسبياً في الماضي . ومن المصادر الأخرى الممكنة للزرنيخ مياه الشرب الملوثة بالزرنيخ ( مياه الآبار ) وما يُدعى بمشروب بيت تاجر الخمر ( أملاح الزرنيخ كمبيدات الهَوَام في الكروم ) . وأكثرُ ما تُلتبس بالتشخيص التفريقي مع الإكزيمة النمية والصداف أو داء بوفن Bowen . ويجب أن تُجرى خزعة في كل الحالات المشتبهة .

**السرطانة قاعدية الخلايا العملاقة Giant Basal Cell Carcinoma :**

*المرادفات :* القاعدوم العملاق .

هذا تعبير سريري يصف السرطانات قاعدية الخلايا ذات الحجم الكبير التي يصل قطرها إلى ١٠ – ٢٠ سم أو أكثر . ويمكن لحجم الورم الكبير بالإضافة إلى النخر المركزي ألا يشيرا أولاً إلى السرطانة قاعدية الخلايا .

### الورم الظهاري الليفي ( Pinkus ١٩٥٣ ) : Fibroepithelial Tumor

*المرادفات :* الورم الظهاري الليفي ما قبل الخبيث ، ورم الخلايا القاعدية .

تقوم هذه التسمية أساساً على الملاحظة النسيجية بوجود تفاعل نسيج ضام أرومي ليفي واضح حول متن السرطانة قاعدية الخلايا . وبالتالي يكون الإنذار أفضل منه في السرطانات قاعدية الخلايا الأخرى . وهي تحدث عند الأشخاص المسنين في الخَثَلَة Hypogastrium ، أو المنطقة القطنية أو على الجانب الأنسي للفخذ ، وتظهر كورم أو أورام مرتفعة أو منبسطة ، بلون الجلد وأحياناً مائلة للأحمر ، ومعتدلة القساوة . وتشبه الأورامُ سريرياً معظم الأورام الليفية اللاطئة . وهي تبدي ميلاً قليلاً جداً للتقرح .

### متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا

**Basal Cell Nevus Syndrome** : [ Howell و Caro ، ١٩٥٩ Gorlin و Goltz ١٩٦٠ ] .

*المرادفات :*متلازمة غورلين – غولتز ، السرطانة قاعدية الخلايا الوحمانية ، الورام العدسي Phakomatosis الخامس .

هي مرض جهازي وحماني وراثي جسدي سائد . وتوجد فيها أطوار وحمانية وأطوار مكونة للورم . تتشكل في الطور الوحماني أورام متعددة بلون الجلد أو مائلة للون البني ، أو أورام كيسية ثابتة تتطور أثناء الطفولة أو عند البلوغ على الجذع ، والوجه والعنق والمنطقة حول الأذن ، وحول الشرج ، وعلى الأجزاء الدانية للأطراف . ويحدث فيها أحياناً تقرح وتجلب . والانتقال بطيء إلى الطور المكون للورم ، ويكون عادة عند بلوغ العشرين من العمر ، حيث تصبح السرطانات قاعدية الخلايا نموذجية سريرياً ونسيجياً . وتشكل التغيرات المترقية البطيئة مشكلة طبية أو علاجية حقيقية ، ويصاحبها تشوهات أخرى ، مثل الشذوذات العظمية ( كيسات في الفك السفلي مع ميل للاستحالة الخبيثة ، أضلاع مشقوقة ، داء الجنف الحدابي Kyphoscoliosis ، شوك مشقوق خفي ، إلخ . ) ووهدات ( سرطانات قاعدية الخلايا ) في الراحتين والأخمصين ، وجسر أنف عريض ، وأورام ليفية في المبيضين ، وتباعد العينين ، وغياب جزئي للجسم الثفني ، وتكلس منجل المخ ، إلخ .

**المعالجة :** نفس معالجة السرطانات قاعدية الخلايا . وتجرى محاولة وقائية بالايتريتينات .

### قاعدوم نتف الشعر ( Hoffmann ١٩٥٤ ) : Trichotillobasaloma

يمكن أن تحدث السرطانات قاعدية الخلايا مُحرضةً بالتخريش الآلي المتكرر مثل نزع الشعر المستمر من نفس المنطقة . وتظهر معظمها على الذقن أو الشفة العليا . وتمتد هذه السرطانات قاعدية الخلايا من ظهارة جريبات الأشعار الانتهائية ، وتتظاهر على شكل عقيدي سريرياً .

**الأعراض :** تُسَبِّبُ السرطاناتُ قاعدية الخلايا إزعاجاً بسيطاً . ويلاحظ في بعض الأوقات حكة أو خلل حس .

### التشريح المرضي النسجي :

تتألف السرطانة قاعدية الخلايا من نسيجين مختلفين وهما جزء ظهاري ( أديمي ظاهر ) ويُمَثِّلُ مَتْنَ ( بَرَانشيم ) الورم ، والمَطْرِق Matrix الخاص ( جزء أديمي متوسط ) . وتكون البشرة التي تعلو السرطانة قاعدية الخلايا ضامرة عادة وكثيراً ما تتآكل أو تتقرح . وتنشأ الخلايا القاعدانية المتكاثرة للداخل Endophytically من البشرة بين الجريبية أو الظهارة الجريبية ، ولكن فيا بعد تتكاثر للخارج Exophytic أحياناً . وتشبه خلايا الورم الخلايا القاعدية الطبيعية بنواها البيضوية الكبيرة الأَسِيَسة . وتُميز الأَسَاسَةُ Basophilia البارزةُ الورمَ عن البشرة الطبيعية . ومن المميز وجود اصطفاف الخلايا بنمط السياج Palisade – type على حواف أعشاش الخلايا الورمية في حين تكون متوضعةً بشكل غير منتظم في المركز . والانقسامات الفتيلية Mitoses أكثر تواتراً في مَتْن الورم . ويوجد عادة فَلْح Cleft محيطي بين الورم والنسيج الضام ناجم عن انكماش السَدَى Stroma عن نسيج الورم بفعل التثبيت . وغالباً ما يوجد تفاعل التهابي في السَدَى .

يختلف تمايز السرطانات قاعدية الخلايا بشكل غير عادي . وقد يكون باتجاه بِنْيَات غدانية مثل الغدد الزهمية أو العرقية ، أو باتجاه بِنْيَات الشعرة .

يبقى الغشاء القاعدي سليماً عادة كما يُستدل من التفاعلية المناعية للامينين laminin خارج الخلوي والكلاجين النمط IV . وتكون الصفيحة القاعدية أحياناً متثخنة بشكل غير عادي حول كل جزر السرطانة قاعدية الخلايا المرتشحة . وبالعكس فإن السرطانات قاعدية الخلايا المولدة للنسيج الليفي Desmoplastic تملك خواص واحدة لتنكس الغشاء . وتبدي هذه السرطانات قاعدية الخلايا التليفية أو الشبيهة بالقشيعة عيوباً كبيرةً في الصفيحة القاعدية والتفاعلية المناعية للغشاء

تحتي . وبعدئذٍ يمكن أن يحدث غزو حقيقي للورم .
وبالنتيجة توجد نماذج نسيجية عديدة منها :

- مصمت solid .
- غدي Adenoid .
- سطحي متعدد المراكز Superficial Multicenteric .
- كيسي Cytic .
- مصطبغ Pigmented .
- جدري Keloidal .
- التصلبي الجلديّ الشكل ( الشبيه بالقشيعة ) Sclerodermiform (Morphea - like .
- مولد النسيج الليفي Desmoplastic .
- متقرن Keratinizing .
- متكلس Calcifying .
- متعظم Ossifying .
- ترسب النشواني Amyloid Deposition .
- مغزلي الخلايا Spindle cell .
- حبي Granular .
- بوفيناني Bowenoid .
- شبيه بورم أم الشعرة Pilomatricoma – Like .
- تمايز الجريبي ( الشبيه بالظهاروم الشعري Trichoepithelioma – Like ) .
- نمط تمايز الغدي الزهمي .
- نمط تمايز الغدي العرقي الناتح .
- مينائي Adamantinoid ( كما في المينباؤوم Ameloblastoma أو Adamantinoma ) .
- أسطواناني Cylindroid .
- قنوي Syringoid .
- موسيني Mucinous .
- متبدل النمطية من النمط المختلط Metatypical of mixed type .
- متبدل النمطية من النمط المتوسط Metatypical of Intermediate type .

يمكن أحياناً أن توجد أنماط تمايز متنوعة ضمن السرطانة قاعدية الخلايا الواحدة ، مثال : وجود أجزاء مُصْمَتة أو غدية أو شبيهه بالأقنية أو زهمية أو شعريه أو مصطبغة .

تُظهر السرطانة قاعدية الخلايا التصلبية الجلديةُ الشكل تمايزاً ضعيفاً . فيمكن أن تنمو أعشاش هذه الأورام من دون الاصطفاف بنمط السياج ومن دون فلوح سَدَوية Stromal . وقد يوجد أحياناً ارتشاح خفيف باللمفاويات والمنسجات أو أن يكون غائباً . وهي تنمو بشدة ضمن حِزم الكلاجين وحواجز النسيج الشحمي تحت الجلد ، وتخرب الغضروف والعظم .

تبدي السرطانات قاعدية الخلايا المتبدلة النمطية بعض المظاهر النسيجية والسريرية الخاصة .

### السرطانة قاعدية الخلايا متبدلة النمطية من النمط المختلط :

*المرادفات :* الظهاروم البِلاَطِيُّ Pavimenteux المختلط ( Darier و Ferrand ) .

هذا الورم واحد من مجموعة السرطانات قاعدية الخلايا . والسرطانة قاعدية الخلايا المتبدلة النمطية في هذا النمط لا تختلف في توضعها وشكلها عن السرطانات قاعدية الخلايا النمطية . ويمكن وضع التشخيص نسيجياً فقط . وتتألف من حِزم سرطانية قاعدية الخلايا تُطوقُ مركبات خلايا شائكة ولآلىء قرنية خطلة التقرن . وإن الترافق بين السرطانة قاعدية الخلايا والسرطانة وسفية الخلايا نادر جداً .

### السرطانة قاعدية الخلايا مبتدلة النمطية من النمط المتوسط :

*المرادفات :* الظهاروم البِلاَطِيُّ Pavimenteux المتوسط ( Darier و Ferrand ) .

يتألف هذا الورم من خلايا ليست محددةً من نمط السرطانة قاعدية الخلايا ولا من نمط السرطانة وسفية الخلايا ، وهي لذلك متوسطة بينهما . ولا يمكن رسم حد فاصل واضح يميز بين السرطانة قاعدية الخلايا المتمايزة والمتكاثرة وبين السرطانة وسفية الخلايا غير المتمايزة . وهذا الورم مخرب وذو مقدرة على الانتقال . وينشأ في أحيان كثيرة من سرطانة قاعدية الخلايا على الأنف معالجة بالأشعة بشكل غير كافٍ . ويصادف نمط الورم هذا في كثير من حالات ما يُسمى بالسرطانات قاعدية الخلايا الانتقالية . وحساسية الورم للأشعة منخفضة . ويجب أن تقيّم السرطانات قاعدية الخلايا المتبدلة النمطية بحذر مع الاهتمام بالمعالجة المطلوبة وهي الجراحة الواسعة المراقبة مجهرياً .

### التشخيص والتشخيص التفريقي للسرطانة قاعدية الخلايا :

**التشخيص :** يمكن دائماً على الأغلب تشخيص السرطانات قاعدية الخلايا اعتماداً على المظاهر السريرية النمطية لها ، أي الورم المسطح الشمعي اللون ذو الحافة اللؤلؤية وتوسع الشعريات . ويجب في الحالات المشتبهة أن تجرى خزعة بالمشرط قبل المعالجة ، إذا لم يكن الاستئصال الكامل ممكناً .

**التشخيص التفريقي :** يعتمد على الشكل السريري . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار كل من التقرانات المثية ، وداء بوفن ، والتقرانات السفعية ، والليفوم الأنفي ( الليفوم الوعائي

للأنف ) ، والأورام الكيسية أو المصمتة الحميدة للغدد العرقية الناتحة والمفترزة ، والشوكوم الملاني ، وأيضاً الملانوم الخبيث في حالة السرطانات قاعدية الخلايا المصطبغة . ويجب في كل حالة مشتبهة أن تجرى خزعة أو خزعة استئصالية .

### معالجة السرطانات قاعدية الخلايا
### Treatment of Basal cell Carcinoma :

تعتمد المعالجة على حجم وتوضع الورم . وتوجد عدة طرائق موثوقة . وتتم طريقة المعالجة حسب الخبرة الشخصية للطبيب وثقته بمدى تمكنه من أساليب المعالجة المختلفة .

يحدث النكس بسبب بقاء أجزاء من السرطانة قاعدية الخلايا في أقل من ٥٪ من الحالات ، بغض النظر عن المعالجة المُنَفَّذة . كما يعتمد قرار شكل المعالجة جزئياً على المريض . وينصح بالمداواة بأشعة X اللينة ضعيفة النفاذية soft X – ray في المرضى المسنين أكثر من المرضى الشباب . وإن خطر حدوث ورم جديد ( سرطانة قاعدية الخلايا أو تقران سفعي أو سرطانة وسفية الخلايا ) ناشيء على التهاب جلد شعاعي مزمن ( جلد رونتجيني Rontgenoderm ) ، يكون هنا محدوداً بسبب قصر العمر المتبقي . وإن التعرض المزمن للأشعة فوق البنفسجية للجلد المعالج مسبقاً بأشعة X يحرض على تشكل الورم . يمكن أن تعالج السرطانات قاعدية الخلايا على الأجفان بأشعة X الضعيفة النفاذية أو بالمعالجة القرية ، ولكن لا تطبق هذه المعالجة عادة على أورام ظهر اليدين أو الأطراف . وإن المرضى الشباب الحساسين للضوء ذوي الجلد من النمط I و II أقل ملاءمة للمداواة بأشعة X منها بالاجراءات الجراحية لأنهم عرضة لخطر حدوث أورام جديدة .

### الاستئصال الجراحي :

هو أشيع أشكال المعالجة . وتستأصل السرطانات قاعدية الخلايا الصغيرة بشكل كامل مع هامش أمان من النسيج السليم بمقدار ٥ ملم إذا سمحت بذلك طُبُغْرافية الجلد . ويمكن أيضاً معالجة السرطانات قاعدية الخلايا الأكبر بنتائج تجميلية جيدة وذلك بتقنيات متنوعة للجراحة الرأبية Plastic . وتتطلب السرطانات القاعدية الواسعة والمتقرحة ( القرحة الثاقبة ) الغازية للأنسجة الرخوة والعظام عمليات جراحية جذرية . ويوصى بالتعاون مع اختصاصيي الجراحة الآخرين . ومن الضروري الحصول على دليل نسجي لمعرفة ما إذا كانت السرطانة قاعدية الخلايا قد استؤصلت كاملة .

### أشكال خاصة للمعالجة :

تكون السرطانات قاعدية الخلايا أحياناً ممتدة جانبياً وللعمق أبعد مما هو محدد سريرياً ، ولا يمكن معرفة اتجاه هذا الترقي قبل العمل الجراحي ، ولذلك من الضروري في حالات فرادية إثبات كال الاستئصال الجراحي بالفحص النسيجي المتواصل ثلاثي الأبعاد . وإن الجراحة المراقبة مجهرياً هي طريقة المعالجة الوافية بالغرض . وهناك تقنيتان متوفرتان :

**الجراحة الكيميائية [ Mohs ١٩٤١ ، Schreus ١٩٥١ ] :** تتضمن طريقة Mohs الفحص النسيجي الكامل للنسيج المستأصل ، وبه , تكفل الاستئصال الموثوق لمتن الورم مع الحماية المثلى للمناطق غير المصابة . وتشتمل طريقة الجراحة الكيميائية الأصلية ، كما وصفها Mohs ، على تثبيت النسيج في موضعه بعجينة كلوريد الزنك ٤٠٪ كخطوة أولى . وبعد ٣ – ٤ ساعات يمكن استئصال النسيج المثبت دون نزف أو ألم . وإن التثبيت بحد ذاته مؤلم جداً ولذلك نادراً ما تُستخدم هذه الطريقة الآن . وإن وطريقة الاتكال السريع بالزنك (Schreus) مرضية بالأيدي الخبيرة . وبعد إزالة السرطانة قاعدية الخلايا بالتجريف أو بمشرط حاد يطبق محلول كلوريد الزنك المائي ٥٠٪ . وهذا الإجراء لا يسمح بالفحص النسجي .

**الجراحة الكيميائية المعدلة لموس Mhos باستخدام النسيج الطازج (Fresh) :** أُستبدل التثبيت الجراحي الكيميائي بكلوريد الزنك بتقنية النسيج الطازج Fresh – tissue بشكل واسع . حيث أُستغني عن التثبيت المسبق للنسيج في الحي In vivo ، لتستأصل منطقة الورم تحت التخدير الموضعي . ثم تُقطع المادة المستأصلة أفقياً إلى مقاطع متسلسلة وتفحص طبغرافياً . وتُعَلَّمُ حواف المادة بأصبغة لا تنحل بالماء لتميزها ثانياً في المقاطع النسيجية . وتُقطع مادة الخزعة على مراحل إما في حالة التجميد أو بعد التثبيت الطبيعي . ويرفق الفحص النسجي لهذه المقاطع الأفقية بالتعليم أو التخطيط الطبغرافي للورم بهدف اقتفاء الحدود المحيطية بدقة واستئصالها بشكل كامل . وإن استطبابات هذه الطريقة المضنية جداً للجراحة المراقبة مجهرياً هي نكس السرطانة قاعدية الخلايا وقصة المرض الطويلة ووجود النمط التصلبي الجلديِّ الشكل . والطريقة مناسبة أيضاً للسرطانات قاعدية الخلايا البدئية في توضعات طبغرافية معينة ، مثال : منطقة العينين أو جسر الأنف أو مجرى الأذن . وهي تؤمن تقدماً جوهرياً في معدل الشفاء لخمس سنوات في السرطانات قاعدية الخلايا الصعبة .

**التجريف والتجفيف الكهربي Curettage and Electrodesiccation :** هذه الطريقة يفضلها أطباء الجلد الأمريكان بشكل خاص . وهي ملائمة للسرطانات قاعدية الخلايا الصغيرة البدئية والسطحية على الجذع وخصوصاً لدى المرضى المسنين . ويجب أن يؤكد التشخيص نسيجياً قبل بدء

المعالجة . ومساوئها هي عدم إمكانية القيام بالفحص النسيجي لمعرفة ما إذا أُزيل الورم كاملاً .

**المعالجة القرّية Cryotherapy** : يمكن إجراء تجميد لمتن الورم باستخدام الآزوت السائل . ويعتبر بعض المؤلفين طريقة العلاج هذه بأنها الأفضل . ومن الضروري إثبات التشخيص نسيجياً بشكل مسبق .

**المداواة بالأشعة Radiotherapy** : يجب أن يؤكد التشخيص السريري نسيجياً قبل المداواة بالأشعة . وتستعمل إما أشعة X ضعيفة النفاذية أو الإلكترونات المسرعة ، وتستخدم الأخيرة بشكل رئيسي في السرطانات قاعدية الخلايا على الأنف وفوق العظام . ويجب ، في كل الحالات ، أن يحدد نوع ومقدار الأشعة حسب حجم الورم وتوضعه . وبشكل عام ، وجد أن استخدام المداواة بأشعة X ضعيفة النفاذية والمجزأة إلى جرعات كل منها ( ٣ ـ ٥ غراي ) حتى الوصول لجرعة كلية ٥٠ غراي تقريبا هي طريقة ناجحة ، وإن المعالجات الشعاعية لمرة واحدة بجرعة ٢٠ ـ ٢٥ غراي ممكنة فقط في السرطانات قاعدية الخلايا الصغيرة التي لا تتجاوز ٥ مم . ومن جهة أخرى تحدد الجرعة التراكمية حسب الحجم وتعادل ٣٠ ـ ٤٠ غراي للأورام التي يتجاوز قطرها ٢ سم ، و ٣٥ ـ ٥٠ غراي للأورام التي يتجاوز قطرها ٤ سم . وتستجيب السرطانات قاعدية الخلايا على الأجفان والأنف بشكل جيد للمداواة بأشعة X ضعيفة النفاذية . ويمكن أن يُسَوّى الورم جراحياً قبل الأشعة أحياناً . ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد الشعاعي المزمن في كل مريض يخضع للمداواة بالأشعة . ومن المهم أن تمتد المعالجة بشكل كافٍ ضمن الجلد السليم ( ٠,٥ ـ ٠,٧ سم ) لأن الأورام تمتد أكثر مما يُرى سريرياً . ويجتنب النكس بهذه الطريقة فقط . ويجب ألا تستخدم المداواة بالأشعة في معالجة السرطانات قاعدية الخلايا على الجلد المعرض للشمس في المرضى الشباب .

**الريتينوئيدات Retinoids** : يمكن للمرضى بمتلازمة الوحمة قاعدية الخلايا والمرضى المصابين بسرطانات قاعدية الخلايا كثيرة ( الورام القاعدومي Basaliomatosis ) أن يعالجوا وقائياً وعلاجياً بالايتريتنات ، وخصوصاً إذا كان حدوث هذه الأورام على صلة بأورام أخرى مثل الشوكوم القرني ، أو التقرانات السفعية ، أو السرطانة وسفية الخلايا ، أو داء بوفن ، أو سرطان بوفن ، الناشئة من أذية سفعية للجلد أو معالجة مبكرة بالزرنيخ . وتتوفر حالياً الريتينوئيدات العطرية الايتريتينات والايتريتين والايزوتريتنوئين ( ١٣ ـ مقرون ـ حمض ريتينوئيك ) . ويمكن أن تتراجع الأورام الموجودة بشكل كامل أو جزئي ، وأن يجتنب ظهور أورام جديدة . ويجب ، على الأرجح ، أن تكوْن الوقاية مدى الحياة . ويمكن أن تُحقق نفس الوقاية في المرضى المصابين بجفاف الجلد المصطبغ .

**المعالجة الموقفة نمو للخلايا Cytostatic** : لا ينصح عموماً بالمعالجة الموضعية بموقفات نمو الخلايا بمادة ٥ ـ فلوريوراسيل ، ويجب أن تستعمل فقط في استطبابات معينة ، مثال : في حالة السرطانات قاعدية الخلايا على الجذع ، أو في المرضى الذين يرفضون طرائق المعالجة الأخرى ( الجراحة ، الأشعة ، إلخ . ) . وقد أثبت البليوميسين الجهازي فشله .

**المتابعة والإنذار Follow – up and Prognosis** :

يمكن أن تنكس السرطانة قاعدية الخلايا في المنطقة المعالجة بسبب بقاياها التي لم تزال ، كما يمكن أيضاً أن تنشأ سرطانات قاعدية الخلايا جديدة . ولا يمكن غالباً كشف السرطانات قاعدية الخلايا تحت الطعوم قبل أن تصبح عقيدية أو تنكس بحواف الطعم المزروع . وإن كشف النكس تحت شرائح Splits الطعوم الجلدية أكثر سهولة منه تحت الطعوم كاملة الثخانة . ويجب متابعة أي مريض مصاب بالسرطانة قاعدية الخلايا لمدة طويلة كافية بهدف اكتشاف النكس بأسرع ما يمكن . ويجب أن تُجرى الفحوص مثلاً بعد ٢ و ٦ و ١٢ شهراً ، ثم كل ٦ ـ ١٢ شهراً لمدة خمس سنوات على الأقل . ويُقدر معدل الشفاء في السرطانة قاعدية الخلايا البدئية بين ٩٥٪ و ٩٩٪ ، أو ٩٢٪ تقريباً بعد نكس السرطانات قاعدية الخلايا .

إن أي مريض أصيب بسرطانة قاعدية الخلايا يملك خطراً أعلى إحصائياً للإصابة بسرطانات جديدة من المرضى الذين لم تظهر عندهم أبداً أية سرطانات قاعدية الخلايا . ولذلك كان من المطلوب المتابعة الدقيقة للكشف عن الأورام . ولكون ضوء الشمس عامل حقيقي في إحداث السرطانة قاعدية الخلايا لذا يجب تجنب أي تعرض غير ضروري للشمس . ويجب أن تتم الوقاية من الشمس بالملابس الملائمة وباستخدام واقيات الشمس المناسبة ذات عامل الوقاية ١٠ ـ ٣٠ ، والتي يجب أن تطبق بشكل دقيق .

## السرطانة وسفية الخلايا
## Squamous Cell Carcinoma :

*المرادفات* : الظهاروم شوكي الخلايا ، ورم شوكي Spinoloma ، السرطانة شوكية الخلايا .

**التعريف** : السرطانات وسفية الخلايا عبارة عن أورام ظهارية خبيثة تبدأ غالباً ضمن البشرة كسرطانة لابدة ( في موضعها ) in situ وتترق بعد فترة متغيرة من الوقت إلى أورام خبيثة غازية

حقيقية . وهي تنمو بطريقة مخربة وتنتقل بشكل رئيسي عن طريق الجهاز اللمفي . وإن العلامات السريرية الدالّة على الخباثة هي النمو غير المحدود والتخريب النسيجي الموضعي والانتقال . وتزود العلامات النسيجية بالنمو النسيجي اللانموذجي Atypical . وتؤثر السرطانة وسفية الخلايا بشكل عام على الصحة العامة ، وتسبب فقر دم ورمي Tumor Anemia وتؤدي أخيراً إذا لم تعالج إلى الموت .

**الوَبَئيات** : السرطانة وسفية الخلايا في الجلد أقل شيوعاً من السرطانة قاعدية الخلايا ( بنسبة $\frac{١}{١٠}$ تقريباً ) . وبما أن السرطانة قاعدية الخلايا لا تصيب الأغشية المخاطية لذا تعتبر السرطانة وسفية الخلايا الورم الخبيث الأكثر تواتراً في الانتقال من الجلد إلى المخاطية وفي المخاطية نفسها . ويقدر الحدوث في مناطق خطوط العرض المعتدلة بحوالي ١٢ ( رجال ) أو ٦ ( نساء ) لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان كل سنة ، ولكنه أعلى بكثير في المناطق المشمسة ( ٣٣ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان في تكساس و ٥٠ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان في أستراليا ) .

**الإمراض** : تعرف عوامل عديدة إمراضية أو مؤهبة لحدوث السرطانة وسفية الخلايا ( انظر الجدول ٥٧ ــ ١ ) .

| السبب | السنة | المؤلف |
|---|---|---|
| القطران ( سرطان الصفن عند منظفي المداخن ) | ١٧٧٥ | Pott |
| الزرنيخ | ١٨٢٢ | Paris |
| الندبات المشدودة | ١٨٢٨ | Marjolin |
| ندبات الحروق | ١٨٦٠ | Heurtreux |
| ضوء الشمس | ١٨٧٥ | Thiersch |
| قطران الفحم الحجري | ١٨٧٦ | Volkmann |
| زيت البرافين | ١٨٧٦ | Bell |
| ضوء الشمس | ١٨٩٤ | Unna |
| أشعة X | ١٩٠٢ | Frieben |
| كريوزوت ( قطران الزان ، | ١٩٢٠ | O'Donovan |
| Guaiacum وكريزول ) | ١٩٣٠ | Heller |
| معالجة البوفا PUVA | ١٩٧٩ | Stern وآخرون |
| الحمات الحليمومية الإنسانية | ١٩٨٢ | Ostrow |

**جدول ٥٧ ــ ١** : الأسباب المحتملة للسرطانة وسفية الخلايا

*وراثية :* يبدي الأشخاص ذووا الجلد الفاتح المنخفض الحماية بالملانين والحساس للشمس ( نمط I و II ) ميلاً أكبر لحدوث الأدواء مقدمة السرطان Precanceroses والسرطانات وسفية الخلايا من ذوي الأنماط المصطبغة الداكنة . ويتميز هؤلاء الأشخاص بالشعر الأشقر أو الأحمر والنمش غالباً والعيون الزرقاء أو الخضراء المزرقة . وإن السكان النرويجيين والإيرلنديين بشكل خاص هم المعرضون لهذا الخطر ( المهاجرين في الولايات المتحدة الجنوبية وأستراليا ) .

*الإشعاع :* يعتبر مقدار التعرض للأشعة فوق البنفسجية أثناء الحياة أهمَّ عامل بعد العامل الوراثي في حدوث السرطانة وسفية الخلايا . وإن أكثر من ٩٠٪ من مجمل السرطانات وسفية الخلايا تحدث في أجزاء الجلد المعرضة للشمس بشكل مزمن ، أي على الوجه والشفة السفلى والعنق والأذنين وظهر اليدين ( راجع الشكلين ٥٧ ــ ٩ و ٥٧ ــ ١٠ ) . وينتمي أغلب المرضى للسكان الريفيين . وإن متوسط عمر ظهور المرض هو بين ٦٠ و ٨٠ سنة . بل وأقل من ذلك في البلاد المشمسة . وإن الجلد يُدَوِّن كل أذية بالأشعة فوق البنفسجية يتعرض لها . ومع تقدم العمر وعندما يصبح جرعة الأشعة فوق البنفسجية عالية بشكل مناسب تظهر السرطانات وسفية الخلايا . ومن الأمثلة الأخرى : أذيةُ الجلد السفعية بعد المداواة بأشعة X ( التهاب جلد شعاعي مزمن ) والتأثيرات المزمنة للحرارة ( سرطان Kangri أسفل البطن في التيبت ، سرطان أسفل الساق الناجم عن نار مواقد الفحم المفتوحة في إنكلترا ) .

*التبدلات الجلدية التنكسية والالتهابية المزمنة :* تعتبر أذية الجلد المزمنة تميم عامل Cofactor مهم في تطور السرطانة وسفية الخلايا . ولا تحدث السرطانة وسفية الخلايا عادة على جلد طبيعي ، بل تحدث غالباً وعلى وجه الحصر على جلدٍ ذي أذية مزمنة إما مباشرة أو عن طريق تشكل آفة مقدمةِ السرطان . ويصادف خطر حدوث السرطانة في جلد الأشخاص المسنين ، والبحارين ، والمزارعين ، ومرشدي الجبال ، وفي الندبات المشدودة ، ومع ضمور الجلد إلخ . وتظهر بشكل نادر على الندبات الرخوة وضمور الجلد غير التصلبي . وإن السرطانة أكثر شيوعاً على الندبات التالية للتخثير والحرق ، وندبات الذأب الشائع المتصلبة ، وعلى التهاب الجلد الشعاعي المزمن ، وبخاصة ذات الصلة بقرحات الأشعة ، ولكنها تحدث بشكل نادر على ندبات آفات الذأب الحمامي الضمورية ، والتهاب جلد الأطراف المزمن المضمر . وفي بعض الأحيان توجد السرطانات في قرحات الساق طويلة المد ( $\frac{١}{٥٠٠٠}$ تقريباً ) وفي النواسير الدائمة ( سرطانة الناسور ) وفي العد المقلوب ( قرحة Marjolin ) ، إلخ .

إن أي ميل لاستمرار التكاثر الظهاري يُسهل حدوث السرطانة مثال : الحزاز المسطح التآكلي في الأغشية المخاطية

المزمن أو التهاب اللسان الخلالي الإفرنجي أو الحزاز التصلبي الضموري في الفرج أو القضيب .

*المسرطنات الكيميائية Chemical Carcinogens* : يؤهب التعرض الخارجي المنشأ المستمر لمسرطنات معينة لحدوث السرطانات وسفية الخلايا في الجلد . وتوجد زيادة في خطر حدوث السرطانات وسفية الخلايا في مجموعة معينة من المهن : العمال في مصافي الزيوت وفي صناعة قطران الفحم الحجري ، وعمال الطرق الذين يشتغلون بالقطران ، والعاملين باستخلاص الزرنيخ ومعاملته ، وفي التعدين والتعرض للأسبستوز ( الأمينت ) . ويوجد أيضاً خطر من قُطَارات قطران التبغ ( سرطان الرئة عند المدخنين ) والتماس مع السُّخام ( سرطان منظفي المداخن ) . ويعتبر الزرنيخ عون مسرطن Cocarcinogen إذا وجد بتراكيز عالية في الآبار أو ماء الشرب .

وبالنسبة للمرضى الذين تناولوا الأدوية المحتوية على الزرنيخ لأسباب طبية يمكن أن تتطور لديهم ليس فقط سرطانة جلدية فحسب ، بل وسرطانة في السبيل المعدي المعوي أو الجهاز التنفسي أو المثكلة أو الكليتين .

*التثبيط المناعي Immunosuppression* : كثيراً ما يُظهر متلقوا الطعوم الإسْوِية Allografts ( كلية ، قلب ، إلخ . ) زيادة في تواتر حدوث الأورام الخبيثة مشتملة السرطانات وسفية الخلايا . ويلاحظ نفس الشيء أيضاً في المرضى المثبطين مناعياً لأسباب أخرى مثل المعمم AIDS . ويترافق التثبيط المناعي مع الأخماج الحموية أحياناً .

*الأخماج الحموية Viral Infections* : تترافق الحمات الحليمومية الإنسانية - غالباً النمط ١٦ - مع زيادة خطر حدوث السرطانة وسفية الخلايا . وتوجد حالات كثيرة موثقة عن سرطانة القضيب والصفن والفرج واللسان والمثانة .

*عوامل متفرقة Miscellanous* : يزيد التشارك بين الإدمان على الكحول - خصوصاً المسكرات المركزة - والتدخين من خطر حدوث سرطانات متعددة البؤر في التجويف الفموي والبلعوم والمري والتي تشاهد بشكل رئيسي في النساء .

**الموجودات السريرية** : تبدأ السرطانة وسفية الخلايا في كثير من الأحيان على هيئة فرط تقرن ثؤلولي صغير ومرتفع قليلاً بلون رمادي أو أصفر مائل للبني لا يستدعي الانتباه . ويكون النمو في البداية ثابتاً غير مؤلم . وينمو الورم من قدّ ميليمترات قليلة إلى سنتيمتر ثم يكبر بسرعة . ويمكن أحياناً عَصْرُ مادة مصفرة تشبه العجينة من الأورام الكبيرة تدعى بالدويدة Vermiotte ، والتي تتألف نسجياً من خلايا ورمية متقرنة أو من لآلىء قرنية . وقد يبقى الورم المتحجر غير مؤلم . ويمكن أن يترقى نموه بسرعة حيث يحدث نخر تقرحي شديد . ولا يعف الورم عن الأنسجة الرخوة أو الغضروف أو العظام . وينتقل أولاً إلى العقد اللمفية الناحية وفيما بعد إلى الأعضاء الأخرى . تكبر العقد اللمفية وتقسو ثم يشمل الورمُ في وقت لاحق محيطَها فتصبح ثابتة . ويمكن للعقد اللمفية أن تتقرح وتتنوسر . ويمكن أن يحدث الخمج الجرثومي العارض موضعياً وجموعياً فيما بعد . وقد يؤدي النزف الذي لا يمكن السيطرة عليه أو التهابُ السحايا التالي لتدمير قبو القحف إلى الموت .

يختلف تواتر انتقالات السرطانة وسفية الخلايا جوهرياً من ٠,١ - ٥٠٪ حسب نمط الورم وتمايزه . وتظهر السرطانة الكشمية الناشئة على ندبات الذأب الشائع أو التهاب الجلد الشعاعي ميلاً خاصاً للانتقال . ويتراوح معدل الانتقالات في مرضانا من ٠,١٪ - ٢,٥٪ .

**الإنذار** : يعتمد على توضع الورم وحجمه ودرجة تمايزه . والإنذار سيء نسبياً في سرطانة اللسان والفرج والقضيب . ويمكن أن تشفى السرطانات الجلدية التي يتراوح قدّها بين ٢ - ٣ سم في ٩٠٪ من الحالات تقريباً ، ولكن الإنذار يصبح أسوأ بشكل واضح في الأورام الأكبر . وإن السرطانة وسفية الخلايا المشابهة أكثر للبشرة في بنائها النسيجي - يعني الأكثر تمايزاً - هي الأقل ميلاً للانتقال .

**التشخيص التفريقي** : يشمل التقران السفعي ( الشمسي ) ، والشوكوم القرني ، والثؤلول الشائع ، وداء بوفن ، والسرطانة قاعدية الخلايا ، والتقرانات المثية ، وورم خلل التقرن الثؤلولي ، وفرط التنسج البشروي الظهارومي الكاذب ، والملانوم الخبيث اللاملاني ، وأورام خلايا ميركل . ويضاف لذلك أورام عديدة لجريبات الغدد الزهمية ، والغدد العرقية الناتحة والمفترزة ، وجريبات الأشعار الانتهائية التي يمكن تصنيفها نسيجياً فقط كأورام حميدة أو خبيثة . والأمثلة على ذلك : غدوم الغدد الزهمية ، والكيسوم العرقي الناتح ، والورم المسامي ، وكيسات غمد الشعرة الخارجي المتكاثرة ، وأورام غمد الشعرة الخارجي المتكاثرة . ويزود الفحص النسجي بالقرار كما هو الحال دائماً في تشخيص الأورام .

**التشريح المرضي النسجي** : تنشأ كتل الورم غير المنتظمة من البشرة أو الأجزاء المتقرنة للظهارة الجريبية مع نمو مخرب ومرتشح ضمن الأدمة . وتكون الخلايا كبيرة وغنية بالهيولى بينما تبقى حدودها والجسور بين الخلوية مرئية كما في خلايا الطبقة الشائكة . وتميل هذه الخلايا للتقرن كالخلايا الشائكة الطبيعية . وينجم عن ذلك تشكل كرات متقرنة من طبقات

متراكزة ضمن الورم يطلق عليها اسم اللآلىء القرنية Horn Pearls ، والتي تبدي قرنيناً زجاجياً Keratohyalin ضمن تقرن سوي التقرن ، ولكن لا يوجد قرنين زجاجي في اللآلىء القرنية خطلة التقرن . وأكثر ما تشاهد الخلايا الوسفية المتمايزة في حواف الورم النامية بسرعة غالباً . ويلاحظ وجود تعدد أشكال Polymorphism وكشم نووي ، وانقسامات فتيلية Mitoses لا نمطية ، ونوى مفرطة الكروماتين . ويوجد في كل الحالات تفاعلٌ سَدَوي واضح حول الكتل الورمية المتكاثرة مع تكدس اللمفاويات والخلايا البلازمية بشكل رئيسي ، والمنسجات والخلايا البدينة .

وتصنف درجة تمايز السرطانة وسفية الخلايا إلى أربع درجات حسب رأي Borders رغم ندرة استخدام هذا النظام اليوم . ويعتمد التصنيف على تزايد نسبة الخلايا غير المتمايزة التي لا تبدي أي ميل للتقرن في آخر الأمر .

نسبة خلايا الورم غير المتمايزة :

درجة I < ٢٥٪

درجة II < ٥٠٪

درجة III < ٧٥٪

درجة IV > ٧٥٪

ويجب أن تُقَيَّمُ درجة تمايز أو عدم تمايز السرطانة وسفية الخلايا في المقاطع النسيجية ، وأن توضع نُصْبَ الأعين حين اختيار المعالجة . ولا يعتمد الإنذار على نسبة الخلايا غير المتمايزة فحسب بل وعلى حجم الورم والعمق الذي وصل إليه . ومن النادر وجود غزو تحت مستوى الغدد العرقية في الأورام منخفضة درجة الخبث .

**المعالجة :** تتألف المعالجة بشكل أساسي من الإزالة الجذرية الكافية لكتلة الورم ضمن نسيج سليم مع المحافظة ما أمكن على البنيات الوظيفية . ويُستخدم كل من إجراءات الجراحة القَرِّية ، ومعالجة الليزر ، والجراحة المراقبة مجهرياً ، وإعادة البناء Reconstruction بالجراحة الرأبية Plastic اعتماداً على التوضع .

*الطرق الجراحية :*

تستأصل الأورام الصغيرة في توضعات مناسبة مع هامش أمان مناسب من النسيج السليم ويغلق الجرح ـ أحياناً بطرق إضافية من الجراحة الرأبية ـ . وتتطلب الأورام الأكبر في كثير من الأحيان إزالة كميات مهمة من النسيج ، مثال : الإصبع أو مفصل الأبخس أو القضيب . ويجب أن تؤخذ في الحسبان النواحي الوظيفية بالإضافة إلى الحفاظ على أجزاء نسيجية هامة ( مثل جزءٍ متبقٍ لفصيص الأذن ضروري لحمل النظارات ) .

وإن الأدواءَ مقدمةَ السرطان أو السرطانة الوسفية الخلايا البدئية في منطقة الشفة يمكن أن تحتاج لكشط الشفة ( قَطْع الحافة القرمزية ) ، حيث يزال سطح الشفة باتجاه أفقي وتُنقل مخاطية الشفة السفلى للأعلى كبديل للشفة وتقطب سوية مع الجلد . وتستأصل الأورام التي لا تتجاوز ثلث الشفة بشق إسفيني أو ذي شكل W ، بينما تعالج الأورام التي تصل حتى ثلثي الشفة بتقنيات Burow و Bernard . ويجب في حالات معينة من أنماط السرطانة الوسفية أن تُزال العقد اللمفية الناحية وأن يُسَلَّخ العنق من قبل طبيب الأنف والأذن والحنجرة أو الجراح الرأبي . ( راجع الشكل ٥٧ ـ ١١ ) .

*المداواة بأشعة X :*

يمكن معالجة السرطانات الصغيرة المشخصة باكراً بنجاح بوساطة أشعة X اللينة ضعيفة النفاذية soft X – ray . وهي المعالجة المختارة في المرضى المسنين أو ذوي الأخطار الطبية الخاصة . ويتم اختيار نوع الأشعة حسب موضع وحجم الورم بالإضافة إلى درجة التمايز نسيجياً . وتتراوح الجرعات الفرادية بين ٣ و ٥ غراي يومياً ، والجرعات التراكمية من ٥٠ ـ ٨٠ غراي . ويجب ، في حالة الأورام النامية للخارج ، أن تُسَطَّحَ أولاً بالكشط بالمشرط أو بالجراحة الكهربية . وتعالج سرطانات الشفة أو الجفن جيداً بأشعة X ضعيفة النفاذية .

إن السرطانات قرب الغضروف أو العظم أقل ملاءمةً لهذه المعالجة ، وبخاصة على ظهر اليدين أو القدمين . ويمكن لأطباء المداواة بالأشعة ، في حالات خاصة ، استخدام تقنيات شعاعية أخرى ( بيتا ترون ، غاما ترون ) .

*الأدوية الموقفة لنمو الخلايا Cytostatic Drugs :*

يمكن للسرطانات وسفية الخلايا عَصِيَّة الجراحة ، والأورام التي لم تستأصل كاملة جراحياً كسرطانة القضيب ، والسرطانات الانتقالية يمكن أن تعالج جهازياً بالبليوميسين . كما يمكن للمعالجة بالبليوميسين قبل العمل الجراحي أن تنقص من حجم الورم ، وبالتالي تحسين حالة العملية . ويوصى بالمشاركة مع أدوية المعالجة الكيميائية الأخرى ( معالجة كيميائية متعددة ) في حالات خاصة . وإن التعاون مع طبيب الأورام ضروري .

ويمكن أن تتم المعالجة الموضعية بحقن المركبات الموقفة لنمو الخلايا داخل الآفة أو تطبيقها فوق الجلد ( الخردل الآزوتي أو ٥ ـ فلوروريوراسيل ) . ويحتفظ بهذه المعالجة لحالات خاصة فقط ، ولا زالت في الوقت الحاضر في طور التجربة .

*الهرمونات :* يوصي أطباء الأورام في أورام محددة مثل غدة الموثة

والثدي بمعالجة وقائية بالهرمونات ( استروجينات ، مضادات الاستروجين ) .

**المتابعة** : يجب أن تستمر المتابعة لمدة خمس سنوات على الأقل . وتُجرى في البداية بفواصل ( ١ و ٦ و ١٢ شهراً ) وبعدئذٍ كل سنــة . وإذا وُجِدَ شك بالنكس أو لوحظ نمو جديد يجب معالجته في الحال . وإذا مُيِّزت السرطانة البدئية أو النكس باكراً تزداد فرص الشفاء بشكل معتبر .

## الأشكال الخاصة :

**سرطانة الشفة** : يتوضع ٦٥٪ من السرطانات وسفية الخلايا في مركز الوجـه . ويصــاب الرجـال أكثر من النســاء ( ٤٠ : ١ ) .

وتتوضع معظم السرطانات الوجهية على الشفة السفلى . بينما نادراً ما تصاب الشفة العليا بسبب قلة تعرضها للأشعة وفق البنفسجية الآتية من الشمس ، بينما تتلقى الشفة السفلى والمناطق المجاورة لها كمية أكبر من الإشعاع . وتتطور سرطانات الشفة على الأغلب من أدواء مقـدمـةِ الســرطان : الطلوان ( عند المدخنين خصـوصـاً مدخني الغليون ، وعند نافخي الزجاج والعـامـلين بـالقطـران ) ، أو التهـاب الشـفــة المزمن المقدم للســرطـان ، أو التهـاب الشـفــة ســاحج Abrasive مقدم السرطان .

يبدأ تطور السرطانة بتشكل وَسفة ملتصقة قلما يُشعر تحتها بجسوء في البداية ، ولكنه يُكشف فيما بعد . ويبدأ الورم أحياناً كتآكل صغير مع قاعدة ثابتة . ويحدث في بعض الأحيان تقرح بدئي غير مؤلم ودون نمو للخارج ، وعلى أية حال يكون لهذا الورم قاعدة قاسية غير مؤلمة . وتوجد أحياناً عقيدة مُصْمتة ثابتة تبدي تنخراً في وقت لاحق ، ويكون نمو واتساع الورم أفقياً أولاً وشاقولياً بعد ذلك . وقد يبلغ التهاب الشفة السفعي التـآكلي بمدة سنتيمـترات عرضــاً ويمكن أن يحتوي على جزء ورمي عقيدي صغير أو كبير . ويمكن أن تزداد الشفة عرضاً بنمو السرطانة النافذ للعمق ، وقد تنزاح زاوية الفم بكتلة الورم وبالنقائل للعقد اللمفية الناحية والبعيدة لاحقاً .

**التشخيص التفريقي** : يشمـل الشـوكوم القرني ، والطـلوان الثؤلولي ، والثؤلول الشائع ، والقرّح الإفرنجي الأولي ، والورام الحليمي الفمـوي المـزدهر . تصيب الســرطانة قاعدية الخلايا الشفتين بشكل ثانوي فقط . وتستطب الخزعة في كل حالة . ويمكن للتلوين بأزرق التولودين أن يكوم مساعداً في التشخيص الباكر .

**ســرطـانة القضيب Penis Carcinoma** : تتطلـب ســرطانة القضيب الكشف والمعـالجة الباكرين بسبب إنذارها السيء . وهي تتطور عادة في الأعمـار بين ٤٠ و ٧٠ سنـة ، وتنتقي بتوضعهـا الوجه الظهري للحشفـة والثـلم الإكليلي والقلفة . ويقوم الأساس الإمراضي لسرطانة القضيب على ثلاثة عوامل : اللَّخن Smegma ( المفرز الزهمي من القلفة ) والالتهابُ المتكرر بشكل مزمن ، والأدواءُ مقدمةُ السرطان . ومن النادر إصابة الذكور المختونين . ( راجع الشكل ٥٧ ــ ١٢ ) .

يقدر حدوث سرطانة القضيب في الأحصنة بحوالي ٢٣٪ من جميع الســرطانات . وتحدث في المخصيين ــ يعني النعوظ الناقص Missing أن الكيس القلفي غير مُنَظَّف ــ أكثر بعشر مرات منها في غير المخصيين .

وقد تبين أن النقـل التجريبي للمفرز الشحمي من القلفة ( اللَّخن Smegma ) الإنســاني إلى داخل المهبـل في الفئران يُحرض حدوثَ الســرطانة في ناحيـة العنق . والأدواءُ مقدمةُ السرطان هي : التنسج الأحمر Erythroplasia ، وداء بوفن ، والحزاز التصلبي الضموري . وإن التهاب الحشفة المتكرر المزمن في تضيق القلفة أو في المرضى السكريين هو عامل آخر مولد للتسرطن .

ويبدو المظهر السريري لسـرطان القضيب إما على شكل تكاثر حليمومي للخارج مع ميل للتنخر أو كجسوء وتقرح مرتشـح . ويمكن بالخزعة إثبـات الســرطانة نسيجياً إذا كان الانطباع السريري يدعو للشك . وإن غزارة الأوعية الدموية واللمفية للقضيب تعني وجود خطر جسيم لحدوث النقائل ــ كما هي الحال في اللسان ــ . وتحدث النقائل المبكرة في ٥٠٪ من الحالات تقريباً . وهي توجد بشكل رئيسي في العقد اللمفية الناحية ( الأربية وجانب الأبهر ) ، في حين تكون الانتقالات عن طريق الدم أقل شيوعاً .

تتـألف المعالجة من الجراحة والمداواة بالأشعة والتي تُكَيَّفُ حسب المرحلة . ويعتمد هذا على امتداد وارتشـاح السرطانة وحدوث النقـائل . وتقتصر المعـالجة في السرطانة قبل الغازية Preinvasive على استئصال المناطق المحدودة المشتبهة ، ولكن من أخرى قد تقتضي المعالجة البتر الجزئي للقضيب مع أو دون تســليخ العقـد اللمفيــة . وتشمـل التدابير الأخرى المعـالجة بالليزر ــ ليزر $Co_2$ على الأغلب ــ والمعالجة الموقفة لنمو الخلايا الجهازية بالبليوميسين .

**سـرطانة الفرج** : تحدث عادة في النســاء المسنات على الوجه البـاطن للشفر الكبـير عند الانتقال للالتقاء مع الشفر الصغير والبظـر . ويمكن تمـيـيز ســرطـانـات مرتشحــة ومتقـرحـة وحليمومية . ومثلما هو الحال في سرطانة القضيب ينشأ كثير من سرطانات الفرج على الحزاز التصلبي الضموري ( يشار لها

بتعبير لَطَع Kraurosis أو طَلَوانُ الفرج ) ، وداء بوفن ( سرطان بوفن ) ، والتنسج الأحمر Erythroplasia أو داء باجيب خارج الثدي ( سرطان باجيت خارج الثدي ) . ( راجع الشكل ٥٧ – ١٣ ) .

الإنذار سيء بسبب الميل الكبير للانتقال ولذلك يجب أن يُنجز الفحص النسيجي والمعالجة باكراً ما أمكن .

تشمل تدابير المعالجة النوعية استئصال الفرج ، والمعالجة بالليزر والاستئصال بالتخثير الكهربي مع الشفاء بالمقصد الثاني ، والمداواة بالأشعة وموقفات نمو الخلايا الجهازية .

**سرطان اللسان** : يصاب الرجال أكثر بعشر مرات تقريباً من النساء . وتحدث سرطانة اللسان على التهاب مزمن ( مثال الحزاز المسطح المخاطي ، الصموغ ) ، أو الندبات المشدودة ، أو الطلوان ، أو الأشكال الأخرى الخاصة بالسرطانة الثؤلولية ( الورام الحليمي الفموي المزدهر ) . وتصاب الحواف الجانبية للسان أكثر من الذروة أو القاعدة . وتنشأ عقيدات قاسية أو جسوءات تتبعها تقرحات تمتد إلى عمق مختلف ، وتكون أكثر إيلاماً . وتؤدي النقائل الباكرة بطريق الجهاز اللمفي إلى تورمات قاسية غير مؤلمة ، نامية بثبات في العقد اللمفية الناحية . ويشمل التشخيص التفريقي الصمغ الإفرنجي في اللسان بالإضافة إلى أورام النسج الرخوة الحميدة والخبيثة . وإن إنذار سرطان اللسان سيء . ومن المناسب معالجة هذا النوع من السرطانة من قبل طبيب الأنف والأذن والحنجرة . ( راجع الشكل ٥٧ – ١٤ ) .

**تسرطن الساحة Field Cancerization** : تحدث في ٢٨٪ من جميع سرطانات المخاطية الفموية سرطانات مبعثرة متعددة البؤر ( شكل الحقل ) ، ويمكن لهذه السرطانات أن تصيب الشفتين والبلعوم والحنجرة والمري .

**سرطانة بوفن Bowen carcinoma** : تتطور سرطانة بوفن من داء بوفن الذي يحدث على الأماكن المعرضة للشمس ، بالإضافة إلى الجذع ، أو الناحية التناسلية ( الفراغ القلفي ، الفرج ) ، أو على ظهر اليدين ، أو بين طيات الأصابع ، أو على الأباخس ، أو بتوضع تحت ظفري في الأبخس الكبير غالباً . وتأخذ سرطانة بوفن في بعض الأحيان مظهراً صداقي الشكل أو تكون موجودة تحت قرن جلدي .

## سرطانة الجلد النقيلية أو الثانوية
## Metastatic or Secondary Carcinoma of the Skin :

تنشأ السرطانات الجلدية الثانوية إما من أورام باطنية تنمو مباشرة على الجلد أو عن طريق النقائل الدموية أو اللمفية .

ويُظهر نحو ٣ – ٥٪ من المرضى ذوي الأورام النقيلية انتقالات جلدية ، والتي قد تكون العلامة الأولى للورم النقيلي . ويمكن أن تحدث النقائل الجلدية في أية طبقة من الجلد : خارجية أو جلدية أو جلدية وتحت جلدية أو تحت جلدية . وتأخذ عادة شكل عقيدات ثابتة بلون الجلد إلى حمراء ذات أحجام مختلفة لا تتقرح إلا نادراً جداً ، وسرعان ما تشاهد ويُشعر بها . وإن حدوث النقائل في طبقات الجلد المختلفة ( النسج الجلدية ، تحت الجلدية ) في وقت واحد هي نمطية ( راجع الشكل ٥٧ – ١٥ ) .

يمكن أن يوجد ارتشاح مترقٍ في جدار الصدر والعنق وأعلى الذراع منشؤه سرطانة الثدي في النساء والرجال ، وأيضاً السرطانات الأخرى في ناحية الرأس والعنق ( سرطانة مدرعة Carcinoma en cuirasse ) . ويمكن أن يشير توضع النقائل إلى نمط الورم البدئي . فجدار البطن هو المكان الأكثر شيوعاً لانتقالات السرطانات من الرئتين أو المعدة أو الكليتين ، ومن المبيضين أيضاً . وإن النقائل لجدار الصدر في النساء تأتي غالباً من سرطان الثدي . والمكان الأكثر شيوعاً بالدرجة الثانية للنقائل من أورام بالرئتين أو الكليتين أو الثديين هو الفروة . ويليه جلد الظهر لسرطانة الرئة أو الثدي ، ومن ثَمَّ الأطراف والوجه والعنق ( السرطانة الفموية البلعومية ، السرطانة الكلوية ) . وتنشأ السرطانات الغدية النقيلية إلى الجلد عادة من الكولون أو الثديين أو الرئتين ، بينما تشتق السرطانات وسفية الخلايا النقيلية من التجويف الفموي أو الرئتين أو المريء . وتأتي الأورام غير المتمايزة بشدة من الرئتين أو الثديين . أما النقائل الجلدية الأكثر تكراراً فتأتي من سرطان الثدي ثم تليه سرطانات المعدة والرحم والرئتين والأمعاء والكليتين .

*النقائل دموية المنشأ Hematogenous Metastases* : يمكن أن تحدث في أي مكان ، وقد تكون مفردة أو متعددة . وهي أشيع في البطن والفخذ . وإذا كان الانتقال يملك البناءَ النسيجي للورم البدئي فيمكن أن يُستدل على مكانه . وينطبق هذا بشكل خاص على سرطانات المعدة والكليتين والشجرة القصبية .

*النقائل لمفية المنشأ* : تشاهد بشكل رئيسي في سرطانات الثدي ، ومهما يكن فالنمو بالاستمرار ممكن أيضاً . وتتألف النقائل نسجياً من أوعية لمفية متوسعة ومسدودة بكتل خلوية ورمية ( احتشاءات في القناة اللمفية ) في الأدمة . ويمكن في سرطان الثدي ، وأحياناً الِملانوم الخبيث ، ملاحظة وجود حمامى حمراء ملتهبة تشبه الحمرة ( السرطانة الحمرانية Erysipelatoides ، الحمرة السرطانية Erysipelas Carcinomatosum ، أو الحمرة الملانومية Erysipelas Melanomatosum ) . وخلافاً للحمرة يوجد ترقٍ بطيء

فقط ولا ترتفع درجة حرارة الجسم . وبعد أسابيع كثيرة يكتسب الاحمرار تبدلاً أصفر اللون وبعدها يتسمك الجلد ويقسو . ( راجع الشكل ٥٧ ـ ١٦ ) .

*السرطانة المدرعة* **Carcinoma en cuirasse** : تبدأ بحمامى لطخية ، خصوصاً من سرطانة الثدي ، وتتحول إلى تورمات قاسية وارتشاحات معطية مظهراً مشابهاً لتصلب الجلد . وتنتشر التبدلات لتشمل الكتفين والظهر والذراعين . ويكتسب الجلد ، بإصابة الجذع بكامله ، مظهر صفيحة درع الصدر . ويمكن أن يحدث توسع شعريات بنموذج منتشر . وقد تحدث حويصلات كاذبة نطاقية الشكل ( توسعات أوعية لمفية ) ونمو حليمومي ضمن هذا النمط الخاص للسرطان .

ويحدث التقرح والحلبات النزفية في أمكنة كثيرة . ونسيجياً ، تبدي هذه السرطانة وجود غزو لكامل الجلد بالخلايا الورمية بالإضافة للكتل السرطانية داخل الأقنية الوعائية اللمفية .

**الإنذار** : سيء دائماً .

**المعالجة** : تعتمد بشكل جوهري على الورم البدئي . فالنقائل الجلدية المنعزلة يمكن استئصالها ، في حين تعالج النقائل السطحية ( السرطانة المدرعة إلخ ) بالمداواة بالأشعة مع الحفاظ على الجلد ما أمكن ( بيتاترون ) . ويمكن أيضاً المعالجة بإعطاء المثبطات الخلوية . ويستطب التعاون مع الاختصاصيين الآخرين . واعتماداً على تعبير المستقبلات الهرمونية في الورم البدئي أو النقائل يمكن أن تُعطى الهرمونات أو مضادات الهرمونات .

# الفصل الثامن والخمسون

# الملانوم الخبيث

# Malignant Melanoma

د . صالح داود ، د . هدى منيني

المـلانوم الخبيث هو واحد من أخبث الأورام التي تعيب الجلد والأغشية المخاطية ، ولا يتميز سلوك هذا الورم بالغزو الموضعي فحسب ، بل يتميز بشكل أكبر بميله الواضح والباكر في أحيان كثيرة لإحداث نقائل لمفاوية و/أو دموية المنشأ ، وما ينجم عن ذلك من نتائج مميتة . يتألف الملانوم الخبيث من خلايا الورم الملاني التي يمكن أن تعتبر شكلاً خبيثاً من نظام الخلايا المنتجة للملانين ( الخلايا الملانية ) في الجلد . والخلايا الملانية الطبيعية هي خلايا مفردة متحركة تهاجر أثناء مرحلة تكون الورم Ontogenesis من العرف العصبي إلى أماكن إنتاج الملانين . وهي لا تنمو في الأوساط النسجية ( كما هو الحال في البشرة ) كما أنها لا تملك اتصالات بين خلوية ، وهي تظهر ميلاً للعزل بعد الانقسام الفتيلي .

تملك خلايا الملانوم الخبيث هذه الخصائص الكيمائية الحيوية أيضاً وهي تفسر الانتشار الباكر للخلايا الورمية وخاصة إلى الأوعية اللمفية رقيقة الجدار في الأدمة العليا . ومن الجدير بالملاحظة أيضاً أن الجسد ينتج استجابة مناعية معتدلة نحو الملانوم الخبيث . ومن الثابت أن خلايا الملانوم الخبيث لا تُعتبر خلايا غريبة بالنسبة للجهاز المناعي .

**الحدوث :** يصيب الملانوم الخبيث العرق الأبيض بشكل أكبر . وهو نادر جداً لدى السود . أما نسبة حدوثه في البلاد الأوربية فتبلغ ٤ – ١٤/١٠٠,٠٠٠ من تعداد السكان في السنة ، وقد تزايدت هذه النسبة بشكل كبير في السنوات الأخيرة . ومن المحتمل أن التعرض المديد للشمس يلعب دوراً في هذه الزيادة . وهناك أدلة تشير إلى أن حروق الشمس الشديدة المتكررة تزيد من خطر حدوث الملانومات الخبيثة .

تصيب الملانومات الخبيثة الأعمار المتوسطة وهي نادرة جداً قبل البلوغ ، وتصاب النساء بمقدار ضعفي الرجال . ويمكن للملانوم الخبيث أن ينشأ في أي مكان من الجلد والمخاطيات ( الفم والمخاطية التناسلية ) . ويُعتبر الوجه والساقان الأماكن المفضلة للإصابة لدى النساء ، بينما يعتبر القسم العلوي من الجذع المكان المفضل للإصابة لدى الرجال .

لم يتم تأكيد دور العوامل الوراثية في حدوث هذا الورم . وكذلك فإن أهمية المستضدات النسجية (HLA) وخاصة HLA $A_8$ أو HLA – $DR_4$ لا تزال غير واضحة . غير أنه في نفس الوقت ، ثمة حالات عائلية من الملانوم الخبيث ( ١٪ – ٧٪ من جميع مرضى الملانوم الخبيث ) حيث حدثت إصابة لدى الأب وإصابة أخرى لدى واحد أو أكثر من أولاده . ويتزايد خطر حدوث الملانوم الخبيث المكتسب لدى العائلات التي يوجد فيها قصة لإصابة أحد الأفراد بنسبة أكبر مما هو عليه الأمر لدى السكان العاديين . ويُشتبه بوجود وراثة صبغية جسدية سائدة بنفوذية مختلفة أو وراثة عديدة الجينات في حالات الملانوم الخبيث العائلي .

كذلك فإن الملانوم الخبيث يحدث بنسبة أكبر لدى العائلات التي لديها متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية . أما بالنسبة لتأثيرات العوامل البيئية فلا تزال المعلومات المتوفرة عنها قليلة حتى الآن .

ويلعب التعرض للشمس دوراً هاماً في حدوث الملانوم الخبيث لدى المرضى الذين لديهم ملانوم الشامة الخبيثة ( النمش الملاني لهتشنسون Melanotic Freckle of Hutchinson ) . ويؤدي التعرض الشديد للشمس إلى ازدياد في حدوث الأورام لدى الأشخاص ذوي الجلد الفاتح اللون من السلالة السلتية Celtic .

**الإمراض :** لا يزال الإمراض مجهولاً . لوحظ وجود جزيئات حموية ( نمط C ) ذات خواص مشابهة للخواص الموجودة في الحمات الخلفية Retroviruses ، وذلك في التجارب على الحيوانات وفي الملانوم الخبيث لدى الإنسان ويمكن نقل هذه الجزيئات عن طريق الخلاصات اللا خلوية .

يحدث الملانوم الخبيث على جلد سليم سريرياً في ١٠٪ من الحالات . ولسوء الحظ ، فإن المريض ينظر إلى هذه البقع المصطبغة على أنها غير مهمة ولا يلجأ لزيارة الطبيب من أجلها إلا عند ظهور أعراض الخبث وعلاماته مثل ازدياد الحجم ، والنز ، والنزف ، والحكة .

وفي حوالي ١٠ – ٢٠٪ من الحالات يحدث الملانوم الخبيث على أنقاض ملانوم الشامة الخبيثة الذي يكون موجوداً منذ سنوات أو لمدة عقد كامل . وقد وجدنا لدى مرضانا أن فترة الكمون الوسطية قبل حدوث الاستحالة الخبيثة في الشامة الخبيثة تبلغ ١٤,٥ سنة . وهذه الاستحالة أكثر شيوعاً لدى النساء المسنات .

وقد يتشكل الملانوم الخبيث أحياناً على حساب آفة شبيهة بالشامة موجودة في النهايات على الراحتين والأخمصين أو في ناحية الظفر ( ملانوم شامة النهايات ) . ولا يوجد علاقة لهذا الورم مع الرضح في هذه الحالة .

قد يتطور الملانوم الخبيث اعتباراً من وحمة خلوية مصطبغة موجودة منذ سنوات وذلك في ٣٠٪ من الحالات . وقد تؤدي وحمة الوصل التي تعرضت للرضح المزمن أو التشعيع ، أو الالتهاب أو العلاج غير المناسب للوحمات المصطبغة إلى تشكيل الملانوم . وفي هذه الحالات ، يرجح عدم وجود استحالة خبيثة في الخلايا الوحمية المصطبغة أو غير المصطبغة الموجودة سابقاً في الوحمة الخلوية ، ولكن يرجّح وجود بيئة موجودة ضمن الوحمة الخلوية مناسبة لحدوث ملانوم خبيث . وثمة مخاطر خاصة تواجه المرضى الذين يعانون إما من متلازمة الوحمة مختلة التنسج العائلية أو الشكل غير العائلي منها ، والذين لديهم وحمات مصطبغة مختلة التنسج أيضاً . ومن النادر جداً أن ينشأ ملانوم خبيث على حساب الوحمة الزرقاء . ومن غير المؤكد ما إذا كان ثمة استحالة خبيثة تصيب الخلايا الوحمية الملانية في النسيج الضام أو أن هذه الظاهرة هي نفس الظاهرة الموجودة في الوحمات الخلوية .

**الموجودات السريرية** : الملانومات الخبيثة هي عادة بلون بني غامق إلى أسود مزرق ، وغالباً ما يوجد اختلاف في لونها . وقد توجد أقسام من الورم عديمة اللون ، وفي بعض الأحيان ، يكون الورم البدئي عديم اللون تماماً وخال من الملانين ( الملانوم اللا ملاني **Amelanotic melanoma** ) . وليس ثمة شكل نموذجي للملانوم الخبيث ، ذلك لأن هناك تنوع هائل في الأشكال من حيث الحجم ، والمظهر ، والعمق ، واللون ، والتغيرات الثانوية ، وهذه التغيرات الثانوية هي عبارة عن نز ، وتجلب وتآكلات ، وتقرحات وتشكلات ثؤلولية أو حتى تغيرات تقهقرية **Regressive** . ونتيجة لما سبق ذكره ، يجب تمييز الملانوم الخبيث عن كثير من الأمراض الجلدية الأخرى ، ويمكن تمييز الأنماط التالية من الملانوم الخبيث ، ولكن يجب أن نتذكر دوماً أن هناك جزء هام من الملانومات الخبيثة لا يمكن أن تصنف سريرياً بالاستناد إلى هذه القاعدة .

### ملانوم الشامة الخبيثة ( م ش خ ) Lentigo Maligna Melanoma LMM :

*المرادفات :* ملانوم خبيث يتطور من آفات ملانية محتملة التسرطن .

**الموجودات السريرية** : يحدث هذا الملانوم بشكل ملحوظ لدى النساء المسنات ابتداء من شامة خبيثة لديهن استمر وجودها لعدة سنوات أو حتى لمدة عقود . سريرياً ، تشاهد شامة خبيثة كاملة التطور مؤلفة من بقع متغايرة اللون متدرجة من البني الفاتح وحتى البني القاتم أو المسود . وتوجد الآفة عادة على الوجه ( راجع الشكل ٥٨ ـ ١ ) أو الساقين لدى النساء المسنّات . وعادة ما تكون حافة الآفة غير منتظمة وغير محددة بشكل واضح ، وإذا طرأ على هذه الآفة تغير في اللون نحو الأسود ، أو ارتشاح بعد أن استمر وجودها لعدة سنوات ، أو إذا نشأ عليها عقيدات صغيرة سوداء ، فعندها سوف تشير النسجيات إلى حدوث ملانوم خبيث غاز .

**التشريح المرضي النسجي** : يتميز ملانوم الشامة الخبيثة بوجود تكدسات من خلايا ملانية ، لا نمطية ، مصطبغة بشدة في الطبقة القاعدية للبشرة . وهذه الخلايا تخترق منطقة الغشاء القاعدي وتشكل كتلاً مرتشحة تنمو باتجاه عمودي في الأدمة العليا . وإن استحالة الشامة الخبيثة إلى ملانوم الشامة الخبيثة يكون بطيئاً ومستمراً ، ويترافق مع تغير في اتجاه النمو من الشعاعي إلى العمودي .

**الإنذار** : يكون الإنذار في هذا النمط من الملانومات أفضل إنذاراً من الأنماط الأخرى ، لأن النمو العمودي يكون متأخراً نسبياً .

### الملانوم السطحي المفترش ( المنتشر ) ( م س م ) Superficial Spreading Melanoma (SSN) :

*المرادفات :* الملانوم الباجيتاني **Pagetoid Melanoma** .

**الموجودات السريرية** : يصيب الملانوم السطحي المفترش عادة الأعمار المتوسطة ، وهو أكثر حدوثاً على الجذع ( راجع الشكل ٥٨ ـ ٢ ) . ويفترض أحياناً أن هذه الآفة قد تطورت بدءاً من وحمة خلوية مصطبغة . وقد يعتري ذلك تخليط **Confusion** بين الحالتين ، وأن طور النمو الشعاعي يشابه الوحمة . وعادة ما تكون القصة المرضية قصيرة نسبياً ( ١ ـ ٥ سنوات ) ، ويتظاهر الملانوم السطحي المفترش مبدئياً على شكل بقع واضحة الحدود بيضوية أو مدورة الشكل ، بقدّ قطعة النقود الصغيرة مع حواف قوسية أو عديدة الدوائر أو ناتئة . وغالباً ما يكون هامش الآفة مرتفعاً قليلاً . ويكون لونها البقعي نمطياً . ولا تُرى الألوان البنية الفاتحة أو البنية المسودة عادة ، ولكن يرجح أن تأخذ الآفة اللون الرمادي واللون الأسود الضارب للزرقة أو اللون الأبيض ( مرحلة التراجع ) ، أو غالباً ما يكون لون الآفة وردياً وحتى اللون الأحمر ( مرحلة الالتهاب ) . تكون مثل هذه البقع مسطحة في البداية ، وذلك لآن هذا النمط من الملانوم ذي نمو أفقي ، ولكنها تصبح فيا بعد ذات سطح غير منتظم أيضاً . وتبدي في المراحل المتأخرة حطاطات مرتشحة محددة ، أو عقيدات وتبدي أحياناً مظهراً ثؤلولي الشكل وذلك لأن نمو الملانوم السطحي المفترش قد أصبح عمودياً وغازياً .

**التشريح المرضي النسجي** : الملانوم السطحي المفترش ورم لابدّ ( موضع ) في البشرة وذلك في المراحل الباكرة من النمو .

وعادة ما نجد بشرة شواكية قليلاً تغزوها خلايا ملانية كبيرة مدورة ، لا نمطية ، وذات هيولى غزيرة شاحبة . وهذه الخلايا تشابه خلايا داء باجيت كما أنها يمكن أن تبدي طراز انتشار مماثل .

ولهذا السبب ، أطلق McGovern اسم الملانوم الباجيتاني Pagetoid melanoma على هذا ا لنوع من الورم . ويحدث الملانوم الغازي فور حدوث تبدل في اتجاه التكاثر من الأفقي إلى العمودي حيث يخترق الورم منطقة الغشاء القاعدي إلى الأدمة . ومن الملاحظ وجود تفاعل التهابي واضح في الأدمة العليا .

**الإنذار** : يكون الإنذار جيداً في المراحل الباكرة . أي مرحلة اللويحات الصغيرة أو الملانوم اللابد ( الموضع ) في البشرة . وإنذار هذا النمط من الملانوم يقع بين الإنذار الحسن لملانوم الشامة الخبيثة وبين الإنذار السيء للملانوم العقيدي . وإن ما يقرّر هذا الإنذار هو ثخانة الورم في الجزء العقيدي .

**الملانوم العقيدي Nodular Melanoma :**

*المرادفات :* الملانوم الخبيث العقيدي ، الملانوم العقيدي البدئي .

**الموجودات السريرية** : ( راجع الشكلين ٥٨ ــ ٣ و ٥٨ ــ ٤ ) يمكن أن يحدث الملانوم العقيدي بشكل بدئي على الجلد ؛ أو أن يتطور من وحمة خلوية مصطبغة سواء في متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية أو أن يكون على جلد لا وجود لوحمات سابقة عليه . ويبلغ العمر الوسطي للمصابين حوالي ٤٠ ــ ٥٠ سنة ، ويكون سير الورم عادة سريعاً ولهذا تكون القصة المرضية قصيرة ( أشهر وحتى سنتين ) .

ثمة نموذجان من التنشؤات لهذا الورم : الأول وهو عبارة عن بقعة سوداء متجانسة تتطور سريعاً إلى عقيدة نصف كروية ناعمة سوداء مزرقة . وأحياناً قد يلاحظ وجود لون رمادي ضارب للون الوردي . أما الشكل الآخر فقد يكون نموه الأفقي أكبر وكذا أطلق عليه الملانوم العقيدي المسطح . يتظاهر هذا النموذج على شكل بقعة سوداء ذات حجم متزايد ، مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ، ذات حدود واضحة تفصلها عن الجلد السليم ، ولا يوجد علامات للتراجع كما هو مشاهد في الملانوم السطحي المفترش .

يتم تمييز هذين الشكلين من الملانوم العقيدي بأن أحدهما يكون ذا نمو أفقي بشكل واضح لفترة طويلة من الزمن بينما يصبح النمو عمودياً في الشكل الآخر .

**التشريح المرضي النسجي** : نجد في كلا الشكلين ارتشاح البشرة بخلايا الورم الملاني ( مغزلية الشكل ، بشرانية ، أو خلايا عديدة الأشكال ملانية أو غير ملانية ) ، وأحياناً ، تغزو هذه الخلايا الأدمة والنسيج تحت الجلد ويكون التفاعل الالتهابي في السدى Stroma واضحاً .

**الإنذار** : تمت مناقشة العوامل التي تلعب دوراً هاماً في الإنذار في مكان لاحق في هذا الفصل .

**ملانوم شامات النهايات Acrolentiginous Melanoma (ALM) :**

يحدث هذا النمط من الملانوم بشكل رئيسي على الراحتين والأخمصين ، بالإضافة إلى الأصابع والأباخس ، وهو يتطور بدءاً من نمو على نمط شامة . وعندما تصاب الأصابع أو الأباخس فإن التغيرات تحدث في الأحياز حول الظفر أو تحته ( ملانوم الظفر ) وقد يؤدي ذلك إلى حدوث فرط تصبغ و/أو تخريب الصفيحة الظفرية ( راجع الشكل ٥٨ ــ ٥ ) .

يُعتبر الملانوم الخبيث الذي يصيب المخاطيات ( الفم أو المنطقة التناسلية ) مطابقاً لهذا النموذج من الأورام الملانية . ولهذا فقد دُعي هذا النمط باسم ملانوم شامات النهايات الخبيث في الأغشية المخاطية Acrolentiginous Mucosal Malignat Melanoma ( راجع الشكل ٥٨ ــ ٦ ) .

**الموجودات السريرية** : سريرياً ، يشابه هذا الملانوم ملانوم الشامة الخبيثة إلى حد كبير . فهو يتظاهر على شكل بقع ولويحات بأقطار مختلفة وذات ألوان تتراوح بين البني والأسود . إن نمط النمو الأفقي ــ الشعاعي يفسح المجال للنمو العامودي في ملانوم شامات النهايات مع ارتشاح وتشكل ورمي محدد . وبعد ذلك تبدي الآفات المختلفة الأحجام توسفاً بؤرياً وبقعة مرتشحة بشدة أو ورماً صغيراً طرياً أسود اللون غير مصطبغ أحياناً ( الملانوم اللاملاني ) . يؤدي الضغط الآلي عادة إلى حدوث تقرح أو تآكلات سطحية . ويكون الورم الناز أو النازف محاطاً بطبقة قرنية ثخينة ( حلقة هامشية ) . ويمكن حدوث علامات التراجع .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف التشريح المرضي النسجي بشكل نموذجي عن بشرة شواكية وخلايا ملانية لا نموذجية تنمو وتتكاثر لتشكل ورماً يخترق البشرة عابراً إلى الأدمة .

**الإنذار** : يعتمد الإنذار على درجة التطور . وإذا كان الورم موجوداً فإن الإنذار يعتمد على ثخانة الورم وعلى فعالية الانقسام الخلوي الفتيلي .

## الملانومات ( الأورام الملانية ) الخبيثة الأخرى Other Malignant Melanomas :

يصيب الملانوم الخبيث العين أيضاً بما في ذلك أغشية الملتحمة ، كما أنه يحدث في المخاطيات الفموية والمنطقة التناسلية . والملانومات المخاطية أشيع لدى الناس الملونين بشدة منه لدى البيض ، وإنذارها أسوأ من الملانومات الخبيثة الجلدية ، وذلك لأنها تشخّص غالباً بعد أن تصبح أورام عميقة نافذة . تتصف الملانومات الشرجية المستقيمية بالإنذار الأسوأ ، وإن نسبة الحياة لمدة ٥ سنوات هي أقل من ١٠٪ ، وينطبق نفس الأمر على الملانوم في الفرج .

وأخيراً يجب أن نذكر الملانوم الخبيث اللاملاني Amelanotic Malignat melanoma فثمة صعوبات خاصة في التشخيص السريري لهذا الورم ، وغالباً ما يزودنا الفحص النسجي بالدليل التشخيصي الأول . ويشابه هذا الورم العقيدات التآكلية على الأيدي والأقدام أو اللويحات الوردية أو الحمراء على الذراعين والساقين . ويبدو أن الملانوم الخبيث اللا ملاني من الناحية الكيمائية الحيوية هو أشد عدوانية من الملانومات المصطبغة . ولهذا فالإنذار يكون أسوأ . و لم يعرف بعد لماذا لا تنتج الخلايا الورمية فيه الملانين .

هناك أشكال نسيجية خاصة نادرة جداً مثل : الملانوم الليفي Desmoplastic Melanoma أو الملانوم الوحماني Nevoid Melanoma . شوهدت حالات من الملانوم الخبيث التي لم يُعرف فيها الورم البدئي أو أن هذا الورم البدئي قد اختفى بشكل كامل .

**السير والإنذار** : يتميز سير الملانوم الخبيث بانتقالاته الباكرة وتحدث النقائل أولاً عبر الأوعية اللمفية ومنها إلى الجلد المحيط أو إلى العقد اللمفية الناحيوية . يمكن حدوث أورام بنات مصطبغة منتشرة على نمط السواتل Satellit – type ، وبأحجام مختلفة وتكون إما حول الورم البدئي أو تقع بينه وبين العقد اللمفية الناحيوية . وتتمثل النقائل إلى العقد اللمفية بوجود عقدة أو أكثر قاسية غير مؤلمة ، لتشكل فيما بعد زمراً أكبر . قد يصاب الجلد فوقها ويصبح متنخراً أو متقرحاً . بعد ذلك تحدث النقائل عن طريق الدم وخاصة إلى الرئتين ، والكبد ، والقلب والدماغ ، والجلد ، والعظام . وغالباً ما تحدث نقائل بيضاء Leukometastases غير مصطبغة وتحدث الوفاة عادة بعد ١ ـ ٤ سنوات .

تحدث النقائل بعد الاستئصال الجراحي للورم البدئي في حوالي ٦٠ ـ ٧٠٪ من الحالات خلال السنتين الأوليتين ، وبنسبة ٨٠٪ من الحالات خلال السنوات الثلاث الأولى ودون وجود أي علامة سريرية دالة على هذه النقائل .

يمكن للعلامات النوعية العامة المميزة للنقائل أن تظهر بعد فترة طويلة وتشمل فقر الدم ، والدنف ، وخلل بروتين الدم Dysproteinemia ، ولكن بعد ظهور هذه الأعراض يحدث تطور سريع للداء بحيث يؤدي إلى حدوث المضاعفات والموت وفيما يلي نستعرض العوامل المميزة للإنذار :

**المراحل السريرية :**

**المرحلة I** : وجود ورم بدئي دون دلائل سريرية على حدوث نقائل إلى العقد اللمفية الناحيّة معدل البُقيا ( ٥ سنوات حوالي ٧٠ ـ ٨٠٪ ) وهذا يعتمد على احتمال وجود نقائل مجهرية ذات انتشار لمفاوي و لم تستأصل بالجراحة البدئية .

**المرحلة II** : وجود ورم بدئي مع نقائل إلى العقد اللمفية الناحيّة معدل البقيا ٥ سنوات في حوالي ٢٥٪ . وقد بينت الدراسة التي أجريت على مرضى عياداتنا ( حوالي ٣٠٠٠ إصابة بالملانوم ) أن ٥٪ منهم كانوا في هذه المرحلة عندما تمت معاينتهم لأول مرة ( راجع الشكل ٥٨ ـ ٧ ) .

**المرحلة III** : وجود ورم بدئي مع نقائل بعيدة دموية أو لمفاوية : معدل البقيا لمدة ٥ سنوات هو حوالي ٠٪ .

### حجم الورم البدئي ومستوى غزوه :

يعتبر حجم الورم وعمق الغزو من العوامل الهامة المحددة للإنذار كما هو الحال بالنسبة للفعالية الانقسامية الفتيلية في الخلايا الورمية . واعتماداً على تصنيف Storck et al ، يكون معدل البقيا مدة ٥ سنوات في حال الإصابة بملانوم بدئية خبيثة ذات قطر < ٢ سم هي ٧٣٪ ، ولكن هذا المعدل ينخفض إلى ١٧٪ في الملانومات التي يزيد قطرها على ٢ سم .

وقد أوجد كلارك وزملاؤه Clark et al تصنيفاً نسجياً اعتماداً على عمق الغزو ، وهو كما يلي :

*المستوى I* : تواجد الخلايا الورمية فقط في البشرة أعلى منطقة الغشاء القاعدي .

*المستوى II* : تواجد الخلايا الورمية وعزوها لمنطقة الغشاء القاعدي والأدمة الحليمية .

*المستوى III* : الخلايا الورمية متاخمة ومتواجدة ما بين الأدمة الحليمية والأدمة الشبكية .

*المستوى IV* : الخلايا الورمية الغازية متوضعة بين ألياف الكلاجين في الأدمة الشبكية .

*المستوى V* : غزو الخلايا الورمية للنسيج الشحمي تحت الجلد . وإن معدل البقيا لمدة ٥ سنوات بعد استئصال الورم

البـدئي ذي المستـوى I ، II هي أكثر من ٩٠٪ . أمـا في المستويين IV ، V فلا يتجاوز معدل البقيا ٥٠٪ – ٦٠٪ .

وقد دلت الدراسـات على أن معظـم حالات الملانومات الخبيثة تتطابق مع المستويات III – IV . وإن التقدير النسجي لمستوى الغزو اعتماداً على تصنيف كلارك وزملاؤه Clark et al لا يقدم فائدة تامة . لأنه يعتمد على تحديد ثخانة الورم دون السماح بمعرفة النمو الخارجي للملانوم ، الذي يؤثر على الإنذار بصـورة رئيسيـة ، ومن جهة أخرى تمتلك الأدمة بنية مختلفة اعتماداً على التوضع والعمر .

### ثخانة الورم ، الفعاليـة الانقسـامية الفتيلية ، ومَنْسَب الإنذار Index :

يُعَدّ ثخانة الورم من أهم الدلائل لتقييم الإنذار ، ويمكن قيـاس ثخـانة الورم نسجياً بدقة تامة . واعتماداً على طريقة Breslow فإن أورام الملانوم الخبيثة ذات الثخانة الأقل من ٠,٧٥ مم تمثل درجة خطورة منخفضة جداً بالنسبة لحدوث النقائل ، بينما تمثل الأورام التي تبلغ سماكتها ٣ مم أو أكثر درجة خطورة عالية جداً بالنسبة لحدوث النقائل . ويجب أن يُفترض وجود النقائل في حوالي ٨٠٪ من الحالات عندما تبلغ ثخانة الورم ٣ مم أو أكثر . وكذلك تعتبر الفعالية الانقسامية الفتيلية ( منسب Index الانقسـام الفتيلي : الانقسـام الفتيلي/ملم٢ ) معياراً هاماً لتقدير الخطورة . وعند الجمع ما بين ثخانة الورم ومنسبْ الانقسـام الفتيـلي نحصـل عـلى منسب الإنذار ( Schmoeckel and Braun – Falco 1978 ) .

### التصنيف الإنذاري للملانومات الخبيثة :

*الملانومات الخبيثة ذات الخطورة النقيلية Metastatic الضئيلة* ( النقائل في أقل من ١٠٪ من المرضى ) : تكون ثخانة الورم أقـل من ٠,٧٥ مم ومنسب الانقسـام الفتيـلي أقل من < ٥ انقسـامات/مم٢ مع عدم وجود تقهقر ( Regression ) ، أو غزو وعائي ،أو تقرح أو خلايا لا نمطية واضحة .

*الملانومات الخبيثة ذات الخطورة النقيلية العالية Metastatic* ( حدوث النكس والنقـائل في حوالي ٧٥٪ من المرضى ) : ثخـانـة الورم أكثر من ٣ مم ، ومنسب الإنـذار ( الثخـانـة × مَنْسَبْ الانقسـام الفتيلي ) أكبر من ١٣ ، أو وجود أورام سميكة متقرحة ( أكثر من ٣ مم ) ، أو غزو وعائي بالخلايا الورمية .

*الملانومات الخبيثـة ذات الخطورة النقيـليـة متوسطة الشدة* ( حدوث النكس أو النقائل في حوالي ٣٠٪ من المرضى ) : كل الملانومات الأخرى .

يؤمن التصنيف السابق توضيح خطورة النقائل في حالات الإصابة الفردية . حيث دلت الدراسات بأن هذه الخطورة لا تعتمد على النمط السـريري للمـلانومات الخبيثة بالدرجة التي كانت تُفترض سابقاً .

### التوضع Localization :

يعتبر توضع الورم البدئي أمراً هاماً من أجل تحديد الإنذار . فالتوضع على الأطراف ذو إنذار أفضل من التوضع على الجذع أو الرأس حيث يمكن للنقـائل أن تنتشر في كل الاتجاهات ، ويعتبر توضع الملانومات ، وخاصة في الناحية الفرجية التناسلية محفوفاً بالمخاطر لأن هذا الورم لا يتم كشفـه ومعـالجته إلا في مرحلة متأخرة .

### الجنس Sex :

تبين الإحصائيات بأن معدل البقيا لدى النساء أكبر بحوالي ١٠٪ مقارنة مع هذا المعدل لدى الرجال ، نظراً لأن الآفات عند الرجال تميـل للتوضع على الجذع أكثر من توضعهـا على الأطراف حيث يكون الإنذار أفضل مما هو الحال على الجذع .

### التشخيص التفريقي :

يقود التشخيص السـريري العيـاني للملانومات الخبيثة إلى حدوث خطأ في التشخيص بنسبة ١٠ – ٢٠٪ . وهذا يعني عدم سـهولة تأكيد التشخيص وما إذا كان الحالة هي ملانوم خبيث أو حـالة مرضيـة أخرى . ويوضـح الجدول التـالي ( ٥٨ – ١ ) العديد من الحالات الجلدية المرضية التي يمكن أن تلتبس في التشخيص مع الملانومات الخبيثة بسبب مظهرها . ولونها وقوامها . وتعتبر الأمراض التالية من أكثر الحالات التي يلتبس التشخيص فيها مع المـلانومات الخبيثـة : التقران المثي المصطبغ ، سرطانة الخلية القاعدية المصطبغة ، وورم المنسجات Histiocytoma المصطبغ ، والوحمة المصطبغة وحمية الخلايا ، والوعـاؤوم الطـفحـي المخثـور Thrombosed Eruptive Hemangioma .

**الجدول ٥٨ – ١ : التشخيص التفريقي للملانوم الخبيث**

*الآفات المصطبغة الملانية أو وحمية الخلايا :*

- الوحمة المصطبغة وحمية الخلايا .
- الوحمة وحمية الخلايا المصطبغة والحليمومية .
- الملانوم الشبابي الحميد ( وحمة سبيتز Spitz ) .
- الوحمة الزرقاء .
- الوحمة الزرقاء الخلوية .
- الشامة الخبيثة .

*الآفات المصطبغة في البشرة أو في الملحقات :*

- التقران المثي .
- سرطانة الخلية القاعدية المصطبغة .
- الثآليل الشائعة ( مع نزف ) .
- الشوكوم رائق الخلايا ، الشوكوم الملاني ، الوحمة المفترزة .
- الشوكوم القرني ، غدوم عرقي حلزوني **Spiradenoma** .
- الكيسوم المائي الأسود **Hydrocystoma Noire** .
- السرطانة وسفية الخلايا المصطبغة .
- الحزاز الدقيق **Lichen obtusus** .

---

*الآفات الوعائية :*

- الوعـــاؤوم الطـفحـي المخثـــور **Thrombosed Eruptive Hemangioma** .
- الحبيبوم المقيح .
- التقران الوعائي .
- غرن كابوزي .
- الورم الكبي .
- النزف تحت الظفر أو تحت الطبقة القرنية .

---

*الآفات الأدمية :*

- الليفوم الجلدي المصطبغ **Pigmented Dermatofibroma** .
- ورم المنسجات المصطبغ **Pigmented Histiocytoma** .
- ورم الخلايا البدينة ( البدينوم ) **Mastocytoma** .
- الليفوم العصبي **Neurofibroma** .

---

*نظام ABCDE* : اعتماداً على نظام **ABCDE** ريغل وزملاؤه ( **Rigel et al 1985** ) يجب استئصال كل آفة جلدية مصطبغة حوافها غير منتظمة ، مرقطة ، غير متناظرة ، ومرتفعة عن سطح الجلد ، وقطرها أكثر من ٥ ملم . وذلك للاتقاء اعتماداً على نظام أو قانون **ABCDE** .

## تشخيص الملانوم الخبيث :

يسهل تشخيص الملانوم الخبيث في معظم الحالات ، غير أنه قد يكون صعباً جداً في بعض الحالات الأخرى ولكنه يعتمد دائماً على خبرة الفاحص بشكل رئيسي ويعتقد ( المؤلف ) بأن الخزعة مضـــاد استطباب بسبب ما يتلوها من تأذ ثابت ، بالإضـــافة إلى إمكانية حدوث نقائل لمفاوية أو دموية . ومن ناحية أخرى ، يعتبر التشخيص أمراً هاماً جداً بالنسبة للمريض ويجب أن يُثبت من الناحية النسجية في كل حالة على حدة .

وتعتبر الخزعة الاستئصالية الإجراء المفضل مع إجراء مقاطع بالتجميد بشكـل فوري . وتجرى الخزعة الاستئصـالية في أية حالة مشتبه بها مع تناول هامش أمان لا يقل عن ١ سم من الجلد السليم . ويتم هذا الإجراء تحت التخدير الناحيّ أو العام . أما التخدير الموضعي ، فيجب عدم القيام به خشية رضح الورم إذا كان ملانوماً خبيثاً . إلا أنه يمكن استخدام التخدير الموضعي في حالات الأورام الصغيرة جداً . تقود الدراسة النسجية للمقاطع المجمدة لوضع تشخيص واضح فوري في أكثر من ٩٠٪ من الحالات ويمكن في بعض الاضطرابات المتعلقة بالخلايا الملانية ( الوحمة وحمية الخلايا ، والوحمة مختلة التنسج ) ، والملانوم الفتوي ( الشبابي ) الحميد ، والوحمة الزرقاء . إما أن نحصل على نتـائج تشخيصيـة إيجابيـة كاذبة ( في التشخيص بواسطة المقــاطع المجمـدة تكـون النتيجــة مـلانومات خبيثة ، ولكن التشخيص بواسـطـة مقــاطع البــارافين تكون النتيجـة حالة حميدة ) أو أننـا نحصــل على نتـائج تشخيصية سـلبية كاذبة ( التشخيص بواسـطـة المقــاطع المجمدة يبدي حالات حميدة ولكن التشخيص بواسطة مقـاطع البـارافين يبدي ملانومات خبيثة ) . ويجب إغلاق جرح الخزعة في مثـل هذه الحالات المشكوك بها حيث تُعطى الأهمية الأكبر لنتائج الدراسة النسجية لمقاطع البارافين ، وهذا يعني أنه لا يمكننا الاستناد بشكل نهائي على المقــاطع المجمـدة . وعنـدمـا يتجــاوز الثخــانـة الورميـة للمـلانومات الخبيثة ٠,٧٥ مم ، فيجب إجراء استئصـال ثانٍ خلال ٣ أسابيع من استئصال الورم البدئي .

يجب تحديد مرحلة المرض عندما يثبت تشخيص الملانومات الخبيثة ، وهذا الأمر يحتاج إلى إجراء فحص مُفصـل يتضمن الاستقصـــاءات بـالأشـعــة السـينيـــة ، والتصـــوير الصـوتي **Sonography** ، والتصــــوير الطبقي المحوري بغيــة كشف النقائل ، وخاصة التي تتوضع في الرئتين ، والكبد ، والقلب ، والدمـاغ ، والعظــام أحيـاناً . ويبدو أن التصـوير اللمفـاوي **Lymphography** لا يفيد كوسيلة تشخيصية أساسية مساعدة بالمقارنة مع الجس للتحري عن النقائل إلى العقد اللمفية المجاورة للجلد .

**المعالجة :**

لا يوجد في الوقت الحالي إجماع عام حول الإجراء الأكثر ملاءمة في معـالجة المـلانومات الخبيثة ، ولكن تعتبر الجراحة الإجراء الواجب القيام به في حالات الملانومات الخبيثة بشكل عام . وقد أهمل العلاج المقتصر على التشعيع بأشعة **X** . ومن جهـة أخرى ، سجلت العديد من التقارير استجابة جيدة في علاج النقائل إلى العقد اللمفية بواسطة الالكترونات السريعة وأشعة **V** .

وفيما يلي الإجراءات العلاجية المفضلة .

**معالجة الورم البدئي** : يُجرى استئصال جراحي ثلاثي الأبعاد للورم البدئي مع استئصال هامش أمان بمقدار ٣ سم من الجلد

السليم واستئصال النسج باتجاه الأسفل حتى الصفاق الذي لا يستأصل ، وفي مرحلة لاحقة تُجرى جراحة تصنعية للضياع الجلدي الذي حدث .

والجدل الذي يدور الآن هو ما إذا كان هامش الأمان الذي يصل إلى ٥ سم ضروري . وقد أوصت بذلك بعض الدراسات بعد أن أوضحت مبررات ذلك . وقد ورد اقتراح بإمكانية جعل هذه المسافة من ٢ ــ ٣ سم لدى المرضى المصابين بالملانومات الخبيثة ذات الخطورة المنخفضة . وقد لوحظ بأن النكس الموضعي والنقائل أكثر حدوثاً إذا كان هامش الأمان أقل من ٢ سم .

**معالجة النقائل إلى العقد اللمفية** : لا يوجد جواب واضح وقاطع حول وجوب استئصال العقد اللمفية الناحيّة في المرحلة I حتى في حالات عدم جسها سريرياً . ولقد لوحظ أن لدى العديد من المرضى نقائل مجهرية مثبتة نسجياً في العقد اللمفية الناحيّة حتى في المرحلة I . غير أن الخصائص الحيوية لهذه النقائل المجهرية غير واضحة ، وليس من الواضح أيضاً ما إذا كان الجسم قادراً على التعامل معها بالآليات المناعية والدفاعية الأخرى .

ويمكن عادة في حالات الملانومات الخبيثة ذات الخطورة المتوسطة أن نقوم باستئصال العقد اللمفية إذا كانت الملانومات متوضعة على الأطراف أو على جانب الوجه وذلك لاتقاء النقائل . أما إذا كان الورم متوضعاً قرب العقد اللمفية فيمكن إجراء استئصال جملة ( en bloc resection ) للورم البدئي والعقد اللمفية المجاورة . أما في حالات توضع الملانومات على الأطراف ، فيمكن تروية الشريان المغذي للورم بالأدوية مفرطة الحرارة والموقفة لانقسام الخلايا Intraarterial Hyperthermal Cytostatic Drug Perfusion . وأما الحالات التي تكون فيها الإصابة العقدية اللمفية واضحة سريرياً ، ولا توجد أي دلائل على نقائل معممة ، أو إذا كان المريض في المرحلة II سريرياً ، فيجب إجراء استئصال جراحي للعقد اللمفية الناحيوية المصابة ، وبالتالي وجوب إجراء التشعيع ما بعد الجراحة . ولقد وجد أن المعالجة المقتصرة على الأشعة فقط في حالات النقائل الواسعة إلى العقد اللمفية تكون ذات نتائج ملطفة جيدة .

**معالجة النقائل البعيدة** : تؤدي المعالجة الشعاعية إلى حدوث تراجع في الورم ، وزوال الألم في حالات النقائل البعيدة إلى العظام ، والبطن ، والجلد ، والرئتين والكبد ... إلخ . وتُطبق هذه المعالجة خاصة في النقائل الدماغية ،حيث يمكن أن تُشرك مع الستيروئيدات للحصول على تحسن ملحوظ . ومن جهة أخرى لم يلاحظ ( المؤلف ) أي فائدة من استخدام المعالجة الدوائية كالسيكلوفوسفاميد أو الميتوتركسات ، بل لوحظ تدهور المرض . بل لقد قيل إن هذه المعالجة تسبب حصراً شديداً للآليات الدفاعية المناعية . وتتضمن المعالجة الكيميائية الوحيدة الموقفة للانقسام الخلوي عدة مواد ، وخاصة الداكاربازين Dacarbazine ( Dimethyltriazeniomidazole Carboxamide, DTIC ) ولا يوجد أدنى شك بأن هذا الدواء الموقف للانقسام الخلوي يمكن أن يؤدي إلى تراجع في النسيج الورمي في بعض الحالات الفردية . وقد وجد بأن استجابة النساء لهذه المعالجة أفضل من استجابة الرجال ، وكذلك كانت استجابة النقائل الجلدية أفضل من استجابة النقائل الداخلية . يعطى الدواء بجرعة ٢٥٠ مغ/م٢ من سطح الجسم بفواصل من ٣ ــ ٤ أسابيع لمدة ٥ أيام ، ثم يعطى فيما بعد بفواصل عدة أشهر حتى سنتين . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية للدواء ، حيث سجلت حالات من الوفاة بسببه . وقد استعمل Vinca Alkoloids في معالجة المراحل II و III وبلغت نسبة الاستجابة حوالي ٢٥٪ في بعض الدراسات ، ولكن ما زال هذا الأمر بحاجة للإثبات والدراسة . ولم تسجل المعالجة الكيميائية العديدة Polychemotherapy نتائج قيمة في معدل تراجع المرض . حيث أُشرك السيسبلاتين Cisplatin مع الإفوسفاميد Iphosphamid وهو مادة تشابه السيكلوفوسفاميد دون نتائج ملحوظة . ويعتبر نظام (Bleomycin, Oncovin, Lomustine Dacarbazine) BOLD هو الوحيد المستعمل عملياً . ولم يسجل التشارك ما بين المواد الموقفة للانقسام الخلوي ٣ ، ٤ ، ٥ ، نتائجاً أفضل بشكل جوهري ، إضافة إلى أن لهذه المواد تأثيرات جانبية عديدة ويعاني المرضى اضطرابات شديدة من جراء استعمالها . وتسجل التقارير بأن حالات الملانومات الخبيثة في المرحلة III يجب أن تُعالج ، غير أن النجاح مشكوك به .

ولقد طبق البعض المعالجة المناعية غير النوعية : فأظهرت تراجعاً في بعض الحالات وبشكل يثير الدهشة . ويعتقد بأن هذا النوع من المعالجة يُفعّل الجهاز المناعي الخلوي . وتعطى الأفضلية في الوقت الحاضر إلى التلقيح بلقاح BCG أو التحسيس بمادة DNCB وإحداث التهاب جلد أرجي بالتماس على النقائل الجلدية السطحية . ويحتاج هذا النوع من المعالجة إلى خبرة كبيرة . وقد جربت المعالجة المناعية الكيميائية بالتشارك ما بين الداكاربازين Dacarbazine الموقف للانقسام الخلوي ولقاح BCG ، وهذا النمط من العلاج طبق كإجراء علاجي اتقائي لدى المرضى اللذين يشكون من ملانومات خبيثة في المرحلة I وذات الخطورة النقيلية العالية التالية للاستئصال

الجراحي للورم البدئي . وقد طُبقت المعالجة لمدة سنتين ولكن النتائج لم تكن مشجعة . و لم يُحسن إعطاء ألكيران **Alkeran** بجرعة منخفضة من معدل البقيا . وقد تم حديثاً تجريب الانترفيرون 7 والانترفيرون –a سريرياً وبالتشارك مع الداكاربازين أو السيتوكينات ، مثل الإنترلوكينات .

**المتابعة** : تعتبر متابعة المرضى المعالجين ، بشكل ثابت وبفترات متزايدة أمراً هاماً للكشف عن حدوث النكس أو النقائل السريعة الحدوث . فقد وجد بأن ٨٠٪ من المرضى الذين يشكون من النقائل قد تطورت هذه النقائل لديهم خلال السنوات الثلاث الأولى . ويجب أن تستمر هذه المتابعة لمدة زمنية تتجاوز ٥ سنوات ، ذلك لأن تواتر حوادث النكس المتأخر هو أعلى مما هو عليه في الأنماط الأخرى للخباثات .

**الاتقاء** : يعتبر الكشف والعلاج المبكران للملانومات الخبيثة من المميزات الحيوية بالنسبة للمريض ولهذا فإن الاتقاء يعتبر أمراً على جانب كبير من الأهمية ، يجب على المريض دوماً أن يأتي للفحص في حال حدوث نمو مصطبغ على الجلد أو حدوث أية تبدلات في الآفات الجلدية المصطبغة . وينبغي على الطبيب أن يجري المعالجة المبكرة للحالات التي توحي بحدوث الملانوم الخبيث . وينطبق هذا الأمر على آفات الشامة الخبيثة ، وآفات متلازمة الوحمة مختلة التنسج المكتسبة أو الوراثية . وكذلك يُوصى باستئصال الوحمة الزرقاء والمغزلية الخلايا وكذلك الأمر بالنسبة للوحمة المصطبغة وحمية الخلايا العملاقة الولادية . أو وحمة لباس الحمام ( الوحمة وحمية الخلايا ) ، حيث ذكر بأن ١٠ – ٢٥٪ من هؤلاء المرضى لديهم تأهب للإصابة بالملانوم الخبيث .

ومن جهة أخرى يجب عدم إجراء الاستئصال الاتقائي لكل الوحمات المصطبغة وحمية الخلايا بسبب شيوع هذه الحالات . ولكن إذا أظهرت بقع مصطبغة ، خلال فترة عدة أشهر ، علامات من الفعالية أو تغيرات غير عادية وأصبح قطرها أكبر من ٥ مم ، فمن المفضل أن تستأصل اتقاءً وتُدرس نسجياً . وتطبق نفس القاعدة على الوحمة المصطبغة ذات الخلايا الوحمية المتوضعة في الأماكن الجلدية المعرضة للرضوح المزمنة ( الراحتان ، الأخمصان ، التسحج ، التعطن ) .

# الفصل التاسع والخمسون

# الأورام اللحمية المتوسطية

# Mesenchymal Tumors

د . شريف السالم

يشرح هذا الفصل الأورام والتكاثرات الشبيهة بالأورام في النسيج الضام ، والأوعية اللمفية والدموية ، والعضلات المُلس ، والغضروف ، والعظم والنسيج الشحمي والتي تعتبر جميعها هامة لطبيب الجلد .

## أورام النسيج الضام

## : Tumors of Connective Tissue

### الأورام الحميدة Benign Tumors :

**الجدرة Keloid** : [ البيرت ١٨١٥ ]

**التعريف** : الجدرات عبارة عن مناطق ضخامية من تليف الجلد محددة جيداً وحميدة ، يمكن أن تحدث بعد الأذيات أو على أرضية آفات جلدية أخرى ، وتختلف عن الندبات الضخامية بأنها تنتشر عادة ، بعيداً عن الآفة الأساسية .

**الحدوث** : يشير الحدوث العائلي وازدياد الحدوث في العرق الأسود لوجود عوامل وراثية ، ويحدثها بعض السود عمداً حيث تعتبر علامة جمالية . يتأثر تشكل الجدرات بعوامل أخرى أيضاً كالسن والجنس والمنطقة المصابة من الجسم وطبيعة الرضح السابق .

تصيب الجدرات الأطفال والشباب خاصة ، وهي عند النساء أكثر منها عند الرجال . ومكانها المفضَّل هو الوجه والأذنين ، والعنق ، وأعلى الجذع وبخاصة المنطقة مقدم القص والأجزاء الدانية من الأطراف ؛ وهي نادرة الحدوث في الأخمصين والراحتين ، ( راجع الشكل ٥٩ ـ ١ ) . إن الرضح نفسه عند الشخص ذاته قد يؤدي لحدوث جدرة في بعض الأحيان أو يقتصر الأمر على حدوث ندبة بسيطة أحياناً أخرى ، وينطبق هذا على الرضوح المتماثلة التي يتعرض لها أجزاء مختلفة من الجسم في آن واحد . ويتفاعل بعض الأشخاص لأية أذية بتشكل جدري .

**الإمراض** : الجدرات شائعة بعد الحروق وبخاصة الجدرات التالية للسمط ( الحرق بالماء المغلي ) ، وكذلك بعد الحروق بالحموض ، واللقاح الواقي من الجدري ، والعد الشائع ، والسحجات الشديدة ، وبشكل نادر بعد الآفات الجلدية المخرِّبة كالذأب الشائع والإفرنجي الثالثي ، ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٢ ) .

يبدو أن خمج الجروح الجرثومي يزيد من خطورة حدوث الجدرة ، كما ويمكن أن تحدث بعد الجروح الجراحية الناعمة النظيفة أيضاً . وربما يزيد احتمال حدوث هذه الجدرات عندما يقع شد على خياطة الجرح . وغالباً ما تسبب الرضوح المجهرية غير الملحوظة ما يسمى بالجدرات العفوية ، .

**الموجودات السريرية** : بعد أسابيع أو شهور من الأذية ، تحدث جسوءات ورمية أو مسطحة أو صلبة ، وتنمو بسرعة بشكل أكبر من نمو الندبة الحقيقية . وغالباً ما تكون الجدرات عقب الندبات الجراحية عبارة عن عقيدات لها سماكة الإصبع تقريباً ، أما الجدرات بعد الحروق فتكون مسطحة مع مناطق مختلفة من القساوة والسماكة .

يشتق اسم الجدرات من تشعب حوافها والتي تشبه مخالب السلطعون . وتكون الحواف مرتفعة وشديدة الانحدار عادة ، وغالباً ما يكون السطح أملساً ونادراً ما يكون عقيديا . يكون سطح الجدرة لامعاً بسبب غياب تضاريس الجلد والأشعار والغدد الزهمية . وتبدو الجدرات الحديثة بلون فاتح ثم تتحول إلى لون زهري شاحب ، وأخيراً تصبح بلون المرمر . وغالباً ما ترتشح الكتل الصلبة بأوعية شعرية متسعة واضحة . وعندما تصل الجدرة إلى حجم معين فإنها تتوقف عن النمو ويمكن أن تتراجع عفوياً ، إلا أنه في حالات نادرة قد يحدث ترقٍّ غير محدود يمكن أن يؤثر على وظيفة العضو إلى حد كبير من خلال حدوث تقفعات جلدية . وغالباً ما تكون الجدرات غير مؤلمة ، ومؤلمة بالضغط ، أحياناً تبدي تحسساً حين اللمس أو حكة وحتى ألم عفوي مبرح .

جرت محاولات للتفريق بين الجدرات العفوية والجدرات الندبية ، وتبين أن الأولى غالباً ما تتوضع في مقدم القص . ويعتقد بأن سببها يكمن في رضوح مجهرية كالتهاب الجريبات الشعرية ، أو حالات الآفات العُدِّية ( العد الشائع ) . ولم يعد تعبير الجدرات العفوية مقبولاً بعد اليوم .

**التشريح المرضي النسجي** : تحدث التبدلات الأساسية عادةً في الأدمة العميقة ، حيث تتوضع عقيدات كبيرة دون محفظة ، ومتلاصقة بشدة دون انتظام ، وخشنة ، ويشاهد في داخلها حزم مغرائية غير متجانسة . وتوجد أعداد كبيرة من الأرومات الليفية في الجدرات حديثة التشكل ، وتشاهد مادة أساسية وشعريات دموية وخلايا بدينة وبعض اللمفاويات حول الأوعية أيضاً . وتتناقص كل هذه المركبات في الجدرات الأقدم

لصالح المغراء ، وتغيب الألياف المرنة . ولا تتغير البشرة وإنما يمكن أن تترقق بشكل معتدل . وتختفي الأشعار والغدد العرقية والزهمية . وليس من السهل التفريق النسجي بين الجدرات والندبات الضخامية حيث تكون الأخيرة غير عقيدية وتكون حزم الكُلاجين فيها أكثر انتظاماً وموازية للسطح ، وقد توجد فيها ألياف مرنة .

**التشخيص التفريقي** : الصورة السريرية نموذجية ، وقد يكون التفريق العياني للجدرات عن الندبات الضخامية صعباً ، ويعتمد في ذلك على موقع الرضح : الندبات الجراحية مثلاً . تتراجع الندبات الضخامية خلال أشهر قليلة واستئصالها لا يتلوه نكس .

**الإتقاء** : تكون بالاستئصال في المواقع الانتقائية لحدوثها عند المرضى حول سن البلوغ ، في الأجزاء المغطاة من الجسم ( راجع الشكل ٥٩ – ٣ ) . وأما في حال وجود ميل عائلي وعرقي يجب أن تولى اهتماماً خاصاً لتحديد ما إذا كانت هذه الجراحة مستطبة أم لا . لوحظت الجدرات الواسعة بعد خزعة استئصالية كما في منطقة القص على سبيل المثال أو حينما تؤخذ هذه الخزعة من مناطق أخرى من الجسم وذلك في أدواء الجلد المنتثرة . وتعتبر الخياطة دون شد والإتقاء من الأخماج من الأمور الهامة .

هذا وإن عدم تشكل جدرات بعد جرح اختباري على جزء غير ظاهر من الجسم ( خلف الأذن مثلاً ) لا يكفل لسوء الحظ عدم تعرض المناطق الأخرى لتشكل الجدرات بعد الجراحة .

**المعالجة** :

*الجدرات الحديثة* : إذا كان عمر الجدرة أقل من ستة أشهر ، يؤخذ بعين الاعتبار كل من المعالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية ، وبالإنضغاط أو بالعلاج الشعاعي .

*المعالجة الموضعية بالستيروئيدات القشرية* : يمكن أن تعطى الستيروئيدات بشكل معلّق من التريامسينولون أستينوئيد المبلّر بشكل حقن ضمن الآفة ( معلّق مبلّر ١٠ ملغ ممدد بنسبة الثلث أو الخُمس ( ١/٣ – ١/٥ ) بعامل مخدر ، يحقن كل ٣ – ٤ أسابيع ) ، أو بشكل رهيم أو مرهم يطبق عدة مرات يومياً . ويدهن عادة تحت ضماد كتيم مع تغطية الجلد المجاور الطبيعي بلصاقات من معجون الزنك . وينصح بالمعالجات البديلة بمستحضرات موضعية حاوية على الهيبارين .

*العلاج بالانضغاط* : عندما يكون التوضع مناسباً ، يمكن وضع عصابة ضاغطة مستمر باستخدام وسادة إسفنجية طرية بسماكة ١ - ٢ سم ووضع عصابة مطاطية لاصقة فوق الجدرة . ومن أجل المناطق الجدرية الأكبر التالية للحروق ، تعطي الأقنعة ذات الضغط المستمر نتائج جيدة ، لأن الضغط المستمر ينقص تشكل الكُلاجين .

*العلاج بأشعة X المجزأة الخفيفة اللينة* : ويوصى بها في الجدرات الحديثة والصغيرة . تعطى جرعة مفردة 4 Gy بفاصل أربعة أسابيع أو 4×2 Gy في أيام متتالية كل ٦ – ٨ أسابيع حتى نصل إلى جرعة كليَّة ١٢ – ١٦ Gy ، وفي حالات استثنائية حتى 25 Gy . تقدَّر قيمة نصف العمق (HVD) بناء على سماكة الجدرة . وإذا لم تبد الجدرات أية استجابة بعد ٢–٤ X ٤ Gy فالاستمرار بالعلاج الشعاعي يكون غير مجدٍ .

تعامل الجدرات الواسعة بالطريقة نفسها ولكن المقادير المجزأة الإفرادية تكون أقل : حوالي ٢ Gy . وتكون النتائج مقبولة في حوالي ٥٠٪ من الحالات فقط ، ويجب أخذ الحيطة لتجنب التعرض للإشعاع وخاصة العينين ، والدرق والأعضاء التناسلية .

المعالجة القرية : تحقق المعالجة القرية نتائج جيدة أحياناً .

*الجدرات القديمة* : تعتبر الإجراءات المحافظة غير فعالة كثيراً . يتلو الاستئصال الجراحي البسيط للجدرة عادة ، نكس بشكل أكبر من السابق ولذلك يجب الحذر الشديد . يجب إجراء محاولات لتثبيط فعالية الأرومات الليفية بإعطاء معلق الستيروئيدات القشرية البلوري داخل الجرح أثناء العمل الجراحي . ويُعدّ تجميد الآفة بسائل النتروجين قبل حقن الستيروئيدات ناجحاً . وبعد العمل الجراحي ، يجب حقن معلق الستيروئيدات القشرية في الندبة المتشكلة بانتظام . وهناك إمكانية أخرى للمعالجة هي مشاركة الجراحة مع العلاج الشعاعي . وبعد التئام الجرح ( ١٠ – ١٤ يوماً بعد الجراحة ) تطبق الأشعة إذا كان متوقعاً تشكل جدرة حديثة . ويجب تغطية منطقة الجلد السليم المحيطة بحذر بملاءات من الرصاص ، كما يجب أن تتوافق جرعات التشعيع إلى حد كبير مع المعلومات المعطاة سابقاً ، وتلك هي المعالجة الجراحية الشعاعية المشتركة . وإذا احتاج الأمر تضاف الستيروئيدات الموضعية والضمادات الضاغطة أو يستعمل الضغط المستمر بمطاط خاص للحصول على أفضل النتائج .

## الليفوم Fibroma :

**التعريف** : الليفومات هي أورام النسيج الضام الحميدة والتي غالباً ما تحدث على شكل عقيدات طرية معنقة مرتفعة أو عقيدات صلبة شبيهة بالقرص أو بشكل حليمومات في الجلد .

## ليفوم مول Fibroma Molle :

*المرادفات* : مَيْسَم الجلد (Skin Tag) ، الليفوم المتدلدل

F.Pendulans ، الزنمـات ( الزينبـات الليفـيـة ) Achrochordon .

**الموجودات السريرية** : تكون الليفومات الرخوة بلون الجلد مطوية على السطح وغالباً ما تكون مدلاّة ويدعى الشكل المدلى « الليفوم المتدلدل » . وغالباً ما يكون قدّ هذه الليفومات أصغر من ٣ ـ ٥ ملم وقد تصل في حالات استثنائية إلى حجم رأس الطفل . وقد تشاهد عند النساء المسنات بشكل خاص كيسات أو جريبات صغيرة مترهلة رخوة عديدة في العنق وتعرف باسم الليفومات الرقبية المتعددة . تعتبر الليفومات الإبطية العديدة شائعة أيضاً وخاصة عند البدينين ، وبشكل أندر قد تتواجد تحت الثديين أو في المنطقة الأربية .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون حليمومات النسج الرخوة غنية بالأوعية دون الألياف المرنة ، وتكون مغطاة ببشرة طبيعية أو متسمكة قليلاً .

**التشخيص التفريقي** : الوحمات وحمية الخلايا الأدمية التي تكون بلون الجلد .

**المعالجة** : تستأصل الليفومات الصغيرة المتدلدلة بالقص ، أما الكبيرة فتحتاج للاستئصال الجراحي .

## الليفوم الجلدي Dermatofibroma : [ Unna ١٨٩٤ ]

*المرادفات* : الليفوم القاسي ، الليفوم البسيط ، الليفوم الصلب ، العقيدة الجلدية ، الليفوم الجلدي العدسي ، الليفوم القرصي .

**الحدوث** : تشكلات شائعة خاصة على الأطراف .

**الإمراض** : ورم تفاعلي يحدث بعد عضة حشرة مثلاً ، أو بعد رضوح مجهرية ، أو بعد تليف عقيدي تحت البشرة . ويعتقد بأن بعض هذه الليفومات تتشكل اعتباراً من تليف وحمات وحمية الخلايا .

**الموجودات السريرية** : تكون هذه الأورام مفردة غالباً ، ونادراً ما يزيد قدّها عن ٣ سم ، وهي قاسية بلون بني ضارب للرمادي ومرتفعة قليلاً ، تتوضع عادة على الجلد مثل العدسة أو القرص . ويكون الجلد المغطي لها رخواً إلى حد ما ومصطبغاً بشدة ، وحاكاً في بعض الأحيان .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد بشكل عام في الأدمة منطقة ذات حدود واضحة من حزم ليفية كلاجينية متموجة دون ألياف مرنة . وتكون الليفومات الأقدم ذات خلوية أقل ، وتحتوي الليفومات الأحدث على أعداد من الأرومات الليفية . الأشكال الانتقالية نحو ورم المنسجات الحميد ليست بقليلة . قد تكون البشرة من فوقها مفرطة التنسج وقد تبدي تشكلات شبيهة بسرطانة الخلية القاعدية .

**التشخيص التفريقي** : ورم المنسجات الحميد ، العضلوم الأملس الحميد ( مؤلم بالضغط الجانبي ) ، الليفوم العصبي ( رخو ، طري ) ، الجدرات ، والوحمات وحمية الخلايا .

**المعالجة** : يمكن استئصال الليفومات الجلدية المشوّهة .

## الورام الليفي العدسي المنتثر مع تبكل العظام Dermatofibrosis Lenticularis Disseminata With Osteopoikilosis :

*المرادفات* : متلازمة بوشكه ـ أوليندروف .

وهو خلل تنسج عائلي في اللحمة المتوسطة . تحدث ليفومات جلدية عديدة بقطر ٣ ـ ٨ ملم متنشرة على الجزء العلوي من الجذع والفخذين . وتكون عادة ذات درجات مختلفة من التمايز ، تبدأ بالظهور عند البلوغ . يشاهد بأشعة X تبكل في عظام الأطراف والحوض ، وبشكل أندر من ذلك ، تشاهد شذوذات بنيوية أخرى مثل تكون العظم الناقص وزرقة الصلبة ، واضطرابات في الجملة العصبية المركزية . يبدو أن السبب هو نمط وراثي بصبغي جسدي سائد ، ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٥ ) .

## الورام الليفي الجلدي حول الجريبات مع سليلات قولونية Perifollicular Fibromatosis Cutis With Colon Polyps :

*المرادفات* : متلازمة هورنستين ـ كنيكنبرغ .

وصفت هذه المتلازمة لدى ثلاثة أشخاص في عائلة واحدة ، حيث وجد وُرام ليفي غير عادي مع أعداد كبيرة من ليفومات حول الجريبات على الجبهة والخدين والعنق والجذع ، وليفومات متدلدلة في الرقبة والناحية الإبطية والأربية . كما وجد لدى أنثى واحدة فقط حيث ترافق مع سليلات قولونية أبدت أهبة للتحول السرطاني . ومن المحتمل أن يمثل ذلك نمطاً مرضياً خاصاً له علاقة بمتلازمة غاردنر .

## القرصوم الشعري Trichodiscoma :

*المرادف* : الورم القرصي الشعري .

**التعريف** : اعتُقِدَ أنه تنشؤ حميد من القسم الأدمي لقرص الشعرة والذي يعتبر أنه نهاية عصبية طبيعية في الجلد وأنه مستقبِل حَرَكي ذو تلازم وثيق مع الأشعار ، تشير الموجودات الحديثة إلى نمط خاص من الوعاؤوم الليفي دون ترافق مع الجريبات الشعرية .

**الموجودات السريرية** : تكون الآفة النموذجية صغيرة القدّ ١ ـ ٣ ملم وهي حطاطة قبّية المظهر بلون الجلد ، يكون هذا

الاندفاع غير عرضي ويشمل في البداية الرأس والعنق والصدر والظهر والذراعين . قد يترافق الداء مع أورام أخرى في النسيج الضـــام حــول الجـــريب الشــعــــري ( متـــلازمـــة Birt – Hogg – Dube ) . إن الشكل الصرف مرض نادر ، ويمكن لبعض المرضى أن يحملوا مئات الآفات .

**التشـريح المرضي النسجي** : تبدي الحطـاطة النموذجيـة ورماً وعائيـاً ليفياً بشكل القبة ، ذا حدود واضحة ودون محفظة ، وهنـاك ترافق عشـوائي فقط مع الجريبـات الشعرية . تبدي الحطـاطة ليفـات كولاجينية ناعمة ، وأليافاً مرنة رقيقة ، مع ازدياد في المادة الأساسية ، وأعداداً كبيرة من الأوعية الدموية دون وجود عضلات ملس . ( راجع الشكل ٥٩ – ٦ ) .

**التشخيص التفريقي** : الغدوم العرقي ، الداء المخاطي الحطاطي ، الليفوم المنتثر حول الجريبات ، والوُرام الليفي الجلدي العدسي المنتـثر مع تبكـل عظمي ، الظهـاروم الشـعـري ، الثؤلول المسطح ، الحطاطة الليفية .

**المعالجة** : بالاستئصال .

### التليف العقيدي الأنفي Fibrosis Nodularis Nasi :
[ غراهام ١٩٦٤ ]

*المرادفات* : الحطاطة الليفية الأنفية .

**التعريف والموجودات السريرية** : حطاطة نصف كروية قاسية بلون الجلد مبيَّضة أو مسمّرة يصل قدّها حتى ٣ ملم . تحدث بشكل مفرد أو عديد وخاصة في قمة الأنف أو على جانبيه . ( راجع الشكل ٥٩ – ٧ ) .

**الإمراض** : لم يُعتمد فيما إذا كانت الآفة ليفوماً أو وحمة وحمية الخلايا خضعت لتحولات ليفية تراجعية .

**التشريح المرضي النسجي** : عقيدات ليفية وعائية مع منسجات مزوّاة ، وغالباً ما تترافق مع خلايا وحمية متحولة تحتوي على نواة أو أكثر مع صباغ .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن سرطانة الخلية القاعدية .

**المعالجة** : يتظاهر بنمو غير مؤ لم يمكن معالجته بالاستئصال .

### القرنوم الليفي المكتسب Acquired Fibrokeratoma :

**التعريف** : تقران خيطي أو مخروطي الشكل في ملحقات الجلد يتطور خلال الحياة .

**الإمراض** : يمكن للأذيات أن تحدث هذا الداء .

**الموجودات السريرية** : تتطور بُنى مخروطية الشكل صغيرة من ملحقـات الجلد طولها ٢ – ١٠ ملم ، غالباً ما تحدث على الحواف الجانبية للأصبع في مستوى المفصـل ، وهي نادرة في الأقدام أو الأجزاء الأخرى من الجسم . وهي بلون الجلد ولا تبدي أية تبدلات التهابية ويكون الجلد فوقها طبيعياً . ويصاب الرجال أكثر من النساء عادةً . ( راجع الشكل ٥٩ – ٨ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : البشرة والأدمة طبيعيتان مع تقران خفيف ، توجد فقط بعض الألياف العصبية وقد لا توجد . ولا توجد بنى عظمية أو بقايا ظفرية .

**التشخيص التفريقي** : ويفرق عن رديم الأصبع الإضـــافي الولادي والقرن الجلدي .

**المعالجة** : الاستئصال .

### ورم المنسجات Histiocytoma :

*المرادفات* : الليفوم القاسي ، التليف العقيدي تحت البشروي ، العقيدة الجلدية .

**الآلية المرضية والإمراض** : هي أورام تفاعلية ظاهرياً ( تليف عقدي تحت الجلدي ) . تحدث على سبيـل المثال بعد عضة الحشـرات ، ويمكن أن تتشكـل صفرومات من خلال توضع الشحـوم ( ورم المنسجـات الصفرومي ) ، وكذلك حدوث ليفوم جلدي ( ورم المنسجات الليفي ) من خلال التليف .

**الموجودات السـريرية** : ورم مفرد مسطح أو نصف كروي مرتفع ، صلب محدد جيداً وبلون الجلد ، متوضع في الأدمة ، ونـادراً ما يكون بلون أصفر أو بني ضـارب للزرقة ، وأكثر أماكنه تواجداً هي الأطراف ، عند الشباب .

**التشريح المرضي النسجي** : البشـرة متسمكة وتبدي شواكاً وفرط تصبـغ ، فتـغطي مجمـوعـات كثيفـة من المُنسجـات والأرومـات الليفيـة في منطقـة محددة من الأدمة ، تلتقط المنسجات الشحوم والهيموسيدرين بدرجات متفاوتة ، وهذا ما يقرر إلى حد ما لون الورم عيـانياً . تحدث أشكال انتقالية تتطور إلى ليفومات جلدية .

**التشخيص التفـريقي** : يفـرق عن كل من الليفـوم الجلدي ، الليفوم العصبي ، الورم العصبي ، الملانوم الخبيث اللاملاني ، ورم الخلايا البدينـة ، العضـلوم الأملس ، الحبيبوم الأصفر ، الصفروم .

**المعالجة** : الاستئصال إن كان ذلك ضرورياً .

### الحبيبوم الأصفر الشبابي Juvenile Xanthogranuloma :

*المـــرادف* : البـــطـــانـــوم الأصـــفـــر الوحمي Nevoxanthoendothelioma ويتظاهر على شكل عقيدات

حمراء ضاربة للصفرة صلبة عديدة ، تصيب الأطفال الصغار وتبدو نسجياً كنوع من ورم المنسجات الخازن للشحوم ( لمزيد من التفاصيل راجع الفصل ٦٤ ) .

### الورم الزليلي ذو الخلايا العملاقة الحميد
### : Benign Giant Cell Synovioma

*المرادفات :* الورم ذو الخلايا العملاقة لغمد الوتر .

يعتبر ورم الخلايا العملاقة الزليل الأكثر شيوعاً من بين الأورام الزليلة الحميدة والخبيثة . ( راجع الشكل ٥٩ ــ ٩ ) .

**الموجودات السريرية :** عقيدة مفصصة مفردة ، بطيئة النمو ، غالباً ما تصيب منطقة مفاصل الأصابع وأغمدة الأوتار في يد امرأة متوسطة العمر ، تميل للنكس الموضعي ولذلك يعد الاستئصال الجراحي الكامل ضرورياً . والميل للتحول الخبيث في أورام مفاصل اليد يكون أكثر شيوعاً بالمقارنة مع نفس الأورام المتوضعة في الأقدام .

**التشريح المرضي النسجي :** تشاهد منسجات وأرومات ليفية وخلايا عملاقة عديدة النوى تحيط بأجواف تشبه الشقوق وبذلك فهي تقلد البنى المفصلية . ويعد خزن الهيموسيدرين والشحوم فيها من الأمور النموذجية . هذا الورم هو أيضاً أحد أنماط أورام المنسجات ويحتمل أن يتكون بآلية التهابية تفاعلية .

## الأغران الكاذبة في الجلد
## : Pseudosarcomas of the Skin

هي تكاثرات في النسيج الضام تبدي سيراً سريرياً حميداً ، وغالباً ما تكون ذات نمو وغزو عدواني إلا أنها لا تبدي علامات خبث نسيجية . ومن أجل إجراء تقييم إنذاري ، يتطلب الأمر ربط الموجودات السريرية مع الاستقصاءات النسجية .

أكثر الأدواء أهمية في هذه المجموعة :

- اللیفوم الجلدي الغرني الكاذب .
- التهاب الصفاق العقيدي تحت الجلدي .
- الورام الليفي الهياليني الشبابي .
- الورام الليفي الأصبعي عند الأطفال .
- الورام الليفي العدواني عند الأطفال .
- الصفروم الليفي اللانموذجي .
- الغرن الليفي الجلدي الناشز ( الحدبي ) .

يجب أن تستأصل كافة الأورام الغرنية الكاذبة الجلدية بشكل واسع مع هامش من الأنسجة السليمة وذلك لتفادي النكس .

### الليفوم الجلدي الغرني الكاذب
### : Pseudosarcomatous Dermatofibroma

هو ورم ليفي جلدي غزير الخلوية حيث توجد حزم من الأرومات الليفية عديدة الأشكال متشابكة ، مغزلية الشكل ومرتبة بشكل حلزوني مثل أسياخ الدولاب ( طراز « حسائكي » ) ، وليس من النادر أن تبدي شذوذات نووية وانقسامات فتيلية . تذكر الصورة النسجية بالغرن الليفي ، إلا أن هذا التشكل هو حميد سريرياً .

يمكن لبعض هذه الحالات أن يصنف تحت اسم التهاب الصفاق العقيدي .

### التهاب الصفاق العقيدي تحت الجلدي Subcutaneous Nodular Fasciitis [Konwaler, Keasbey, Kaplan : 1955]

*المرادفات :* التهاب الصفاق العقيدي الغَرَني الكاذب ــ الليفوم الجلدي الغَرَني الكاذب ــ الوُرام الليفي الغَرَني الكاذب تحت الجلدي ( التهاب الصفاق ) .

**التعريف :** ورم متوضع تحت الجلد ويلتصق بشدة باللفافة ، يمكن أن ينتشر إلى النسيج الشحمي تحت الجلد ، كما ويمكن أن يتراجع عفوياً بعد أن يتواجد لفترة طويلة . وتذكر صورته النسجية بالغَرَن الليفي .

**الحدوث :** نادر ويشاهد عادة عند الأشخاص بعمر ٢٠ ــ ٥٠ سنة .

**الموجودات السريرية :** ورم يتوضع على الأطراف ، ويفضل أسفل الساعد ، وهو ورم المنطقة تحت الجلد ، يتطور بسرعة وقد يصل لقطر ٢ ــ ٣ سم خلال ٢ ــ ٣ أسابيع . تتوضع العقيدة تحت الجلد وتلتصق بشدة مع اللُّفافة ويمكن رفع الجلد فوقها بسهولة ويبقى الوضع العام للمريض طبيعياً .

**التشريح المرضي النسجي :** يحتوي النسيج تحت الجلد كتلاً من نسيج ورمي غني بالأوعية مع أرومات ليفية مغزلية كبيرة ضمن لحمة مخاطية وألياف شبكين دقيقة . ويكثر حدوث الشعيريات حديثة التشكل في هذا التكاثر الخلوي ، وتزداد التبدلات الالتهابية وخاصة في المناطق الهامشية . وتوجد انقسامات فتيلية كثيرة إلا أنها ليست شاذة . يفرق عن الغرن الليفي الحقيقي بغزارة المادة المخاطية والتكاثر الوعائي وبغياب الانقسامات الشاذة ( اللانمطية ) .

**السير السريري :** بسبب تطوره السريع ، فإن الورم يأخذ سريرياً سير الغَرَن ويكون الشفاء العفوي بعد تواجده بعدة أشهر هو القاعدة .

**التشخيص التفريقي** : ويفرق عند ورم المنسجات والليفوم الجلدي اللذين يحدثان في الأدمة ، أما الغرن الليفي المتناقض (Paradoxical) فيمتلك الأرضية النسجية نفسها الموجودة في التهاب اللفافة العقيدي ، إلا أنه يتوضع في الأدمة .

يعد التهاب اللفافة المعظِّم شكلاً من أشكال الآفة ويؤدي إلى التعظم .

## الوُرام الليفي الهياليني الشبابي Juvenile Hyalin Fibrosarcomatosis : [Murray 1873]

*المرادف* : متلازمة موري Murray .

**التعريف** : يحتمل أن يكون خلل تنسج في اللحمة المتوسطية مترافق مع أورام وفرط تنسُّج في اللثة وتخرب عظمي .

**الحدوث** : نادر جداً ، لم يثبت دور الوراثة فيه ، تبدأ الآفة بين الشهر الثالث والسنة الرابعة من الحياة .

**الموجودات السريرية** : تتميز الصورة السريرية بأورام متقرحة متفرقة على الفروة والجذع مع عناصر حطاطية أو عقيدات ليفية تتوضع على الناحية الخلفية للعنق بالإضافة إلى فرط تنسج لثوي وتخرب وانحلال عظميين .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد في الشكل النموذجي خلايا ورمية شاحب ذات هيولى حبيبية ضمن مادة أساسية هيالينية متجانسة إيجابية التلون بالباس PAS ( تنكس النسيج الضام الزجاجي الحمضي ) .

**الإنذار** : غير حسن .

**المعالجة** : الجراحة ذات فائدة قليلة .

## الوُرام الليفي الأصبعي عند الأطفال : Infantile Digital Fibromatosis

وهو يتظاهر على شكل عقيدات صلبة وحيدة أو عديدة تصيب أصابع اليدين والقدمين ، تكون ولادية أو تظهر في الأشهر الأولى من العمر . قد تشابه الصورة النسجية لهذا الورام الغرن الليفي إلى حد بعيد . تعتبر الاندخالات الهيولية الحمضة بقطر ٣ ــ ١٠ نانومتر ذات أهمية تشخيصية ، غير أن الطبيعة الحموية المفترضة في حدوث هذا الداء لم تثبت بعد .

**المعالجة** : تحدث تراجعات عفوية دون ندبات ، وإن لم يحدث ذلك فيتطلب إجراء العمل الجراحي ، ولكن النكس كثير الحدوث .

## الوُرام الليفي العدواني عند الأطفال : Aggressive Infantile Fibromatosis

ورمٌ قاس تحت الجلد يتشكل بسرعة في أي جزء من الجسم لدى الأطفال الصغار في السنة الأولى من الحياة . يتميز نسيجياً بتكاثر أرومات ليفية مغزلية ذات انقسامات فتيلية كثيرة . النكس شائع بعد الاستئصال ورغم ذلك فلم يلاحظ حدوث أية نقائل .

## الصفروم الليفي اللانموذجي Atypical Fibroxanthoma : [Helwig 1963]

ويتظاهر على شكل عقيدات حمراء بنية قاسية عند المرضى المسنين ممن لديهم جلد متأذٍ من أشعة الشمس ومران سافع على الأجزاء المكشوفة من الجسم ، وبخاصة على الوجه . قد يبلغ قطر هذه العقيدات ١ ــ ٢ سم وغالباً ما تتآكل .

**التشريح المرضي النسجي** : يوجد تعدد أشكال خلوي شديد في الأرومات الليفية والمنسجات والخلايا العملاقة والخلايا الصفرومية مع أعداد كبيرة من الانقسامات الفتيلية اللانمطية ( الشاذة ) أيضاً .

**الإنذار** : بالرغم من الصورة النسجية المشابهة للأغران فإن الورم حميد سريرياً ، و لم يتضح فيما إذا كان ورماً حقيقياً أو أنه يمثل تشكلاً تفاعلياً كاستجابة للرضح أو التشعيع السافع . النكس الموضعي بعد الاستئصال محتمل ، ونادراً ما تحدث نقائل إلى العقد اللمفية الناحيَّة .

**المعالجة** : الاستئصال ، كما أن العلاج الشعاعي فعال أيضاً .

## الغَرَن الليفي الجلدي الناشز Dermatofibrosarcoma Protuberans : [ داريـه وفيران ١٩٢٤ ، هوفمان ١٩٢٥ ]

**التعريف** : هو ورم نسيج ضام جلدي ــ تحت جلدي وهو يقع سريرياً ونسجياً بين الليفوم الجلدي والغرن الليفي . النكس الموضعي شائع بعد الاستئصال الجراحي . والنقائل نادرة جداً . وهذا الورم العدواني ( الغازي ) موضعياً يفسره بعض المؤلفين على أنه آفة قبيل غَرَنيَّة . إلا أن مثل هذا التحول نحو الغرن لا يبدو كمظهر ثابت ومؤكد .

**الحدوث** : يحدث هذا الورم غالباً في البالغين ( ٢٠ ــ ٤٠ سنة ) ويعزى حدوثه غالباً إلى الرضح الموضعي .

**الموجودات السريرية** : المكان الانتقائي لهذا الورم الوحيد هو الجذع ونادراً ما يصيب الرأس أو الأجزاء الدانية من الأطراف . تحدث التطورات على مرحلتين :

١ ــ *مرحلة اللويحة* : وتتظاهر على شكل صفيحة جدرية قاسية تشبه تصلب الجلد وتنتشر نحو المحيط مع مكونات عقيدية . الكتل الجدرية محسوسة ، ويكون سطح الجلد ناعماً ومتوتراً بلون بني ضارب للحمرة أو أحمر ضارب للزرقة ، وتتخلله

أحياناً شعيريات متسعة ، وتكون الكتلة متحركة على العمق . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ١١ ) .

١ ـ *مرحلة الورم* : تحدث هذه المرحلة خلال سنوات من ظهور الآفة ، حيث تتشكل عقيدات غير مؤلمة تقيس ٣ ـ ١٥ سم قطراً . تكون الأورام ذات قواعد عريضة ، عديدة العقيدات ذات لون مزرق أو ضارب للبني . يكون الجلد مشدوداً ومترققاً وتتخلله شعيريات متسعة . هناك ميل لحدوث الارتشاح في الجلد المحيط بالآفة والطبقات النسجية تحت الورم ؛ ونادراً ما يحدث تقرح أو نزف . ليس هناك أعراض عامة أو موضعية حتى عندما تبقى الآفة لفترة طويلة ، وقد تصل فترة تطور الآفات حتى عشر سنوات . إذا حدثت النقائل ، رغم ندرتها الشديدة ، فيمكن أن تشمل العقد اللمفية الناحيّة أو الرئتين .

**التشريح المرضي النسجي** : بعكس الليفوم الجلدي ، فإن الورم يمتد عميقاً حتى النسيج الشحمي تحت الجلد . ويتألف من أرومات ليفية مغزلية متراصة بشدة بترتيب حلزوني وبشكل نموذجي مثل دولاب العجلة مع شذوذات نووية معزولة وانقسامات فتيلية . أما خزن الشحوم والهيموسيدرين فنادر أو معدوم . تختلف كمية ألياف المغراء في الورم إلا أنها قليلة عادة . تكون البشرة فوق الورم ضامرة .

**التشخيص التفريقي** : وتفرق عن الجدرة ، الليفوم الجلدي ، ورم المنسجات ، الغرن الليفي ، يجب تأكيد التشخيص نسيجياً والخزعة العميقة ضرورية .

**المعالجة** : يجب أن يجري الاستئصال بشكل عميق وعريض حتى يصل إلى النسيج السليم ، وبهذا تُزال تشعبات الورم . ورغم ذلك فإن النكس الموضعي ليس بنادر . قد تكون الجراحة الجذرية صعبة من الناحية التقنية ، خاصة في منطقة قفا العنق ، وفوق الفقرات والمفاصل ، آنذاك يبدي الورم نمواً موضعياً عدوانياً ويمتد نحو العنق على شكل مخروط .

## أغران الجلد Sarcoma of the Skin :

### الغرن الليفي Fibrosarcoma :

**التعريف** : ورم ليفي خبيث يحدث في الجلد ويميل بسرعة لإعطاء نقائل .

**الموجودات السريرية** : يحدث الغرن الليفي في النسيج الضام الجلدي ، في أسفل الساق ، على سبيل المثال ، أو في القدم على شكل عقيدة قاسية بنية اللون ضاربة للزرقة ، أو في الجذع على شكل ورم مسطح ذي نمو سريع وتقرح مبكر . تحدث النقائل للمناطق المحيطة بالآفة باكراً ، وبشكل مغاير للسرطانات ، فهذا الورم ينتشر غالباً عن طريق الدم وبخاصةٍ إلى الرئتين . يمكن أن تحدث الأغران الليفية على جلد طبيعي ، ولكن أحياناً على ندبات ضمورية للذأب الشائع ، والذأب الحمامي ، والتهاب الجلد الشعاعي بأشعة X أو في جفاف الجلد المصطبغ . ويحدث التحول إلى الأغران في حالات نادرة في الورام الليفي العصبي .

*الأغران الثانوية في الجلد* : تحدث بوصول نقائل إلى الجلد من أورام بدئية في أعضاء الجسم الداخلية .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون هذه الأورام غزيرة الخلوية وتبدي نمواً ارتشاحياً ومخرباً . تكون الأرومات الليفية لانموذجية ومغزلية ( غرن مغزلي الخلايا ) ، أو دائرية ( غرن مستدير الخلايا ) ، أما السَّدَى فيكون غزير الألياف أو فقيراً بها . وغالباً ما يحتوي كذلك على كمية كبيرة من المخاط ( غرن مخاطي ) . ويمكن تمييز الأشكال غير المتمايزة ( الأغران اللامُصنّعَة ) ، باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة مثل S100 ، وذلك عن السرطانة اللامصنعة ( الكشمية ) أو الملانوم الخبيث اللاملاني .

**المعالجة** : استئصال كامل ومبكر مع هوامش أمان واسعة ، وحين الضرورة ، تعطى معالجات كيمياوية متعددة موقفة للانقسام الخلوي .

# أورام الأوعية الدموية

# Tumors of Blood Vessels :

### الوعاؤومات الدموية Hemangiomas :

يمكن أن تحدث أورام الأوعية الدموية الحميدة في الجلد وفي الأغشية المخاطية وفي أعضاء أخرى أيضاً . وهي غالباً ما تكون ولادية كشوه جنيني ، أو قد تظهر خلال الأيام الأولى من الحياة ، وغالباً ما تكون حدود الوحمات الوعائية العضوانية غير واضحة . يشاهد أحياناً استعداد عائلي . وبناء على نسبة وبنية وامتداد المكونات الوعائية يمكن أن نميز نسجياً الوعاؤوم الكهفي ، والليفوم الوعائي ، والوعاؤوم الدموي الليفي ، والوعاؤوم الدموي الشحمي ، والوعاؤوم الدموي اللمفي .

### الوعاؤوم الدموي الكهفي Cavernous Hemangioma :

*المرادفات* : الوعاؤوم الدموي الكهفي Hemangioma Cavernosum ، السليلة الوعائية .

**الموجودات السريرية** : الورم الوعائي معروف من قبل عامة الناس ، وهو إما أن يوجد مباشرة عند الولادة أو يظهر خلال

الأيام الأولى بعدها . قد يكون نموه سريعاً خلال الأشهر الأولى من الحياة ، لكنه غالباً ما يتناسب مع نمو الجسم . أما حدوث الوعاؤوم الكهفي في المراحل المتأخرة من الحياة فهو أمر نادر .

واعتماداً على موقعه في الجلد ، يمكن وصفه كوعاؤوم جلدي أو جلدي تحت جلدي أو كوعاؤوم تحت جلدي صرف .

*الوعاؤوم الدموي الكهفي الجلدي :* هو وعاؤوم مرتفع مملوء بالدم وذو لون أحمر غامق . وُصف هذا النمط بشكل خاص من قبل العامة على أنه علامة الفريز . وغالباً ما يشمل نمو الورم الجلد وما تحته . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ١٢ ) .

*الوعاؤوم الدموي الكهفي الجلدي ـ تحت الجلدي :* يتبارز الجزء المركزي على سطح الجلد شبيهاً بقمة الجبل الجليدي حيث يعطي شكلاً محدداً بشكل واضح ذا لون أحمر غامق . يشع الجزء تحت الجلدي الرئيسي عند الحواف بلون مزرق . ويمكن تقييم هذا الوعاؤوم بشكل أفضل من خلال الجس .

*الوعاؤوم الدموي الكهفي تحت الجلدي :* وهو ورم يقع تحت الجلد ويرتفع عن مستوى سطحه كورم طري إسفنجي مزرق وقابل للانضغاط .

**الحجم والتوضع :** يختلف حجم الورم ، وقد يكون مفرداً أو متعدداً . قد يكون بقدّ ١ سم أو أنه يشغل نصف الوجه . يتوضع في أي جزء من الجسم ويميل للتوضع في منطقة الرأس كما وقد يحدث في الأغشية المخاطية ، وقد يسبب ضخامة اللسان أو ضخامة الشفاه . وقد يترافق بنقص تنسج في النسج الرخوة أو العظم الذي تحته . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ١٣ ) .

**التشريح المرضي النسجي :** ويبدي التشريح المرضي النسجي عن أفضية وعائية واسعة مملوءة بالدم ، مستورة بخلايا بطانية وتحتوي جدرها على عضلات ملس . يشغل الورم الأدمة وتحت الجلد .

**السير والإنذار :** يتراجع عفوياً عند ٧٠٪ من المرضى . ويبدأ التراجع في السنة الأولى من الحياة ويستمر هذا التراجع حتى السابعة من العمر . حيث أن ظهور حدود شبكية ضمورية مؤلفة من مناطق بيضاء على السطح الأحمر اللامع يُعد علامةً للتراجع . لا يبدي الوعاؤوم الكهفي تحت الجلدي الصرف ميلاً للتراجع .

**الاختلاطات :** هي النزف ، والخثارات والتقرح . تحدث الخثارات المتشكلة داخل الورم نتيجة الضغط والأذيات . ويحدث تعطن السطح عندما تكون هذه الأورام في مناطق الثنيات وخاصة في المنطقة الشرجية التناسلية مما يؤدي إلى النخر وتشكل القرحات والتئام الجرح الثانوي .

يحدث في أحوال نادرة تبدل في أعراض هذا الورم وعلاماته مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة مثلما يحدث حين يتوضع الورم في منطقة الحجاج .

**المعالجة :** نظراً لشيوع تراجع هذا الوعاؤوم عفوياً ، تستطب المعالجة المحافظة ، ومن المهم إعلام الأهل بذلك لأنهم قد يلحوا على الطبيب للقيام بإجراء فعال . إن إجراء صورة فوتوغرافية موثقة ومتتالية لهو من الأمور المفيدة . ينصح بإجراء معالجة مبكرة فقط في حالة النمو السريع والتوضع غير المناسب ( في الوجه مثلاً ) .

*المعالجة الجراحية :* يُلجأ للعلاج الجراحي في حالات خاصة ، بعد الانتظار فترة كافية كما في حال تأثر وظيفة العضو وإضعافها بتوضع الورم ، أو عند حدوث نزف شديد ومتكرر . تستطب الجراحة أيضاً في الوعاؤومات المشوِّهة من الناحية التزويقية وغير المتراجعة ، والمتوضعة في أجزاء مرئية من الجسم وبخاصة الوجه . وتعد العملية من الناحية التقنية صعبة عادةً ، وتتطلب خبرة في جراحة الأطفال والجراحة الرأبية . أما الإجراءات التي كانت تستخدم لغاية تزويقية كإزالة الوعاؤوم بالتخثير فقد أهملت الآن .

*المعالجة القرية :* ينفَّذ بتطبيق ثاني أوكسيد الكربون أو سائل النتروجين . وقد ثبتت قيمتها في حالات كثيرة ، ومن الأفضل الابتداء بمناطق صغيرة لاختبار تفاعل الحالات المفردة ، ولا يناسب هذا الإجراء كثيراً الوعاؤومات تحت الجلدية .

*المعالجة الجهازية بالستيروئيدات القشرية :* يمكنه أن يوقف وبسرعة نمو الوعاؤومات الكهفية الكبيرة . ويستطب هذا العلاج في الوعاؤومات النامية بسرعة ، وبخاصة تلك الموجودة في جوف الحجاج والتي يمكن أن تهدد الرؤية في العين المصابة ، ولا تكون بمتناول العلاج الشعاعي . تكون الجرعات : ٢ ـ ٣ ملغ من البردنيزولون لكل كغ من وزن الجسم وذلك بشكل أولي في الرضع والأطفال الصغار . يتوقف النمو السريع للورم خلال ٢ ـ ٣ أسابيع . وإن مستوى ومدة العلاج الداعم يجب أن يتكيفا مع كل حالة ، ومن الأفضل أخذ موافقة طبيب الأطفال . وبعد إيقاف الستيروئيدات القشرية يمكن أن يعود النمو ثانية . ورغم التحفظات الكثيرة فإن هذه المعالجة ذات فائدة كبيرة في الحالات الشديدة وبخاصة عندما تستخدم بشكلها الصحيح .

*العلاج الشعاعي :* يمكن إيقاف نمو الوعاؤومات الدموية سريعة السير باستعمال أشعة X اللينة والخفيفة ، كما ويمكن بذلك الإسراع في تراجع الورم . يجب أن تكون المعالجة مستطبة بشكل تام ودقيق . وينبغي ألا تطبق الأشعة فوق اليوافيخ التي لم

تلتحم بعد ، ولا على المفاصل والمشاشات والصدر والدرقية والتوتة والخصيتين والمبيضين . وإذا ما طبق التشعيع على مناطق مجاورة للعين فيجب حماية الأخيرة بدرع من الرصاص ، ويجب تحاشي البدء بالأشعة ما أمكن قبل الأسبوع ١٠ – ١٢ من الحياة . وتتراوح الجرعة الواحدة بين ١,٥ – ٣ Gy في معالجة الوعاؤومات التي يصل قطرها حتى ٤ سم ، بينما تتراوح الجرعة الكلية القصوى بين ١٠ – ١٥ (Gy) ، فتكون الفواصل الزمنية بين الجرعات ٦ – ٨ أسابيع ويمكن أن تزاد إذا كان هناك ميل جيد للتراجع .

وعادة ، يكفي علاج واحد أو اثنان . ويجب أن تكيف الجرعات ونوعية الأشعة ، حسب مكان وعمق الآفة في كل حالة . وينبغي عدم استخدام الجرعات المستخدمة في علاج الأورام الخبيثة مطلقاً في معالجة الوعاؤومات الدموية .

*المعالجة بالانضغاط* : يمكن للضغط أن يؤدي إلى تراجع الآفة ، ومن المفضل استعماله مع أغطية صنعت خصيصاً لهذا الغرض .

*المعالجة بالليزر* : يمكن أن تطبق فقط في الآفات الصغيرة .

أما المعالجة المصلبة فلا ينصح باستعمالها .

**متلازمة مافوسي Mafucci's Syndnrome [1881] :**

*المرادفات* : الورام الغضروفي الوعائي ، متلازمة الوعاؤوم الدموي بخلل التنسج الغضروفي .

وهو اضطراب معقد ولادي ، تحتمل الوراثة فيه ، ونادر الحدوث ، يحدث في النسج ذات المنشأ الأديمي المتوسطي ، ويتميز بوجود وعاؤومات دموية كهفية عديدة في الجلد والأعضاء الداخلية . ويتميز أيضاً بورام غضروفي وخلل تنسج غضروفي مترقيان وغير متناسقان مع تشوهات في الأطراف ( تشخص شعاعياً ) وخاصة في منطقة الوعاؤومات الدموية . ثمة ميل لتشكل أورام خبيثة وبخاصة الغرن الوعائي والغرن الغضروفي .

**متلازمة كازاباخ – ميريت**
**Kasabach – Merrit Syndrome [1940] :**

*المرادفات* : متلازمة الوعاؤوم الدموي بقلة الصُفَيْحات .

وهي وعاؤوم أو عدة وعاؤومات دموية كهفية تترافق مع فرفرية نقص الصفيحات التي تتظاهر بكدمات في الجلد ونزوف معوية . تشريحياً مرضياً ، يفترض وجود استهلاك متزايد للصفيحات ومولد الليفين كنتيجة للتخثر ضمن الوعاؤومات الدموية العملاقة ( اعتلال خثري مستهلك للصفيحات حاد أو مزمن ، التخثر المنتثر داخل الأوعية ) . قد يتحسن الداء بتراجع عفوي للوعاؤومات الدموية .

**التشخيص** : نقص الصفيحات ، تطاول زمن النزف ، نقص مولد الليفين ، ازدياد نواتج تحطم الليفين .

**المعالجة** : الستيروئيدات القشرية بالطريق الجهازي أثبتت فائدتها . يلجأ للعلاج الشعاعي في حالات استثنائية وكذلك للعلاج الجراحي الذي قد يكون مفيداً . أما الهيبارين والأسبرين والديبيريدامول ففائدتها غير واضحة حتى الآن .

**متلازمة الوحمة المَجْلة المطاطية الزرقاء**
**Blue – Rubber – Bleb – Nevus – Syndrome :**
**[Bean 1958]**

وتتضمن وعاؤومات دموية كهفية جلدية أو تحت جلدية متعددة قابلة للانضغاط ، ذات لون مزرق ، بقطر يتراوح بين عدة ملمترات وعدة سنتمترات ، ذات قوام مطاطي وحدوث فُرادي ، نادراً ما تنتقل وراثتها بصبغي جسدي سائد ، تتطور هذه الأورام خلال الطفولة أو بعدها . يصاب الذكور أكثر من الإناث . إن الحدوث المتزامن والمتواقت لهذه الأورام مع وجود وعاؤومات في القناة الهضمية وإصابة قلبية هو أمر هام جداً ، إذ غالباً ما يؤدي ذلك إلى نزوف مهددة للحياة ( تغوط أسود ) وفقر دم . ( راجع الشكل ٥٩ – ١٤ ) .

**التشخيص التفريقي** : وتفرق عن الأورام الكيسة المتعددة ، متلازمة مافوسي ( خلل التنسج الغضروفي ) ، داء أوسلر .

**المعالجة** : المعالجة عرضية فقط لفقر الدم الثانوي ، أما الاستئصال الجراحي للأورام المعوية فيصعب اجراؤه عملياً .

**الوعاؤوم العنقودي الشرياني Angioma Arteriale Racemosum :**

شكل خاص من الوعاؤومات يتألف من كتل وعائية وريدية أو وريدية – شريانية متعرجة ، نابضة ، تنتشر خارج الأدمة وترتشح في أجزاء كبيرة من الجسم وتصاب بتوسعات هائلة . وقد تلمع ( تشع ) بسبب اللون الأزرق واللون الأحمر الياقوتي . يفيد إصغاء الأوعية في هذه الحالة .

**الوعاؤوم الشيخي Senile Angioma :**

*المرادفات* : الوعاؤوم الدموي الشيخي ، البقعة الياقوتية .

هذه الوعاؤومات الحقيقية ، الحميدة دائماً ، غالباً ما تحدث بعد سن الأربعين ويعرفها الناس باسم « البقعة الياقوتية » ، وهي إما مفردة أو عديدة ، ذات لون أحمر غامق ، مسطحة أو مرتفعة ، محددة بشكل واضح ، وبقطر ١ – ٦ ملم ، توجد عادة على الجذع ولا تبدي تراجعاً عفوياً . ( راجع الشكل ٥٩ – ١٥ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تبدي الأدمة العليا التواءات والتفافات لشعريات دموية حديثة التشكل اعتباراً من الضفائر تحت الحليمية .

**المعالجة** : تخريبها وتحطيمها بالليزر أو بالإنفاذ الحراري أو بالاستئصال الجراحي .

### وعاؤوم هامش الشفة Angioma of the Labial Margin : [Pasini 1907]

*المرادف* : الوعاؤوم الدموي في الشفاه .

**الموجودات السريرية** : ويتظاهر على شكل عقيدات بقدّ ٣ ــ ٥ ملم بلون أحمر مزرق ، أو أسود مزرق ، طرية القوام ، وغالباً ما تقع في الشفة العلوية في منطقة الحافة الحرة . تحدث هذه الوعاؤومات على هامش الشفتين بعد سن الأربعين ، وتبدو على شكل توسعات وعائية دوالية الشكل ومحددة تماماً في الأدمة العلوية وهي ليست بأورام حقيقية ( بحيرات وريدية ) . ( راجع الشكل ٥٩ ــ ١٦ ) .

**التشخيص** : يمكن أن تظهر جزئياً بِمِلْوَق زجاجي ، وقد تترافق أحياناً بحدوث بحيرات وريدية في جلد الوجه .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن الملانوم الخبيث .

**العلاج** : الاستئصال الجراحي أو المعالجة بالليزر .

## التقرانات الوعائية Angiokeratomas :

### التقران الوعائي الجسمي المحدود Angiokeratoma Corporis Circumscriptum : [Fabry 1915]

*المرادف* : التقران الوعائي الجسدي وحمي الشكل .

**الموجودات السريرية** : توجد هذه التشوهات الوحمانية منذ الولادة ، حيث تبدو توسعات وعائية وحمية بلون أحمر مزرق أو مسود ، تكون على الساق عادة نتيجة تكاثر وتوسع الشعريات الدموية الحليمية ، وتغطى عادة بفرط تقرن ثؤلولي الشكل ، وقد تشاهد أحياناً بشكل خطي أو نطاقي . ( راجع الشكل ٥٩ ــ ١٧ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف عن توسعات شعرية في المسافات تحت البشرة مع فرط تقرن بشروي .

**السير** : يوازي نموها نمو الطرف ، وهناك نمو عفوي في سن المراهقة أو بعده ولا تبدي ميلاً عفوياً للتراجع .

**التشخيص التفريقي** : يمكن أن تختلط التشكلات الوحيدة الثؤلولية ذات اللون الأزرق الغامق أو الأحمر الغامق مع الملانوم الخبيث الثؤلولي .

**المعالجة** : بالاستئصال .

### التقران الوعائي لميبللي Angiokeratoma Mibelli [1889] :

*المرادفات* : التقران الوعائي الأصبعي باختناق النهايات Angiokeratoma Digitorum Acroasphycticum .

**الحدوث** : نادر وأحياناً عائلي .

**الموجودات السريرية** : تحدث هذه الآفات الحميدة على الوجه الظهري للأصابع واليدين ، وأيضاً على المرفقين والركبتين والقدمين والربع السفلي الوحشي من الثدي . أكثر ما تصاب الفتيات في عمر ١٠ ــ ١٥ سنة . تشاهد توسعات وعائية بقدّ عدة ملمترات بلون أحمر غامق ، أو أحمر رمادي ، متعددة ومبعثرة ، وتكون مغطاة بفرط تقرن صلب أصفر ثؤلولي الشكل . يبدو أن تأثير البرد يلعب دوراً في تطورها ، وقد يكون هناك ميل لحدوث الجلد المرمري وزراق النهايات والشرث .

**التشريح المرضي النسجي** : تشمل التبدلات شواكاً ، وفرط تقرنٍ بشروي فوق توسعات وريدية كهفية محدودة للشعيرات الحليمية . وقد تشاهد أحياناً رشاحة خفيفة باللمفاويات .

**السير** : مزمن ، تميل الآفة للازدياد في حجمها وعددها ببطء . وليس هناك ميل للتراجع العفوي أو للاستحالة الخبيثة .

**التشخيص التفريقي** : التقران الوعائي الجسمي المنتشر .

**المعالجة** : تخريب الآفة بالإنفاذ الحراري أو بالليزر .

### التقران الوعائي الصفني والتقران الوعائي الفرجي Angiokeratoma Scroti and Angiokeratoma Vulvae : [Fordyce 1896]

إن التقرانات الوعائية المتعددة في جلد الصفن شائعة لدى الرجال المسنين .

وهي تتألف من توسعات وعائية دموية حمراء لامعة أو حمراء مزرقة بقدّ ١ ــ ٥ ملم ، تزداد عدداً ببطء وهي ذات أشكال ثؤلولية مختلفة . ( راجع الشكل ٥٩ ــ ١٨ ) .

تحدث تغيرات مشابهة في الفرج . وهذه التشكلات حميدة .

**التشخيص التفريقي** : التقران الوعائي الجسمي المنتشر .

### الحبيبوم المقيح Granuloma Pyogenicum : [Poncet and Dor 1896]

*المرادفات* : حبيبوم الشعيرات الدموية المتوسعة ، Botryomycoma .

**التعريف** : الحبيبوم المقيح هو عقيدة وعاؤومية شعرية بلون أحمر تتطور بسرعة وهي شائعة خاصة بعد الرضوح ونازفة بسهولة .

**الإمراض** : يرتكز هذا التشكل بصورة أولية على أورام وعائية شعرية طفحية تتكاثر بسرعة وتصاب بخمج ثانوي ثم تصبح حبيبوماً . غالباً ما يكون هناك قصة رضح سابق . وهي تشاهد أيضاً أثناء العلاج بمادتي Isotretinoin و Etretinate .

**الموجودات السريرية** : هي تشكلات وعائية حميدة طرية كروية الشكل أو حليمومية تصل حتى ١٠ ملم قدّاً ، ذات لون أحمر لامع أو أحمر مزرق . يتوضع الورم فوق الجلد بقاعدة إما أن تكون ضيقة أو بشكل سويقة قصيرة . يكون سطح الورم لامعاً وغالباً رمادياً مرقطاً ورطباً ، أو متجلباً ذي مفرزات ، والبشرة التي تحيط بالقاعدة تشبه الطوق . تتميز هذه الآفة بأنها سهلة التأذي جداً مع ميل للنزف الذي يصعب إيقافه ، وينجم عن هذا جلبات غامقة من الدم على السطح .

المواقع المفضلة له هي : الشفتان والأغشية المخاطية في الفم ، الوجه ، الفروة ، الأصابع ، الراحتان والظهر . تحدث الحبيبومات المقيحة على الجروح المخرشة والملتهبة بعد الأذية بمدة ١ — ٣ أسابيع ولكنها قد تحدث عفوياً أيضاً . ( راجع الشكل ٥٩ — ١٩ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون العقيدة الوعائية النامية للخارج إما خالية من البشرة بعيداً عن السويقة أو مغطاة فقط بطبقة رقيقة من الظهارة . ويتألف الورم من سدى رخو يشاهد ضمنه شعيرات دموية متسعة متعرجة حديثة التشكل . تكون التغيرات الالتهابية تابعة لمرور العدلات والخلايا الالتهابية الأخرى ، وهي التي تحدث الآفة الحبيبومية .

**التشخيص التفريقي** : إن القصة القصيرة والنمو السويقي والطوق البشروي تعد من المميزات النموذجية لهذا الحبيبوم . ومن الهام تفريقه عن الملانوم الخبيث اللاملاني والذي يعد من الأمور الصعبة أحياناً . ويجب تمييز الوعاؤومات الدموية الطفحية والخثارية والأورام الوريدية الشريانية في النهايات .

**المعالجة** : يجب استئصال الحبيبوم مع السويقة الوعائية الممتدة إلى النسيج الأدمي العميق ، حيث يمكن أن تنكس إذا كان الاستئصال سطحياً فقط .

**الورم الكبي** : **Glomus Tumor** [Mosson 1924]

*المرادفات :* العصبوم الوعائي العضلي ، الوعاؤوم الكبي .

**التعريف** : الأورام الكبية هي أورام حميدة مشتقة من المفاغرات الشريانية الوريدية ، وتتألف نسجياً من أقنية وعائية محاطة بخلايا كبية .

**الحدوث** : نادر نسبياً . أحياناً يحدث بشكل عائلي ، وهذا ما يفترض وجود نفوذ وراثي بصبغي جسدي سائد ، وكذلك الحدوث المتوافق مع التشوهات الخلقية في المناطق المصابة .

**الموجودات السريرية** : لا يوجد فرق بين الأورام الكبية المفردة والأورام الكبية المتعددة والتي هي نادرة الحدوث . وهذه الأخيرة يمكن أن تكون معممة أو محصورة في منطقة معينة ، وتكون ذات ترتيب قطعي ، مجموعي أو على شكل مجموعات . ويمكن أن تبدي الأورام الكبية المتعددة حدوثاً عائلياً متزايداً .

تبدو الأورام الكبية كعقيدات صغيرة ، قاسية نسبياً ، بلون أحمر مزرق أو أزرق بنفسجي تصل حتى ٥ ملم قدّاً . وتوجد بشكل مسطح على الجلد أو تبرز بشكل نصف كروي . وإن الألم الناجم عن الضغط على شكل هجمات عنيفة من ألم طاعن هو مظهر وصفي للورم . وأكثر الأماكن انتقاء للأورام المفردة هي أصابع القدمين واليدين وخاصة تحت الأظفار . يمكن لأورام كبية أخرى أن تحدث في أي مكان من الجسم وعلى الأغشية المخاطية أو الأعضاء الداخلية . ( راجع الشكل ٥٩ — ٢٠ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد تلفيفات وعائية ، تكون بطانتها محاطة بمعطف من خلايا بشرانية مكعبة نيّرة دعيت بالخلايا الكبية ، وهي خلايا عضلية ملساء معدّلة . وفي الأورام المفردة، من الشائع وجود تراكم كثيف لخلايا كبية بين المسافات الوعائية ( الشكل الصلب ) . أما في الأورام الكبية المتعددة فتحاط الخلايا الكبية بتوسعات وعائية كهفية أكثر شدة ، وتكون مبطنة ببطانة وعائية ذات طبقة واحدة أو اثنتين ( الشكل الوعاؤومي ) . وهناك أعداد من الخلايا البدينة والألياف العصبية في هذه الأورام .

لقد تمّ توضيح السؤال المتنازع عليه حول طبيعة الخلايا الكبية ( مثلاً فيما إذا كانت خلايا بطانية معدّلة أو خلايا محيطة بالعصب أو خلايا عضلية ) . وقد توضح بالمجهر الإلكتروني بأنها خلايا عضلية ملساء . وتعد الأورام الكبية بأنها أورام التفاغرات الشريانية الوريدية .

**التشخيص التفريقي** : الوعاؤوم الدموي ، العضلوم الأملس ، الغدوم العرقي الناتج الحلزوني ، الملانوم الخبيث . وفي الشكل المتعدد : الوعاؤوم الدموي المترقي ، النقائل الجلدية ، ومتلازمة المَجْلة المطاطية الزرقاء Blue Rubber Bleb .

**المعالجة** : بالاستئصال .

**غرن كابوزي** : **Kaposi's Sarcoma** [Kaposi 1872]

*المرادفات :* الغرن العديد النزفي مجهول السبب ، داء كابوزي .

**التعريف** : تكاثر خبيث عديد البؤر يصيب الشعيرات الدموية وخلايا النسيج الضام حول الأوعية في الجلد والأحشاء الداخلية . تبدأ الآفة التقليدية عادة في المحيط وتنتشر باتجاه المركز ، وهي تؤدي للموت بعد ١ – ٢٠ سنة .

يمكن تصنيف الورم كالآتي :

– غرن كابوزي المدرسي ( التقليدي ) / الشكل النموذجي والشكل اللانموذجي / .
– الشكل المتوطن لغرن كابوزي في أفريقيا .
– غرن كابوزي في المرضى المثبطين مناعياً .
– غرن كابوزي الوبائي ( المنتشر ) في مرضى الأيدز AIDS .

**الحدوث** : إن تواتر حدوث غرن كابوزي التقليدي يبدي اختلافات جغرافية شديدة ، فقد ورد حدوث متزايد في جنوب شرق وشرقي أوروبا . وهناك تواتر متزايد في الزمرة HLA – DR5 . وهناك كذلك حدوث مرتفع لدى الأشخاص السود في أفريقيا المدارية حيث تصل إلى نسبة ٩٪ من الأورام الخبيثة . وقد تم مناقشة التأثيرات الوراثية والأسباب الحموية . يصاب الرجال أكثر بعشر مرات من النساء . وقد ورد حدوث حالات عائلية . يبدأ غرن كابوزي التقليدي بعمر يتراوح بين ٣٠ – ٧٠ سنة ، ويحدث باكراً لدى الأشخاص مثبطي المناعة .

**الإمراض** : غير معروف ، ولكن الملاحظات السريرية والوبائيات تدل على وجود مجموعة كبيرة من العوامل متضمنة : الاستعداد الوراثي ، اضطراب التنظيم المناعي ، التأثيرات الهرمونية ، الرح الموضعي ، الحمات الراشحة المولدة للأورام مثل الحمة المضخمة للخلايا . مثل هذه التأثيرات الإمراضية قد تقود إلى عدم انتظام في وظيفة الخلايا البطانية والمحيطة بالوعاء ، وتكاثر الأوعية اللمفية والدموية ، وبالتالي عدم تمايز خلوي غير مسيطر عليه ، فتكاثر هذه الخلايا . وفي المراحل الأخيرة تبدي الخلايا خواص التكاثر الخبيث الوصفية .

**الموجودات السريرية :**

*غرن كابوزي المدرسي أو الفرادي :* يبدأ بشكل متناظر على القدمين ( راجع الشكل ٥٩ – ٢١ ) أسفل الساقين وأحياناً على اليدين . تحدث وذمة بشكل مبدئي وآفات بقعية جاسئة بلون أحمر بني إلى بنفسجي مزرق ، تتطور إلى لويحات مسطحة مرتشحة وعقيدات مؤلمة قاسية وأورام . تظهر عقيدات جديدة في الحواف وتصبح مندمجة مع العقيدات المركزية وتشكل ارتشاحاً سميكاً . وفي النهاية يتشكل تورم هائل يحيط بالمنطقة المصابة . وبسبب انقطاع التصريف اللمفي يحدث أيضاً داء الفيل . يحدث إدماء في الآفات وبذلك تصبح نازفة ويصبح السطح ذا منظر يذكر بتغيرات الفرفرية الصفراء المغرائية Ochre .

يؤدي الضغط الآلي والرضح إلى حدوث تقرحات . تبقى التغيرات مقتصرة على المنطقة الأصلية لفترة طويلة . وأخيراً تتصل مع آفات مماثلة على الجذع ، المنطقة التناسلية ، الوجه ، المخاطية الأنفية والأحشاء الداخلية . ويمكن أن يصاب الغشاء المخاطي للجهاز الهضمي والكليتين والكبد والرئة والعقد اللمفية . قد يحدث لمفوم وابيضاض دم مجموعيين أحياناً لدى هؤلاء المرضى .

*غرن كابوزي اللانموذجي :* وبشكل مغاير للسير المتطور نحو المركز للنموذج المدرسي فإن الصورة اللانموذجية يمكن أن تحدث في البداية : بتوضع الداء على الجذع يتبعه انتشار نابذ من المركز إلى المحيط وإصابة غير متناظرة في طرف واحد ، مع آفة بدئية في الأحشاء الداخلية ، وحدوث وذمة قبل أي عرض آخر وإصابة العقد اللمفية البدئية ( راجع الشكل ٥٩ – ٢٢ ) .

*غرن كابوزي عند المرضى المثبطين مناعياً :* لوحظت تظاهرات سريرية مختلفة لغرن كابوزي في المرضى بعد زرع الأعضاء مع الاضطرابات المناعية الذاتية واللمفومات الخبيثة لدى المعالجين بمثبطات المناعة مثل الآزاثيوبرين ، الستيروئيدات القشرية والسيكلوسبورين .

*غرن كابوزي الوبائي المترافق بالإيدز :* يحدث غرن كابوزي المنتشر عند حوالي ثلث المرضى الذكور الجنوسيين Homosexual المصابين بالأيدز ، على شكل آفات شديدة التنوع . الأنماط الرئيسة هي : العقيدي ، المزدهر ، الارتشاحي ، والاعتلال العقدي اللمفي .

تتوضع ٩٥٪ من هذه الآفات بشكل مبدئي في الجلد . وقد تبدو الآفة على شكل بقع صغيرة يتراوح لونها بين الوردي إلى الأزرق ، أو شبيهة بالورم الدموي ، أو بشكل لويحات حمراء مزرقة أو بشكل أورام حمراء بنية مزرقة قد تتقرح .

قد تكون الآفة مفردة أو بأعداد متزايدة بشكل ثابت من الآفات العديدة المتوزعة على الجسم . وغالباً ما تكون الآفات الحطاطية بيضوية أو مغزلية الشكل ، وقد تتوزع بشكل متناظر وفقاً لخطوط لانغر Langer الجلدية . غالباً ما تصاب المخاطية الفموية والغشاء المخاطي للجهاز الهضمي والعقد اللمفية والرئتان وأعضاء أخرى كثيرة .

يمكن أن يكون غرن كابوزي التظاهرة الوحيدة للخمج بحمة HIV لفترة من الوقت ، وهو نادر عند الإناث والمرضى المحموجين بمنتجات الدم .

**مراحل غرن كابوزي :**

I آفات جلدية موضعة .

II آفات جلدية وتخريب موضعي مع إصابة عقد لمفية ناحيّة أو دون إصابتها .

III آفات مخاطية جلدية معممة مع إصابة عقد لمفية أو دون إصابتها .

IV إصابة حشوية .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد تراكمات عقدية أو بقعية من شعيرات دموية غير تامة ولانمطية في الأدمة مع أفضية شقية مملوءة بالدم تتوضع بين حزم كثيفة من خلايا مغزلية ، وتكون ترسبات الهيموسيدرين شائعة . وجدت بالفحص المجهري الإلكتروني بنى شبيهة بالشعيرات الدموية مع أو دون تشكل لمعة . تمثل الخلايا المغزلية خلايا بطانية معدّلة ومستورة بصفيحة قاعدية وتستطيع بلعمة الكريات الحمر وهي إيجابية العامل الثامن . وعندما يكون عدم التمايز أكثر شدة فإن الصورة تتوافق مع الغرن الليفي الوعائي أو الغرن الوعائي . كما وتوجد أيضاً خلايا التهابية وبخاصة في الأطوار الأولى .

**السير السريري والإنذار** : يترق الداء التقليدي ببطء لعدة سنوات دون تغيرات ملحوظة . إن معدل فترة البقيا هو ٨ ـ ١٣ سنة ، ومن الممكن حدوث تراجع عفوي في بعض الحالات المفردة . قد تطفح الأورام على الجلد في أي وقت وبتتابع سريع . كما يمكن أن تنتشر بالطريق اللمفي وتنتقل إلى الأحشاء الداخلية . تسوء الحالة العامة ، وتؤدي إصابة الأعضاء الداخلية ( الأمعاء الدقيقة ، الكليتين ، العقد اللمفية ) وفقر الدم والأخماج المتكررة التي تؤدي إلى الوفاة .

يموت حوالي ١٠ ـ ١٥٪ من مرضى الأيدز ـ الذين لديهم غرن كابوزي منتشر بسبب الورم خلال سنتين ، ويموت حوالي ١٧٪ بسبب خباثات ثانوية .

**التشخيص التفريقي** : ويفرق عن التهاب الجلد الوعائي في النهايات ( غرن كابوزي الكاذب ) في حالة القصور الوريدي المزمن ، والغرن الوعائي اللمفاوي ، والتقران الوعائي ، والوعاؤومات الدموية ، والحبيبوم المقيح ، والغرن الوعائي الدموي . يكون التشخيص سهلاً عندما يكون البدء والسير نموذجيين .

**المعالجة** : يمكن استئصال الآفات المحدودة . للعلاج المبكر بأشعة X اللينة والخفيفة بجرعة مفردة من ٢ ـ ٣ Gy حتى جرعة كلية تتراوح بين ١٥ ـ ٢٠ (٣٠) Gy تأثير ملطف . تم الحصول على أفضل النتائج بالعلاج الكيماوي المتعدد ، وينصح بمشاركات متنوعة من الستيروئيدات القشرية السكرية مع فينبلاستين ، والخردل الآزوتي والكلورامبسيل . ينصح أيضاً بعلاج منخفض الجرعات للعلاج طويل الأمد بالفينبلاستين بجرعة ٠,١ مغ/كغ من وزن الجسم مرة واحدة في الأسبوع عن طريق الوريد . يستجيب غرن كابوزي في مرضى الإيدز بشكل مؤقت فقط للعلاج الكيماوي ، وقد وجدت استجابة أفضل عند استعمال الإنترفرون ـ ألفا[1]

### الغرن الوعائي في الفروة والوجه Angiosarcoma of the Scalp and Face [Livingston and Klemperer : 1926]

*المرادفات* : البطانوم الوعائي الدموي الخبيث ، الغرن المولد للأوعية في الخوذة ، الغرن الشبكي المولد للأوعية في الفروة ، الغرن الوعائي اللمفي في الفروة .

**التعريف** : ورم وعائي خبيث ، نادر ، مقاوم على المعالجة ، يحدث في الأشخاص المسنين في منطقة الفروة أو الوجه مع نقائل ثانوية . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٢٣ ) .

**الموجودات السريرية** : قد تشابه التغيرات الجلدية في البداية الورم الدموي حتى تتشكل عقيدات وعاؤومية حول جلد كومي الشكل أزرق محمر مع ارتشاح مخرب وتقرح . وغالباً ما يحدث ثرُّ اللمف Lymphorrhea من المناطق المتآكلة . تنتقل الأورام بالانتشار الدموي وخاصة إلى الرئتين . وتنشأ أحياناً اعتباراً من وعاؤومات دموية ولادية مسطحة وحدبية .

**التشريح المرضي النسجي** : قد تختلف درجة التمايز . ويزداد عدم التمايز خلال سير الآفة . في البداية توجد تغيرات مولدة للأوعية مع بنى شبيهة بالشعيريات الدموية مبطنة ببطانة وعائية لانمطية . من ثم وفي المرحلة الغرنية عديمة التمايز تتشكل كتل مصمتة من خلايا مغزلية عديدة الأشكال مع شقوق وعائية مملوءة بالدم وتسرب كريات دم حمراء خارج الأوعية .

**المعالجة** : غالباً لا يمكن إجراء استئصال جذري . ويكون الورم حساساً على الأشعة في البداية ويتزايد حدوث النكس المقاوم للعلاج الشعاعي . غالباً ما تمكّن المعالجة الكيماوية المتعددة من كبح السير المميت المطلق لمدة أطول .

## أورام الأوعية اللمفية
## Tumors of the Lymph Vessels :

### الوعاؤومات اللمفية Lymphangiomas :

كما هي الحال في الوعاؤومات الدموية ، تكون الوعاؤومات

(١) ذكرت استجابة بالحقن الموضعي بالبليومايسين ( المترجم )

اللمفية إما ولادية أو أنها تظهر في فترة الطفولة المبكرة . وهي تشغل أيضاً موقعاً متوسطاً بين الأورام الحميدة والتشوهات الوحمانية . وقد تحدث وعاؤومات لمفية دموية مختلطة . أما نسجياً ، فيكشف عن أوعية لمفية متسعة كهفية توجد في مختلف طبقات الجلد .

### الوعاؤوم اللمفي المحدّد الكيسي
### Lymphangioma Circumscriptum Cysticum :

**الموجودات السريرية** : قد يتوضع على أي جزء من الجلد بما في ذلك الأغشية المخاطية . وقد يسبب ضخامة لسان إذا توضع على اللسان . يتظاهر على شكل حويصلات كاذبة ذات تجمعات حلئية الشكل ، وتكون شافة ومتوترة تشبه دقيق النخل أو بيوض الضفادع ، وتتوزع على الجلد بشكل عشوائي . وبعكس حويصلات الحلأ البسيط أو داء المنطقة فهي توجد بشكل دائم منذ الولادة ، وتبدي زيادة متدرجة في الحجم ولا تؤدي إلى أية أعراض . أما بعد الرضوح فقد تصبح محتوياتها دموية التلون ، وقد ينشأ عليها وعاؤوم لمفي دموي . تكون أحياناً متصلة مع وعاؤومات لمفية تحت الجلد أو تتصل بمجموعة أقنية لمفية متسعة تمتد حتى العضلات . ( راجع الشكلان ٥٩ ـ ٢٤ و ٥٩ ـ ٢٥ ) .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الوعاؤوم اللمفي المحدد الكيسي العرضي أي توسع الأوعية اللمفية الجلدي ، بعد العمليات الجراحية ، وخاصة في المنطقة الأربية ( بعد جراحة الفتوق ) .

**المعالجة** : ويتم بالاستئصال الجراحي ، أو بالإنفاذ الحراري ، أو العلاج بالليزر في الوعاؤومات اللمفية الدموية ، أو المعالجة القرية السطحي . وقد يضطرنا حدوث النكس للّجوء إلى الاستئصال الجراحي لمجموعة الأقنية اللمفية المتسعة تحت الجلدية .

### الوعاؤوم اللمفي الكهفي تحت الجلدي
### Lymphagioma Cavernsum Subcutaneum :

يؤدي هذا الوعاؤوم إلى حدوث انتفاخ محدد على الجلد يتوضع تحته ورم محدد بشكل واضح قابل للانضغاط ، عجيني ، ويمكن رشف اللمف بالإبرة . قد تشغل الأورام الكبية الكبيرة أجزاء كاملة من الجسم ، وقد تؤدي إلى حدوث داء الفيل في الأطراف وثخانة هائلة في الرقبة وضخامة شفاه .

**المعالجة** : في الحالات المناسبة يكون الاستئصال الجراحي كافياً .

### الغرن الوعائي اللمفي ( ستيوارت ـ تريفز )
### [Stewart and Treves : Lymphangiosarcoma 1948]

*المرادفات* : متلازمة ستيوارت ـ تريفز ، الغرن اللمفي التالي لاستئصال الثدي .

**التعريف** : ( ـ وعائي دموي ) غرن وعائي لمفي ( بطانوم خبيث ) مع ركودة لمفية فيلية مزمنة .

**الموجودات السريرية** : ينشأ هذا الغرن اللمفي على وذمة لمفية مزمنة تالية للأعمال الجراحية في الذراع وعادة بعد ٥ ـ ٢٠ سنة من استئصال الثدي . تواتر الحدوث حوالي ٠,٤٥٪ لدى النساء اللواتي بقين على قيد الحياة بعد استئصال الثدي لمدة أكثر من خمس سنوات . وهو ليس غرناً وعائياً لمفياً صرفاً لأنه نازف سريرياً ، ونسجياً يحتوي على أفضية مملوءة بالدم نموذجية . ويمكن للآفات الحطاطية البقعية أن تتطور إلى عقيدات متقرحة .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن غرن كابوزي والنقائل الجلدية لسرطان الثدي .

**التشريح المرضي النسجي** : : ويكشف عن أفضية وعائية شاذة مبطنة بخلايا بطانية لا نموذجية مترافقة مع رشاحة التهابية ، وخزن هيموسيدرين ووذمة لمفية مزمنة .

**الإنذار** : الورم خطير لإمكانية انتقاله بالطريق الدموي واللمفي .

**المعالجة** : البتر المبكر ، أو العلاج الشعاعي أو العلاج الكيماوي .

## أورام العظم ، العضلات والغضروف
## Tumors of Bone, Muscle, and Cartilage :

### العضلوم الأملس Leiomyoma :

**التعريف والموجودات السريرية** : وهي تنشؤات حميدة تبدو على شكل عقيدات ذات لون لحمي أو زهري في أي مكان من الجسم ، ولكنها توجد عادة على الجهات الباسطة للأطراف والأليتين . تكون بشكل مجموعات مصطفة بجانب بعضها على شكل حزم ، وكذلك تتوضع الأورام الصغيرة التي تبلغ ٢ ـ ٥ ملم قدّاً ، وتتوضع كلها في الاتجاه نفسه . تبدو أحياناً ذات لون ضارب للبني أو الأزرق وتحدث انتفاخاً واضحاً في الجلد . إن الألم الناجم عن الضغط بالجس الجانبي أو بالمس بالبرودة يُعدّ مميزاً للآفة .

**الحدوث** : أندر حدوثاً عند الرجال منه عند النساء ، يكون عادة عائلياً . تبدو العضلومات الملساء المفردة بشكل أورام صلبة على جلد الصفن ( عضلوم الغلالة السلخية ) ، الشفر الكبير ، أو في ناحية الحلمة ، وهي لا تؤلم بالضغط عادة . تكون العضلومات الملساء المفردة على شكل عقيدات أدمية منفصلة على ساقي النساء ومشكلة من عضلات الوريد الملساء . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٢٦ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : ويكشف عن الأورام الصغيرة التي تتألف من ألياف عضلية ملساء تشتق من العضلات الناصبة للأشعار ، أو العضلات الملس الوعائية أو من الغلالة السلخية .

يساعد ملون آزان **Azan** على التفريق بينها وبين الليفوم الجلدي .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الغدوم العرقي الناتح الحلزوني حيث تتشابه الأعراض الشخصانية .

**المعالجة** : في الأشكال الموضعة يفضل الاستئصال ، ويجرب النيفيديبين أو النتروغليسيرين من أجل الراحة من الألم .

**الغرن العضلي الأملس Leiomyosarcoma :**

تعتبر الأغران العضلية الملساء الجلدية البدئية نادرة ( ٢,٣٪ من أورام النسج الرخوة السطحية ) . يصاب الرجال أكثر ، وتبدو الأورام عادة على شكل عقيدات مفردة ، صلبة . تكون مؤلمة أحياناً وتوجد غالباً على الأطراف السفلية .

الإنذار جيد نسبياً بسبب انخفاض نسبة حدوث النقائل إن لم يكن هناك إصابة لما تحت الجلد .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون الأورام محددة قليلاً أو كثيراً ، وقد تختلف درجة التمايز ضمن أجزاء الورم المختلفة . توجد في المناطق الأقل تمايزاً خلايا مغزلية ذات شكل غير منتظم وخلايا عملاقة لانمطية مع نوى كشمية شاذة ، وقد يكون عدد الانقسامات الفتيلية عالياً .

**التشخيص** : ويتم بالفحص النسجي فقط .

**المعالجة** : بالاستئصال الواسع ، ومتابعة المريض .

**الغضروم ( الورم الغضروفي ) ، العظموم ( الورم العظمي ) Chondroma and Osteama :**

الأورام الغضروفية الحميدة هي أورام نادرة ، وتشاهد عادة في اليدين والقدمين . والأورام العظمية نادرة كذلك ، وتكون غالباً بشكل عقيدات جلدية قاسية ، تحدث بشكل خاص على الفروة . إن التميز بين الأورام العظمية الحقيقية وتعظمات الآفات الجلدية الأخرى غير ممكن دائماً .

تشخص هذه الأورام نسجياً .

## أورام النسيج الشحمي
## Tumors of the Adipose Tissue

### الشحموم ( الورم الشحمي ) والوراm الشحمي
### Lipoma and Lipomatosis :

**التعريف** : الشحمومات هي تكاثر شبيه بالورم محدد جيداً يصيب النسيج الشحمي تحت الجلد .

**الموجودات السريرية** : تحدث إما مفردة أو متعددة . وأهم أماكن التوضع هي : الأكتاف ، الظهر ، الذراعان ، والجبهة . غالباً ما يمكن جسها كأورام مرنة ، صلبة ، مفصصة ، محددة جيداً . تبدي تموجاً كاذباً لأن متن الورم محاط بمحفظة . هذه الأورام قابلة للحركة بين الجلد والصفاق . تسبب الشحمومات الأكبر تورماً في الجلد . فيما عدا ذلك فهي لا تؤدي إلى أعراض سوى أنها مؤلمة بالجس أحياناً فقط . هذه الأورام حميدة دائماً . وفي الشحمومات الواقعة في المنطقة القطنية العجزية يجب استبعاد كل من القيلة السحائية والسنسنة المشقوقة دائماً .

*الوراm الشحمي Lipomatosis* : يتميز بوجود عدد كبير من الشحمومات الحميدة على الجذع والأطراف ، والتي تحدث بشكل متزايد في النصف الثاني من الحياة . هناك استعداد وراثي لهذه الآفات ، وتصاب النساء غالباً أكثر من الرجال . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٢٧ ) .

*الشحمومات المتعددة كعلامة Lipomas as a Sign* : تحدث في الوراm الليفي العصبي المعمم ، متلازمة غاردنر ، متلازمة ريشنر ـ هانهارت .

**التشريح المرضي النسجي** : توجد فقط فصيصات صغيرة من نسيج شحمي ناضج ، منقسم بحواجز وله محفظة على الأغلب . عندما تكون حركية النسيج الضام واضحة فهي عندئذٍ شحموم ليفي ، وعندما يكون هناك ازدياد في الحركية الوعاؤومية فهو شحموم وعائي . وتعطي المنسجات شحموماً مغزلي الخلايا ، ويحوي الشحموم غير النموذجي خلايا زائدة الكروماتين وقد يحتوي على ألياف عصبية أيضاً ، وهذا ما يفسر الإحساس بالضغط .

**التشخيص التفريقي** : ويفرق عن الكيسات ، الكيسومات الزهمية ، الليفومات ، الوراm الليفي العصبي ، الحبيبومات الشحمية ، التهاب السبلة الشحمية ، النقائل تحت الجلدية للأورام الخبيثة . ويجب أن تُجرى الخزعة في كل حالة مشكوك بها .

**المعالجة** : يمكن إزالة الشحمومات ( الأورام الشحمية )

المشوِّهة بعد شق الجلد ، وإن إزالة هذه الأورام بمص الشحم أصعب بكثير من إزالة النسيج الشحمي الطبيعي تحت الجلد بالطريقة نفسها .

**متلازمة لونوا ـ بنسود**

**: Launois – Bensaude Syndrome [1898]**

*المرادفات :* الورام الشحمي الحميد المتناظر ، الورام الشحمي الغدي المتناظر .

**التعريف :** هو ورام شحمي يصيب غالباً العنق ، أعلى الذراعين والجذع ، ويعطي للمصاب مظهر جسم الرياضي الكاذب . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٢٨ ) .

**الحدوث :** قد تشاهد بعض الحالات العائلية بشكل غير نموذجي . ولقد نوقش وجود اضطرابات الاستقلاب الأخرى لدى الأقرباء .

**الموجودات السريرية :** تحدث التكاثرات الورمية المنتشرة للنسيج الشحمي في العنق ، وخاصة في قفا العنق ، والناحية العلوية من الذراع وبشكل خاص في المناطق الجانبية من الجذع ، وأحياناً قد تصيب هذه الأورام مناطق الثنيات من الفخذين ، وغالباً عند الرجال . تكون أورام النسج الشحمية مرنة ، عجينية ، رخوة ، أو تكون أكثر توتراً . ويمكن أن تفرق بالجس عن العضلات المتضخمة .

**الأعراض :** تشاهد شدة نفسية ، فرط بروتينات الدم الشحمية من النمط IV ، وفرط حمض البول في الدم ، والسكري والكحولية ، وأحياناً يحدث اعتلال عقد لمفية .

**المعالجة :** فقط بالاستئصال الجراحي إن أمكن . ويمكن لهذه الأورام أن تنمو من جديد . وبالرغم من إمكانية عودة نمو الورم فإن نتائج الطرائق الجراحية تكون جيدة وذات قيمة كبيرة لأسباب نفسية ، كما ويمكن تجربة طريقة مص الشحم . Liposuction

**الورام الشحمي العُنُقي Cervical Lipomatosis :**

*المرادفات :* ويدعى عنق ماديلنغ أيضاً .

غالباً ما تشاهد في هذا الورام الشحمي زيادة كتلية منتشرة وشديدة في النسيج الشحمي تحت الجلد ، غير مؤلمة ولكنها مزعجة جمالياً ، وذلك في العنق وفي منطقة الكتف ( الشحموم المنتشر ) . وتتطور هذه الآفة خلال أشهر أو سنوات ، وأحياناً يكون ظهورها عائلياً . ليس هناك علاقة لهذا الورام مع السمنة ولكن من المرجح وجود علاقة مع الشحامة المؤلمة و/أو مع متلازمة لونوا ـ بنسود .

**الشحامة المؤلمة Adipositas Dolorosa :**

**[Dercum 1888]**

*المرادفات :* داء ديركُم ،الورام الشحمي المؤلم ، الألم الشحمي . Lipalgia

**التعريف :** هو تزايد منتشر ومؤلم في النسيج الشحمي ، خاص بالنساء وفي سن اليأس عادة ، والإمراض مجهول .

**الموجودات السريرية :** توجد سِمْنَة لدى المصابة مع وسادات شحمية مؤلمة عفوياً في الجذع والمناطق الإصبعية في الأطراف . تعف الإصابة عن الوجه عادة . وقد يكون الجلد فوق الوسادات الشحمية أزرق ضارب للحمرة . بالإضافة إلى وجود وهن ، وخمول ، واضطرابات نفسية مع ميل إلى الكآبة ، كما لوحظ وجود حكة .

**التشريح المرضي النسجي :** يوجد نسيج شحمي طبيعي ، ونادراً ما توجد تبدلات التهابية .

**التشخيص التفريقي :** يفرق عن داء الفيل ، الشحمومات ومخاطينية الجلد الموضعة ( المحددة ) .

**المعالجة :** أي التهاب أعصاب يتوجب علاجه ، بخلاف ذلك فلا يعرف أي علاج فعال .

## أورام الجهاز العصبي

## : Tumors of the Nervous System

**العصبوم Neuroma :**

العصبومات الصغيرة المؤلمة ليست نادرة في جدعات البتر Stumps ( عصبومات البتر ) .

**نسجياً :** تظهر عقيدات ثخينة وحزم من عصيات غير منتظمة وأغماد الأعصاب ولكن لا تتوضع حول نويات الخلايا العصبية . هناك جدال حول حدوث العصبومات العفوية الحقيقية في الجلد .

**المعالجة :** بالاستئصال .

**ورم غمد الليف العصبي Neurolemmoma :**

*المرادفات :* الشفانوم Schwannoma ، ( ورم غمد الليف العصبي ) Neurlemimoma ، الشفانوم Neurinoma ، Schwannoglioma .

هذا الورم النادر مشتق من خلايا شوان لغمد العصب الأديمي الظاهر العصبي في جوار العصب المحيطي ، وهو لا عرضي . ينتشر أكثر في الورام الليفي العصبي المعمم . التحولات الخبيثة نادرة الحدوث .

**المعالجة** : بالاستئصال .

## ورم الأرومة العصبية Neuroblastoma :

من أشيع الأورام الخبيثة في الطفولة الباكرة . قد تشاهد نقائله متعددة وخاصة في الجلد . تظهر عقيدات صلبة مزرقة وتبدي مظهراً تشخيصياً وحيداً وهو الابيضاض لفترة ٣٠ ـ ٦٠ دقيقة بعد الجس الذي يتبعه فترة عصيان تدوم ١ ـ ٢ ساعة .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد تجمعات من الخلايا الأسسه الصغيرة ، متماثلة المظهر ، وتكون ذات نواة كبيرة وانقسامات فتيلية عديدة .

**المعالجة** : بالإشعاع ، وبالستيروئيدات القشرية ، ويعد السيكلوفوسفاميد علاجاً مقبولاً . يصنف الداء بمراحل من I إلى $IV/IV_S$ وفقاً لإصابة العضو .

إذا أصيب عضو واحد فقط بهذه الآفة فنسبة البقيا لسنتين هي ٨٠٪ تقريباً . ويكون الإنذار أفضل في الأطفال الأصغر .

## الليفوم العصبي Neurofibroma :

قد يأخذ هذا الورم مظهر عقيدات صغيرة بلون الجلد شبيهة بالمليساء ، أو يأخذ مظهر تشكلات أكبر مسوقة أو مفصصة ( طرية ) مندفعة فوق مستوى الجلد . والليفومات العصبية الوحيدة نادرة الحدوث . وغالباً ما تكون أشكالاً مجهضة من الورام الليفي العصبي حيث تشاهد بأعداد كبيرة .

**التشريح المرضي النسجي** : يتكون الورم من خلايا شوان معدَّلة وأرومات ليفية مدمجة في مادة أساسية مخاطانية ، تتلون بشكل خفيف بالملون الأسسي . تشاهد الأنابيب الشبيهة بالعصب وكتل الخلايا المغزلية سياجية التوضع . بالإضافة إلى ذلك تشاهد بلاعم ، وخلايا بدينة ، وألياف مغرائية ومرنة ، كما توجد الكولينستراز ، وتكون أضداد S – 100 ، أضداد الاينولاز الخاصة بالعصبونات إيجابية .

تحتوي الليفومات العصبية الفتية على ألياف عصبية بكمية أكبر ، أما الأورام الأقدم فتحتوي على خلايا شوان وألياف النسيج الضام بين الألياف العصبية بشكل أكبر .

**المعالجة** : بالاستئصال .

## الورام الليفي العصبي المعمم Neurofibromatosis Generalisata : [Von Recklinghausen 1882]

*المرادفات* : داء ريكلنغهاوزن ، والورام الليفي العصبي .

**التعريف** : هو داء من الأدواء العصبية الجلدية ( الأديمية الظاهرة ) المجموعية عديدة الأعراض ، حيث تلعب الوراثة الطافرة عفوياً دوراً هاماً .

**الإمراض** : تكون الوراثة سائدة بشكل غير منتظم .

أعيد تعريف الورام الليفي العصبي المعمم في شكل عصب محيطي (NF – 1) وعصبوم سمعي أو شكل من إصابة الجهاز العصبي المركزي(NF – 2) . تتعلق (NF – 1) بمورثة على الصبغي ١٧ ، بينما نسبت (NF – 2) إلى مورثة على الصبغي ٢٢ .

**الموجودات السريرية** : تبدي الصورة السريرية تغيرات معتبرة ( الجدول ٥٩ ـ ١ ) . تشاهد أورام جلدية عديدة جداً أو مفردة . قد تحدث خلسة أو تنتشر على الجسم كله بشكل جلي . وقد تكون بقطر ٢ ـ ٣ ملم ولكن يمكنها النمو أيضاً بشكل هائل . تأخذ لون الجلد ، أو تكون مزرقة وتعطي مظهر رخاوة الجلد Dermatochalasis الشبيهة باللغاديد ( اللحمة المتدلية من العنق ) . تنفذ العديد من العقيدات الورمية من الطبقة تحت الجلد إلى الجلد كالفتق ، ويمكن إرجاعها إلى الداخل بالإصبع كأننا ندخلها ضمن حفرة ( ثقب ) [ ظاهرة Bell – Push ] .

بالإضافة إلى ذلك قد تشاهد أورام أكثر قساوة ، مدورة أو بيضوية ، تتوضع بشكل أكثر عمقاً وهي مؤلمة بالضغط ، وذات أحجام مختلفة ، تفضل التوضع في الأطراف على طول مسير الأعصاب ، كل تلك الأورام هي ليفومات عصبية .

تشاهد الليفومات العصبية أيضاً في الأعضاء الداخلية . إضافة إلى ذلك تحدث بكثرة في مناطق جذور الأعصاب الشوكية والقحفية فيؤدي إلى أعراض عصبية موافقة . مثال ذلك الورم الدبقي ( الدبقوم ) للعصب البصري ، شفانوم العصب السمعي .

وقد يبدي قعر العين حواف مخططة كنتيجة لوجود الألياف العصبية اللبية ، إن البقع المصطبغة وصفية في الورام الليفي العصبي وهي غالباً علامة باكرة له ، وخاصة بقع القهوة بحليب التي تتوضع على الجذع والبقع الصباغية الإبطية الواصمة والشبيهة بالنمش . وغالباً ما تدعى البقعة الكبيرة ذات لون القهوة بحليب بقعة فون ركلنغهاوزن . ( راجع الشكل ٥٩ ـ ٢٩ ) بالإضافة إلى ذلك تحدث وحمات متنوعة مثل الوحمات وحمية الخلايا ، والوعاؤومات الدموية ، والوعاؤومات اللمفية . وقد شوهد ترافق الآفة مع الغدوم الزهمي والتصلب المخي العجري . وفي الهيكل قد يشاهد الحداب الجنفي ، والقفد ( الحنف الأبخسي ) ، والتوسع الكيسي للعظام الطويلة ، مع هشاشة غير طبيعية ، وتثخن ، وزيادة غير طبيعية في طول العظم . وفي أحيان كثيرة ثمة فرط

أشعار عجزي ( ذيل ولد الأبل ) وتدل أحياناً على السنسنة المشقوقة . وقد وصفت إصابة الأعضاء الداخلية وبشكل خاص اضطرابات تشكل الكلية ، وأورام القناة الهضمية مع نزوفها ، واضطرابات غدية صماوية مثل : ضخامة النهايات ، داء أديسون وورم القواتم . أخيراً تحدث هجمات اختلاجية واضطرابات عقلية مثل التخلف العقلي والبلاهة . قد تتظاهر بعض العلامات الموصوفة سابقاً في الحالات الفردية . والحالات المجهضة من الداء ليست قليلة الشيوع ؛ في هذه الأشكال هناك غالباً بقع صباغية قليلة أو ليفومات عصبية معزولة فقط . وإذا وجد أكثر من خمس بقع قهوة بحليب مائلة إلى الاتساع في المصاب فيجب أن نشك بالورام الليفي العصبي المعمم ، وهنا يجب التفتيش عن علامات اخرى للداء .

**التشريح المرضي النسجي** : الليفومات العصبية في الورام الليفي العصبي توافق نسجياً الأورام المفردة . وكذلك تكون بقع القهوة بحليب والوحمات غير وصفية نسجياً .

**السير والإنذار** : قد توجد البقع المصطبغة في الولادة ولكنها غالباً تتطور خلال الطفولة . وتميل الأورام للنمو خلال البلوغ خاصة وتزداد عدداً وحجماً خلال الحياة . قد يحدث تطور أسرع خلال الحمل . وبشكل عام يميل الإنذار ليكون حسناً مدى الحياة ، ومع ذلك فالتحول الغرني لليفومات العصبية مع حدوث نقائل أمر محتمل في حالات نادرة . قد يسوء الإنذار في الحالات الشديدة من الآفة التي تصيب الأعضاء الداخلية أو الجملة العصبية المركزية . ويمكن أن يعاني المصاب من الشدات النفسية بسبب تزويقي ناتج عن الأورام المشوهة والبقع المصطبغة .

**المعالجة** : الاستئصال فقط للأورام المؤلمة ، المزعجة جمالياً أو النامية بسرعة . وينصح بالاستشارة الوراثية في حالات الوراثة السائدة .

**الجدول ٥٩ ـ ١** : علامات الورام الليفي العصبي المعمم (NF – 1)

● *الليفومات العصبية :*
- أورام جلدية عقيدية .
- أورام تحت جلدية عقيدية ( ظاهرة Bell – Push ) .
- رخاوة الجلد ( داء الفيل الليفي العصبي ـ تشكل اللغاديد « الغبب Dewlap » ) .
- أورام في الجذور العصبية الشوكية .
- أورام في الجذور العصبية القحفية ( العصب البصري ، أعصاب السمع والتوازن ) .
- ألياف عصبية لبية في قعر العين .

● *البقع المصطبغة :*
- بقع قهوة بحليب ( أكثر من خمس ) .
- وحمات بقعية .
- شامات .
- وحمات وحمية الخلايا .
- نمشات إبطية .
- تغيرات عينية .
- أورام عابية في القزحية ( عقيدات Lisch ) .

● *التبدلات الهيكلية :*
- حدب ، جنف ، قفد .
- تلين عظام ، هشاشة عظام .
- فرط التعظم ، زيادة في طول العظام الطويلة .

● *اضطرابات في الجملة العصبية المركزية :*
- اختلاجات .
- تخلف عقلي أو بلاهة .

● *اضطرابات الأعضاء الداخلية :*
- أورام السبيل الهضمي ونزوفه .
- اضطرابات صماوية ( النخامى ـ الغدة الدرقية ـ قشر الكظر ) .

● *تحولات خبيثة :*
- الغرن الليفي العصبي مع نقائل .

---

## ورم الخلايا المحببة Granular Cell Tumor : [Abrikossoff 1926]

*المرادفات* : ورم الخلايا المحببة الأرومية العضلية ، ورم ابريكوسوف .

**الموجودات السريرية** : قد يحدث هذا الورم في الجلد أو تحته في أي مكان من الجسم . وهو ورم نادر ، صلب ، قد يبلغ قدّه قدّ حبة الكرز . شائع الحدوث في اللسان أو المخاطيات وهو ورم وحيد عادة . وقد وجد الورم أيضاً في العضلات الهيكلية أو الأعضاء الداخلية ، وغالباً عرضاً أثناء فتح الجثة . يشخص الورم نسجياً .

**التشريح المرضي النسجي** : يتكون الورم من خلايا كبيرة ، بيضوية أو مغزلية الشكل ، ذات نواة مدورة مع هيولى محببة محبة للإيوزين ذات حدود غير واضحة . تكون الحبيبات الخشنة مقاومة للأميلاز ـ $\alpha$ وهي إيجابية الباس (PAS) .

وقد سميت الخلايا الورمية أصلاً أرومات العضل ولكنها اليوم تصنف على أساس كونها خلايا شوان أو خلايا عصبية . وتحتوي الخلايا على البروتين S – 100 والاينولاز النوعي للعصبون والبروتين الأساسي النخاعيني . يكون الورم عادة

حميداً . وفي حالات نادرة جداً وجدت تغيرات خبيثة .

**المعالجة** : بالاستئصال .

### سرطانة خلايا مركل Merkel Cell Carcinoma : [Toker 1972]

*المرادفات :* السرطانة التَّربيقيَّة ، سرطانة الجلد العصبية الغدية الصماوية ، ورم خلايا مركل ، سرطانة الخلايا الصغيرة البدئية في الجلد ( شبيهة الخلايا الشوفانية ) مع تميز غدي صماوي ، الأبيدوما الجلدية Apudoma .

**التعـريف** : ورم جـلدي عصبي غدي صماوي خبيث . لا يشخص تماماً إلا بفحص البنية المستدقة وبالكيمياء المناعية النسجية . يفترض أن الورم ينشأ على حساب خلايا مركل .

وقد وصفت هذه الخلايا أولاً من قبل مركل (١٨٧١) في الطبقـة القـاعدية من البشرة . وقد وجدت في العديد من الثدييات ، وعند الإنسان في الأدمة بين البشرة وأقراص الشعر Hair Disks كمستقبلات حركية من النمط I ، وتحتوي على النواقل العصبية Metenkephalin في حبيبات كثيفة المركز . ويحتمـل أنها تشتق من العرف العصبي ، وبسبب شكـلها وفعاليتها الغدية الصماوية ينظر إلى خلايا مركل على أنها جزء من جملة خلايا APUD ( قـابضـات سـليفـات الأمين ونزع الكـربوكسيـل Amino Procursor Uptake and Decarboxylation ) ، والتي تتضمن خلايا مختلفة ذات خواص غدية صماوية ، خلوية كيميائية وذات بنية مستدقة مماثلة لخلايا مركل .

تميل سرطانة خلايا مركل لإحداث نقائل باكرة وعدوانية . ويعد التشخيص والمعالجة الباكرين أمراً جدياً .

**الحدوث** : الآفة أكثر شيوعاً مما يعتقد . وإن التواتر الصحيح لحدوث سرطانة خلايا مركل غير معروف ، إذ إن هذا الورم غالباً ما يشخص بشكل خاطىء على أنه سرطانة غير مميزة أو لمفوم خبيث . وذكرت إصابة أكثر من ٣٦٠ مريضاً حاملين لهذه الآفة . ولم يذكر حتى الآن اصطفاء للعروق أو للأجناس البشرية . ويكون عمر المرضى عادة بين ٦٠ – ٨٠ سنة مع متوسط قدره ٦٥ سنة . يمكن أن يصاب الكهول واليافعون أحياناً . وليس هناك تفضيل لإصابة أحد الجنسين .

**الإمراض** : غير معروف ، وهناك جدال حول أثر الأذية المزمنة للأشعة فوق البنفسجية . ويبدي خمس المرضى أذية شديدة بسبب التعرض لأشعة الشمس . تتوضع حوالي نصف الأورام في الرأس ومنطقة العنق ، ويمكننا أن نتصور أن لأمراض الدم أو لمثبطات المناعة دوراً مشجعاً لحدوث سرطانة خلايا مركل . وفي ١١٪ من المرضى المصابين بسرطانة خلايا مركل يترافق الداء بتنشؤات خلايا بائية (B – Cell Neoplasis) وخاصة ابيضاض الدم اللمفي المزمن أو النقيوم المتعدد .

وقد وجد أن واحد من كل مريضين مصابين بسرطانة خلايا مركل في الرأس ومنطقة العنق كان لديه في الماضي سرطانة الخلية القاعدية ، أو سرطانة وسفية الخلايا ، أو داء بوفن أو خباثة جلدية أخرى .

كما وذكرت إصـابة هؤلاء المرضى بسرطانات الثدي ، والقصبات ، والمثكلة ، والقولون وكذلك الموثة .

**الموجودات السريرية** : إن التوضع الانتقائي للورم الوحيد هو الرأس ومنطقة العنق خاصة في المناطق المعرضة للشمس بشكل مزمن في الخدين ، الأنف ، وقفـا العنق . وأقل من ذلك في النهايات والأليتين ، ونادراً ما يصاب الجذع . ومن النموذجي في الداء وجود عقيدة غير محددة جيداً ، غير مؤلمة ، نابتة ، حمراء أو بلون الجلد ، قاسية القوام ، تتصف بتطورها خلال وقت قصير ، ويتراوح قطرها بين ١ – ١٤ سم مع معدل وسطي يصـل إلى ١ – ٢ سـم . تبدي الأورام الأكبر تقرحات ، وجلبات ونزفاً . ( راجع الشكل ٥٩ – ٣٠ ) .

إن نكس سرطانة خلايا مركل وصفي . وتشاهد في نصف المرضى نقائل إلى العقد اللمفية الناحية . وتشاهد نقائل منتثرة في حوالي ثلث الحالات إلى ( الكبد ، العظام ، العقد اللمفية ، الجلد ، الدماغ ، الحبل الشوكي ، الرئتين ، الخصيتين ، الكليتين ، المثكلة والكولون ) .

**التشـريح المرضي النسجي** : يبدي المجهر الضوئي تجمعات تربيقية أو مصمتة من خلايا صغيرة إلى متوسطة القياس متماثلة الشكل . تبدي نواة مستديرة أو بيضوية كبيرة مع انقسامات فتيلية عديدة بالإضافة إلى هيولى قليلة . يكون التوضع عادة في الأدمة وتبقى البشرة سليمة . وتكون مرحلة النمو العمودي شـديدة مع مهاجمة النسيج تحت الجلد ، والنسيج الشحمي والعضـلات . إن التعرف على حبيبات ذات مراكز كثيفة يسمح بتصنيف الخلايا الورمية كخلايا مركل .

تكون الحبيبات العصبية الإفرازية بعرض ٢٥٠ نانومتر . تتوضع في محيط الهيولى القليلة وتبدي بنى وصفية : جسماً مركزاً محاطاً بهالة مع ليفات دقيقة قرب النواة . تكون خلايا مركل قليلة الالتحام ، وترتبط بمواصيل من نمط النُّطَيْقات اللاصقة (Zonula Adherens – Type Junctions) .

**الكيمياء النسيجية المناعية** : يمكن باللجوء إلى المجهر الضوئي والإلكتروني أن نظهر وجود المواد العصبية الغدية الصماوية المختلفة . وأكثرها شيوعاً : الإينولاز النوعي العصبي NSE ، والايزو – إنظيم للاينولاز .

إن الإينولاز النوعي العصبي NSE هو واسم جيد للخلايا العصبية الغدية الصماوية ولأورامها . بالإضافة إلى ذلك فلقد أمكن مشـاهدة ACTH ، كالسيتونين وسوماتوستاتين في سـرطانة خلايا مركل . إلا أنه لم يكن بالإمكان مشاهدة هرمونات عديدات الببتيد في كافة الحالات .

**التشخيص التفريقي** : ويفرق عن النقائل الجلدية لمختلف الأورام ، الميلانوم الخبيثة غير المصطبغة ، الكيسات البشروية أو أكياس غمد الشعرة ، سرطانة الخلية القاعدية والشوكوم رائق الخلايا . وغالباً لا يوضع التشخيص ما لم يكن هناك اهتمام كبير بهذا الورم مما يقودنا إلى الشك به . ونسجياً يتضمن التشخيص التفريقي : اللمفومات ، والنقائل من السرطانة غير المميزة القصبية ( الشبيهة بالشوفانية ) ، والميلانوم اللاملانية ، والسرطانة وسفية الخلايا قليلة التمايز ، والورم العصبي الأرومي الجلدي ، وسرطانة الخلية القاعدية ، وسرطانة الغدد العرقية اللاتنسجية ، ونقائل سرطانة خلايا الجزيرات ، والسرطانة اللبية الدرقية ، والسرطاوي ، كثرة المنسجات – X .

**المعالجة** : لا توجد معالجة معينة يوصى بها . غالباً ما تستعمل الجراحة بالإضافة إلى المعالجة الشعاعية . لا يوجد سوى خبرة محدودة في مجال العلاج الكيماوي . النكس الموضعي ، إصابة عقدة بلغمية ، والنقائل البعيدة تتطلب جميعها مقاربة خاصة .

*الجراحة* : يوصى بالاستئصال الجراحي الفوري بعد التشخيص ، مع هامش أمان . كما ويفضل بعض الأطباء مراقبة استئصال الورم نسجياً أثناء العمل الجراحي ويغلق الجرح بالمقصد الأول .

إذا كان الورم يتوضع في الوجه يصبح من الضروري اللجوء إلى المعالجة التصنيعية وإذا ما كانت العقد البلغمية مصابة ( إيجابية بالجس ) يجب استئصالها . كما ويوصى باستئصال العقد اللمفية لدى المرضى الحاملين لورم بدئي يتطور منذ أكثر من ستة أسابيع أو منذ فترة غير معروفة أو لورم يقيس أكثر من ( ١,٥ – ٢ سم ) .

*المعالجة الشعاعية* : إن سرطانة خلايا مركل حساسة للأشعة المؤينة . فالأورام الصغيرة يمكنها أن تتراجع أو أن تشفى ، إلا أن المعالجة الشعاعية لوحدها لا يوصى بها عادة . والمقادير التراكمية هي من ٤٠ – ٦٠ Gy حيث تعطى بشكل أجزاء فردية تبلغ ٢ Gy . وفي سرطانات خلايا مركل صغيرة الحجم ، يمكن اللجوء إلى استئصال موضعي واسع مع معالجة شعاعية بعد الجراحة لبؤرة الورم البدئية وللعقد اللمفية الناحيّة .

*موقفات الانقسام الخلوي* : إذا حدثت النقائل يمكن أن يجرَّب العلاج الكيماوي الملطف ، ولا يمكن توقع معالجة شافية ، وتستخدم العوامل العلاجية الكيماوية نفسها المستعملة لعلاج السرطانة القصبية صغيرة الخلايا . يمكن ملاحظة هجوع مؤقت بمشاركة السيكلوفوسفاميد ، الفينكريستين والبردنيزون (CVP) . كما وجربت مشاركات مختلفة للدوكسوروبيسين ، داكاربازين ، ميتوتريكسات ، بليوميسين ، ادرياميسين والستربتوزوتوسين .

**المراقبة والإنذار** : يوصى بالمراقبة عن كثب بفواصل شهرية في السنة الأولى ومن ثم كل ثلاثة أشهر . يشاهد النكس الموضعي في ٣٠ – ٤٠٪ من الحالات . ويبدو من الضروري آنذاك إجراء إعادة استئصال . ويصبح الإنذار سيئاً إذا ما انتشرت النقائل . يموت المرضى نتيجة الاختلاطات المسببة عن النقائل أو بسبب النمو الورمي المخرب في الرأس ومنطقة العنق .

# الفصل الستون

# اللمفومات الكاذبة في الجلد

# Pseudolymphamas of the Skin

د . شريف السالم

إن تعبير « اللمفوما الكاذبة » يشير إلى كل الحالات السليمة التي تحمل قواماً نسجياً يذكر باللمفومات الخبيثة الجلدية . وقد يكون من الصعب تفريق هذه الحالات أحياناً عن اللمفومات الخبيثة لكنها بالطبع غير مجموعية . وهي تكاثرات حميدة للأنسجة اللمفاوية الشبكية في الجلد قابلة للتراجع تعرف باسم فرط التنسجات اللمفية الشبكية : « Lymphoreticular Hyperplasia » . كما اقترح مارش March مصطلح أو تعبير التنسجات اللمفية « Lymphoplasia » في الجلد لبعض هذه الحالات . تبدأ عادة في مناطق مختلفة : حول غمد الأوعية الدموية الجلدية وتحت الجلدية وكذلك حول الغدد العرقية والزهمية . وقد يكون من الصعب تفريقها عن تفاعلات التهابية مزمنة معينة ، أو عن التفاعلات المناعية ذات الإرتشاح اللمفاوي الغزير . ومن الضروري ربط هذه المعلومات مع المعطيات السريرية ، وهناك ما يكفي ليوحي بتطورها التفاعلي .

## التنسجات اللمفية الحميدة في الجلد Benign Lymphoplasias of the Skin :

يحدث في التنسجات اللمفية الحميدة ارتشاح خلوي يشبه العقدة اللمفية مع أو دون تشكل جريبات لمفية ذات ( مراكز منتشة ) . معظم الخلايا تكون لها صفات اللمفاويات البائية .

### الغداد اللمفي الجلدي الحميد Lymphadenosis Cutis Benigna [ Bafverstedt 1943 ] ( راجع الفصل ٤ ) :

*المرادفات :* الورم اللمفاوي ، التنسج اللمفي في الجلد .

**التعريف** : لقد ميز بافرستد بين داء العقد اللمفية الجلدي الحميد والساركوئيد عن الابيضاض اللمفي في الجلد ، أي الغداد اللمفي الجلدي المحدد . فهي تتألف من فرط تنسج لمفي شبكي من طبيعة تفاعلية محتملة ( خمجية ) قابل للتراجع .

**الحدوث** : غير نادر الحدوث عند الأطفال وصغار السن . ويغلب حدوثه لدى الإناث بين ٣٠ — ٧٠ سنة . يتطور غالباً بدءاً من التهاب جلد النهايات المزمن المضمّر في مركز ( مكان عضة القراد ) الحمامى الهاجرة المزمنة ، أو بشكل نادر في مكان حدوث حلأ نطاقي شافٍ أو حلأ بسيط .

**الإمراض** : إن نشوء هذا المرض عقب الرضح كما في ثقب الأذن أو الوشم يطرح احتمال الأساس التفاعلي له . ويشير المظهر بعد لسع القراد ( خمج بالبورليات ) أو خمج بالحمات الراشحة ( حلأ بسيط أو نطاقي ) والشفاء بالبنسلين يشير إلى السبب الخمجي . كما أن زيادة حدوثه متزامناً مع الحمامى الهاجرة المزمنة أو التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، هذين الجلادين اللذين أثبت فيهما الخمج بالبورلية البيرغدورفيرية Bor..elia Burgdorferi وكلها تستجيب للبنسلين يشير إلى ذلك أيضاً .

**الموجودات السريرية** : هناك طيف واسع من التبدلات الجلدية مع تفاوت في شدتها .

*الشكل الورمي :* الأماكن الانتقائية له هي : شحمة الأذن ، النقرة ، الحلمة ، اللعوة ، الإبط ، الصفن وظهر القدم .

*النموذج العقيدي الكبير المفرد :* عقيدة محددة بشكل واضح ، طرية ، بلون أحمر غامق أو أحمر مزرق ، وغالباً ذات شكل نصف كروي ومظهر عفن مغطاة بجلد مترقق . تظهر المعاينة الشفوفية ارتشاحاً رمادياً مصفراً متجانساً .

*النموذج العقيدي الصغير المتعدد :* تبدلات جلدية مشابهة لما سبق في بؤر متعددة ، غالباً ما تكون على شكل مجموعات في منطقة واحدة . ( راجع الشكل ٦٠ — ١ ) .

*الشكل الدخني المنتشر :* هذا الشكل نادر ، ويتميز بوجود عقيدات ذات ترتيب مماثل بلون أحمر مزرق ، تقيس ٢ — ٥ ملم ، غالباً ما تتوضع على الوجه والجذع . تبدي هذه التوضعات الدخنية بالمعاينة الشفوفية ارتشاحات ذأبانية رمادية مصفرة وتكون ظاهرة المسبار سلبية .

*الشكل الإرتشاحي البقعي :* بالمقارنة مع الشكل الورمي تتميز آفات هذا الشكل بالتوضع البقعي أو الشبيه باللويحات بلون أزرق أو أحمر مائل إلى البني مع توسع في العروق الشعرية وترسبات بنية للهيموسيدرين ، لها ميل لأخذ شكل قوسي ومكانها المفضل هو الأطراف السفلية . بالمعاينة الشفوفية تبدو ذات ملامح ذأبانية مميزة ومن هنا كانت تسمى بالورم اللمفي الذأباني .

لا يعتبر قليل الحدوث ، وآفاته الجلدية لا عرضية ولا تتوسف ولا تبدي أية تبدلات ثانوية . وتكون إصابة الملتحمة ومخاطية الفم نادرتين .

**الأعراض** : لا توجد أعراض عامة ، كما لا توجد ضخامة عقدية معممة أو تبدلات جوهرية على مستوى الجملة الدموية . وتحدث أحياناً ضخامة عقدية لمفية ناحية مع زيادة تفاعلية للمفاويات في الدم ونقي العظام .

**التشريح المرضي النسجي** : تحت بشرة طبيعية ومفصول عنها بمنطقة حرة من نسيج ضام تحت جلدي نجد ارتشاحات مدورة و/أو مغزلية الشكل في الأدمة وعميقاً في النسيج تحت الجلد . تكون كتل الخلايا اللمفاوية على شكل عقيدات أو تتوضع بشكل منتشر . وتتوضع بشكل خاص حول الأوعية والغدد وخاصة حول الغدد العرقية الناتحة . تكون الخلايا الأساسية عبارة عن لمفاويات صغيرة وكبيرة . وكما في العقد اللمفية الطبيعية تكون النسب بين البائيات والتائيات حوالي ٢ : ١ .

*اللمفومات الكاذبة ذات الخلايا البائية B – cell Pseudolymphoma* : يمكن أن تشاهد بالعات كبيرة بشكل واضح ، وهي تشبه الخلايا النجمية في لمفوم بوركيت وذلك بالدراسة الخلوية الكيميائية الخمائرية باستعمال تفاعل الاستراز اللا نوعي ، أو باستخدام الأضداد وحيدة النسيلة ، وأحياناً تتواجد جريبات لمفية ذات مركز منتش كما في العقد الطبيعية مع خلايا مركز الجريب وأرومات مركز الجريب ، والمصورات المناعية ، والبلازميات . وكذلك خلايا إيوزينية خاصة في المنطقة الهامشية ، كما قد تحدث تبدلات على مستوى الأوعية الدموية الصغيرة ( تورم وتكاثر الخلايا البطانية ) ، واعتماداً على التبدلات الخلوية المسيطرة يميز بين النمط اللمفي الشبكي ( الشائع ) والجبيبومي ، واللمفي الجريبي ( النادر جداً ) . ويتألف الورم اللمفاوي ذو الخلايا الكبيرة Large Cell Lymphocytoma من خلايا مركز الجريب ( الخلايا وأرومات الخلايا ) كعناصر خلوية مسيطرة .

**السير** : لا يمكن التنبؤ به ، فقد تكبر بشكل بطيء وقد تظهر آفات جديدة ، كما يمكن أن يحدث التراجع ، وعند مشاهدة اللمفومات الخبيثة يبدو احتمال عدم صحة التشخيص النسجي البدئي . وإن الورم اللمفاوي المنتشر والورم اللمفاوي كبير الخلايا هما الأكثر التباساً مع اللمفومات الخبيثة صغيرة الخلايا واللمفومات الخبيثة كبيرة الخلايا ( على التوالي ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب تأكيد التشخيص السريري المشكوك فيه بالتشخيص النسجي . كما يجب إجراء الفحص المصلي لتحري البورليات . وإجراء تعداد عام ، وتقييم حالة العقد اللمفية ، والكبد والطحال . كل ذلك ضروري لتمييز داء العقد اللمفية الجلدي المحدد ( الابيضاض اللمفاوي في الجلد ) .

كما يجب التفكير بالساركوئيد الجلدي ، والذأب الشائع ، والذأب الحمامي الضخامي والحبيبوم الإيوزيني في الوجه وكذلك اللمفومات الخبيثة في الجلد .

**المعالجة** : يمكن استئصال الآفات الصغيرة لكن النكس ممكن الحدوث والمعالجة المنتخبة هي : بنسلين جهازي يومياً لمدة ٢ – ٣ أسابيع أو بنسلين مَدَّخر ( Depot ) : حقنة عضلية بفاصل أسبوع لمدة ثلاثة أسابيع ، كما تعد المضادات الحيوية الأخرى كالتتراسيكلين والدوكسي سيكلين فعالة أيضاً ، وأخيراً تستجيب الآفات الجلدية وتحت الجلدية للمعالجة الشعاعية والجرعات الصغيرة بشكل جيد وذلك باستعمال أشعة X الخفيفة ( ٤ – ٨ × GY ٢ – ٣ ) بفاصل ٣ أيام .

### شكل خاص غرناوية ( ساركوئيد ) سبيجلر – فندت [ ١٩٠٠ ] Special form Spiglet – Fendt : Sarcoid

ارتشاح جلدي – تحت جلدي مسطح ، أحمر مزرق ، يتشابه سريرياً مع الساركوئيد الجلدي العقيدي الكبير . هذه الحالات يتضمنها تشخيص داء العقد اللمفية الجلدي الحميد . ويجب أن تُسقط هذه التسمية بسبب عدم وضوحها .

## الارتشاحات لمفاوية الخلايا في الجلد : Lymphocytic Infiltration of the Skin

الحالات المدروسة هنا يمكن وصفها بأنها لمفومات كاذبة ويتألف المنظر النسجي من ارتشاح غزير للمفاويات في الجلد ، دون تشكل مراكز منتشة ( جريبات لمفية ، من نمط العقد اللمفية ) ، ويصعب التمييز بينها وبين اللمفومات الخبيثة ( الخلوية cytic ) خفيفة الخباثة في الجلد .

تتميز هذه التبدلات اللمفية التفاعلية في الجلد بشكل خاص بفرط تنسج الخلايا اللمفاوية كما أنها تمتد عادةً بشكل محدود أقل من الامتداد المشاهد في اللمفومات .

### الارتشاح اللمفاوي في الجلد ( جسنر وكانوف ١٩٥٣ Lymphocytic Infiltration of the Skin [ Jessner and Kanof 1953 ] :

جلادٌ نادر ، مزمن السير يصيب الكهول غالباً تحت عمر ٥٠ سنة . نسبة إصابة الرجال إلى النساء هي ١٠ : ١ وتزداد الإصابة أحياناً بعد التعرض لضوء الشمس .

**الإمراض** : غير معروف ، لم يعرف حتى الآن بشكل واضح فيما إذا كان هذا الداء يشكل داء مستقلاً بحد ذاته ، ولم تعرف حدود علاقته مع الذأب الحمامي المزمن ، أو الطفح الضوئي عديد الأشكال ، أو الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، أو الحمامى المستمرة ، أو التفاعل الدوائي .

**الموجودات السريرية** : المواقع الإنتقائية هي الوجه بخاصة ، الجبهة ، والخد والنقرة ، ويمكن أن يحدث على مناطق أخرى من الجلد ( راجع الشكل ٦٠ – ٢ ) . قد تكون الآفة مفردة أحياناً إلا أنها تكون متعددة عادة وغالباً ذات توضع متناظر ، محددة بشكل جيد مع احمرار التهابي أو لون أحمر ضارب للبني ،

قد تظهر على شكل لويحة أو بشكل حلقي أو مقوس . تكون هذه التبدلات صلبة بالجس . وبشكل عام لا يوجد تقران جريبي أو خطل تقران أو ضمور أو تندب .

**الأعراض** : لا توجد أعراض عامة ولا حكاك ، هناك أحياناً ارتفاع خفيف باللمفاويات في تعداد الدم .

**التشريح المرضي النسجي** : البشرة طبيعية ، تحدث في الأدمة المتوسطة بشكل خاص ، رشاحات خلوية كثيفة حول الأوعية وحول الملحقات بشكل خاص . تظهر محدودة نسبياً . أغلبها خلايا لمفاوية تائية صغيرة تشاركها منسجات وبلازميات = لمفوما كاذبة تائية الخلايا . يجب أن يوضع التشخيص النسجي كاشتباه فقط وذلك بسبب أن بعض الحالات الخاصة من الذأب الحمامي القريصي ، والطفح الضوئي عديد الأشكال ، والتهاب الجلد الضوئي بالتماس يمكن أن تعطي جميعها شكلاً نسجياً مشابهاً جداً مع غياب الموجودات المناعية التشريحية المرضية النموذجية في الذأب الحمامي ، ويكون اختبار الشريط الذأبي سلبياً .

**التشخيص التفريقي** : يتضمن الذأب الحمامي المنتبج tumidus بشكل أساسي ، والذأب الحمامي الضموري وكذلك الذأب الحمامي القريصي ، والطفح الضيائي عديد الأشكال ، والتهاب الجلد الضوئي التماسي ، والغداد اللمفي الجلدي الحميد ، والتفاعل الدوائي ( بالسوابق الدوائية ) وأخيراً حمامى الوجه المصورة المستمرة .

**المعالجة** : هناك مقاومة على العلاج . وتتضمن **المعالجة الجهازية** مضادات البرداء ( كلوروكين ، هدروكسي كلوروكين ) كما في الذأب الحمامي . أما **المعالجة الموضعية فتضمن** : الستيروئيدات القشرية حقناً ضمن الآفة ( محاليل مبلرة من التريامسينولون استيونيد ١٠ مغ ممددة بنسبة ١ : ٤ مع مخدر ) يمكن تجريبها كمعالجة موضعية ، وكذلك الثلج الفحمي . والمعالجة الشعاعية بالأشعة السينية X الخفيفة كما في الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، والجرعة الإجمالية Gy 10 .

### الحمامى الهاجرة الحلقية المقوسة الجَسُوسة ( القابلة للجس ) Erythema Migrans Arciforme et Palpabile [ Clark et al 1974 ] :

*المرادف* : الحمامي الهاجرة المقوسة الجسوسة .

آفة جلدية نادرة جداً ، تفضل إصابة الذكور بشكل واضح ، سيرها مزمن جداً وسببها الإمراضي غير معروف . تتميز سريرياً بآفة وحيدة أو بضع آفات قرصية الشكل ذات لون أحمر مزرق ، مع آفات ارتشاحية بحدود مقوسة وهوامش مرتفعة ومركز شاحب ، تحدث على الظهر ، والذراعين والفخذين . تبدي هذه الآفات ميلاً لتبدلات نابذة بطيئة .

**التشريح المرضي النسجي** : رشاحة لمفاوية غزيرة حول الأوعية والملحقات في الأدمة الشبكية دون مراكز منتشة ( جريبات لمفية ) ، لم يتضح بعد فيما إذا كان هذا المرض مستقلاً ، وما هي علاقته بالأشكال اللا نموذجية من الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، والذأب الحمامي القريصي الارتشاحات اللمفاوية في الجلد ( جسنر وكانوف ) والحمامات المستمرة الشكلية الأخرى . ومن الضروري تفريقها عن اللمفومات الخبيثة .

### التفاعل الدوائي Druy Reaction :

يمكن أن يحدث فرط التنسج اللمفي الشبكي بتأثير أدوية معينة ، نسجياً ، تبدو الملامح المميزة للمفومات الكاذبة ، ويجب أن يميز عن الغداد اللمفي الجلدي الحميد . تحدث مثل هذه التفاعلات الجلدية بعد معالجة مديدة بمشتقات الهيدانتوئين ، نترو فورانتوئين ، كاربامازيين ، سيلكوسبورين ، دلتيازيم ، مشتقات البيرازولون ، المانتول ، الزيوت النباتية الطيارة وبعد المعالجة الدوائية للأخماج ، وفي أماكن الحقن لدى ناقصي التحسس من غبار سوس المنزل والمستضدات الجرثومية .

### تفاعلات مفصليات الأرجل Arthropod Reactions :

تحت تأثير شروط مناعية معينة قد تتطور التفاعلات الجلدية عند مريض بعد لسعة حشرة مفصلية الأرجل . ويمكن لعضة القراد أن تسبب تبدلات مشابهة جداً للغداد اللمفي الجلدي الحميد ، وقد تقلد اللمفومات الخبيثة أو داء هودجكين في الجلد . إن إدخال جزء من مفصلي الأرجل ، أو الرضح الآلي أو عوامل سمية أو عوامل ممرضة كالبوريليا Borrelia Burgdorferi كلها تلعب دوراً هاماً في الآلية الإمراضية . وإن الارتكاس بعد عضة القراد والحطاطات اللمفية المتبقية بعد الجرب هي أمور معروفة بشكل جيد . وليعلم أن التفاعل ضد مفصليات الأرجل غالباً ما يكون حبيبومياً ( لمفيات ، منسجات ، حمضات ) ويمكن أن توجد تبدلات تكاثرية أو نخرية في البشرة وكذلك علامات التهاب الأوعية المزمن .

**الموجودات السريرية** : عقيدة أو عدة عقيدات بلون أحمر بني أو بلون أزرق أحياناً ، ذات سطوح متجلبة يمكن أن تبقى عدة شهور .

**التشخيص** : القصة المرضية والتحريات النسجية تعطي التشخيص القاطع .

### تفاعل ما بعد الحلأ النطاقي [ Braun – Falco 1979 ] :

لوحظ في حالات نادرة جداً ، في منطقة الطفح النطاقي تفاعل شبيه باللمفومات الكاذبة يتميز سريرياً بارتشاح حطاطي عقيدي صغير .

## الحطاط اللمفاوي Lymphomatoid Papulosis

[ Dupont 1965, Verallo and Haserisk 1966 ] :

**التعريف** : جلاد مزمن ، يذكر سريرياً بالنخالية الحزازانية الجدرية الشكل الحادة ( موشا – هابرمان ) له مظهر نسجي غزير الخلايا خبيث شبيه باللمفوم . يتميز بهجوع عفوي للتبدلات الجلدية ( طفح نظمي عجيب ) .

**الحدوث** : مرض نادر ، يشاهد عند الكهول ، معدل العمر ٤٠ سنة مع سيطرة عند الذكور .

**الإمراض** : مجهول . إن حالة هذا الداء المشابه نسجياً للمفومات الجلدية الخبيثة غير واضحة . إن وحيدات النوى اللانموذجية الكبيرة ذات المظهر الخبيث مع نوى شاذة تبدي غشاءً يمتلك خصائص الخلية اللمفية التائية المساعدة . وفي حوالي ٦٠٪ من الحالات ، يمكن أن يشاهد تحول نحو الفطار الفطراني أو نحو اللمفومات الجلدية الخبيثة بما فيها داء هودجكين . لقد ثبت حدوث إعادة ترتيب نسيلي لمورثة مستقبلات الخلايا اللمفية التائية .

**الموجودات السريرية** : يتطور هذا الداء دون وجود اضطرابات في الصحة العامة ودون ضخامات عقدية وهو شبيه بالنخالية الحزازانية الجدرية الشكل الحادة . والأماكن المفضلة لتوضعه هي الجذع والأليه ، وفي حالات نادرة اليدين وجوف الفم . تكون الآفات الأولية التهابية محمرة على شكل حطاطات غير مؤلمة أو عقيدية تتوسف بسرعة ، ويمكن أن تصبح نازفة نخرية ومتقرحة .

والشفاء هو القاعدة خلال ٢ – ٣ أسابيع تاركة ندبة بيضاء جدرية الشكل أو مفرطة التصبغ . يكون العدد الإجمالي للآفات أقل من عشرين آفة غالباً ، وقد تكون غير متناظرة أو كبيرة جداً قد يصل قدّها حتى ٣ سم . ( راجع الشكل ٦٠ – ٣ ) .

**الأعراض** :لا يوجد حكاك ، وفي حالات نادرة ، تحدث زيادة نسبية في الخلايا اللمفاوية ، وفيا عدا ذلك تكون صورة الدم طبيعية ، وقد نجد زيادة في غلوبولين غاما . قد تحدث ضخامة عقد لمفية معممة ونادراً جداً ، التهاب غدة درقية .

**التشريح المرضي النسجي** : رشاحة كثيفة في الأدمة الحليمية تتطور لتتوضع حول الأوعية والملحقات في الأدمة الشبكية مع انسلال خلوي متفاوت المقدار لوحيدات نوى غير نموذجية في البشرة قطرها ١١ – ١٧ مكرومتر . مع تبدلات ثانوية في البشرة مثل فرط خطل التقرن ، أو نخرة . يتألف الارتشاح من عدد قليل نسبياً من اللمفاويات مع العديد من الخلايا وحيدة النوى الشاذة ذات المظهر الخبيث ، بهيولى قليلة الكمية ونواة كبيرة مثلمة بشكل الكلية . وفي بعض الحالات تتمتع بخصائص الخلايا التائية .

استخدم تعبير اللمفوما الكاذبة ذات الخلايا التائية للتعبير عنها ومن المحتمل أن تكون ما قبل لمفوما تائية الخلايا . وذكرت حالات بنموذج ذي خلايا حمضة وتسيطر عليه المنسجات .

**السير** : السير مزمن مع فترات من تفاقم حاد . ويمكن أن يحدث النكس خلال عدة سنوات كما ذكرت حالات انتهت بالوفاة . وسجلت حالات من تطور باتجاه نظير الصداف اللويحي أو لمفومات خبيثة جهازية كبيرة الخلايا أو الفطار الفطراني ، كما لوحظ في بعض الحالات ترافقها مع داء هودجكن . يعد الإنذار جدياً مع تحول إلى لمفوم بنسبة ١٠٪ من الحالات .

**التشخيص** : مرض يذكر سريرياً بالنخالية الحزازانية الجدرية الشكل الحادة مع منظر نسجي مشابه للمفومات الجلدية الخبيثة .

**التشخيص التفريقي** : اللمفومات الجلدية الخبيثة ، النخالية الحزازانية بشكليها الحاد والمزمن ، الإفرنجي الثانوي ، السليات الحطاطية النخرية ، كثرة المنسجات الحمض .

**المعالجة** : غير مجدية كثيراً . يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار نسبة الفائدة/الخطورة في الطرق العلاجية .

*المعالجة الجهازية :* يعطى بالطريق العام البنسلين ( مضغوطات من الفينوكسي ميتيل بنسلين ، ١٠^٦ وحدة دولية ٤ مرات/يوم لمدة ٢ – ٣ أسابيع ) . أو التراسيكلين : ( ٠,٢ غ/يوم لمدة ٢ – ٣ أسابيع ) . أو الستيروئيدات : بجرعة متوسطة ( ٢٠ – ٤٠ مغ بردنيزولون أو ما يعادلها ) أو معالجة كيماوية مثل الميتوتريكسات .

*المعالجة الموضعية :* ستيروئيدات قشرية سكرية حقن ضمن الآفة ، معالجة ضوئية انتقائية بالأشعة فوق البنفسجية ( Sup ) أو معالجة كيميائية ضوئية PUVA .

## الشباكاني السافع Actinic Reticuloid

[ Ive etal 1969 ] :

**التعريف** : جلاد ضيائي مزمن إكزيمي مع وجود فرط حساسية ضيائية ومنظر نسجي يذكر بالشباك ( لمفوم خبيث ) ومن هنا كان الاسم الشباكاني Reticuloid يتطابق مع شكل من أشكال التفاعل الضيائي الثابت .

**الحدوث** : نادر الحدوث ، عادة عند الذكور ، بأعمار

متوسطة فما فوق ، وغالباً ما يسبقه حدوث إكزيمة . وليس من النادر وجود أرج بالتماس تجاه الكرومات أو النباتات . تحدث الأشعة الضوئية الطبيعية والاصطناعية هذا المرض .

**الإمراض** : في معظم الحالات تم إثبات وجود التهاب جلد تماسي بمؤرجات ضيائية معروفة عن طريق الاختبارات البقعية الضوئية . هناك حساسية ضوئية ثابتة نحو الأشعة فوق البنفسجية A و B والأشعة الضوئية المرئية حتى ٧٠٠ نانو متر ، ولا يعرف السبب الذي يؤدي إلى تطور الصورة النسجية لما يشبه اللمفوم خلال فترة من الزمن ( بقاء المستضد ) .

**الموجودات السريرية** : يتطور المرض غالباً على أرضية من التهاب جلد دام لسنوات عديدة ، تظهر على الأماكن المكشوفة من الجلد المعرض لأشعة الشمس وخاصة ( الوجه ، والنقرة ، وظهر اليدين ) حيث تتطور إكزيمة متحززة مزمنة تحسسية مترقية مع تسمك التهابي في الجلد ، واحمرار ، وتحزز خشن ، وحكة شديدة ، كما قد تظهر السحنة الأسدية . توجد حساسية ملحوظة جداً تجاه الأشعة الضوئية الشمسية والصنعية ، وتحدث أحياناً حمامى جلدية عابرة . في حالات نادرة قد نجد بالإضافة لذلك آفات فرفرية صغيرة على أسفل الجذع ، ويحدث فرط تقرن في الراحتين والأخمصين . وصفت حالات من التحول باتجاه متلازمة سيزاري .

**الأعراض** : لا توجد أعراض عامة شديدة ، وقد ذكر حدوث ضخامة عقدية منطقية ( ناحيّة ) وضخامة كبدية طحالية . إن التبدلات الشديدة المرافقة للحكة تزداد بالتعرض لأشعة الشمس والإشعاع الصنعي ، وهي تفرض شدة نفسية شديدة لدى المرضى . تبدي الاختبارات الضوئية انخفاضاً في MED . وغالباً ما يوجد تفاعل حطاطي غير نموذجي وفرط حساسية ضوئية تجاه الأشعة فوق البنفسجية والضوء المرئي .

**التشريح المرضي النسجي** : التهاب جلد مع ارتشاح خلوي تحت بشروي قليل أو كثير ، شريطي المظهر ويصيب أحياناً كامل الأدمة وحتى تحت الجلد ، مع لمفاويات شاذة بنوى مفرطة الكروماتين غير نظامية ( لمفاويات ) . كما تحدث تبدلات تشبه الخراجات المجهرية لبوتريه . وبالرغم من كون الأرضية النسجية إكزيمية جزئياً مع ملامح تشبه اللمفوم فهي تذكر بالفطار الفطراني ( لمفومات كاذبة ذات خلايا تائية ) .

**السير** : الحساسية الضوئية ثابتة ويجب وضع الإنذار بحذر ، ويكون السير متقطعاً على شكل مراحل . لوحظ في حالات نادرة تحول هذه التبدلات الجلدية نحو لمفومات كاذبة خبيثة في الجلد .

**التشخيص التفريقي** : يجب أن يفرق عن الإكزيمة الضيائية الأرجية المزمنة ( باختبارات البقعة الضوئية ) . وعن التهاب الجلد التماسي اللمفوماني . كما تتشابه مع متلازمة سيزاري إذا كانت المساحة المصابة واسعة .

**المعالجة** : الوقاية التامة من الضياء ، والعلاج الطويل بالستيروئيدات الموضعية والتي يمكن استعمالها بالطريق العام . وقد تم الحصول على أفضل النتائج باستعمال البوفا أو المعالجة بالآزاثيوبرين .

## فرط التنسج الوعائي اللمفاني مع كثرة الحمضات : Angiolymphoid Hyperplasia with Eosinophilia

*المرادفات* : التهاب الجريبات اللمفية الحمض ، داء كيمورا ، الحبيبوم التقيحي الكاذب أو اللا نموذجي ، فرط التنسج الوعائي الأرومي اللمفاوي مع كثرة الحمضات .

**التعريف** : عقيدات مشبهة بالوعاؤوم على الرأس ناتجة عن ارتشاح باللمفاويات شبيه باللمفومات مع فرط الحمضات وفرط تنسج بالأوعية الدموية مع تكاثر بخلايا بطانية غير نموذجية . ومن غير المعروف فيما إذا كانت لمفومات كاذبة أو ما قبل اللمفوم .

**الحدوث** : نادر جداً ، يمكن الحدوث بأي عمر مع غلبة الإناث .

**الأمراض** : غير معروف .

**الموجودات السريرية** : واحدة أو أكثر من عقد أو عقيدات متجمعة ذات شكل نصف كروي بلون أحمر غامق ذات مظهر وعاؤومي . تتوضع غالباً على الأذن ، أو الوجه ، أو الفروة سطحها أملس ، لامع ، غير مشعر يمكن للبشرة الرقيقة أن تتآكل ، والجلد المصاب أن ينزف أو يتقرح ، الشكل المنتثر للداء نادر الحدوث ، وقد ذكر وجود علاقة للداء مع مرض كلوي .

**الأعراض** : تحدث بشكل نادر ضخامة عقدية لمفية ناحيّة مع كثرة الحمضات في الدم .

**التشريح المرضي النسجي** : تحت بشرة مترققة ، يشاهد تكاثرات وعائية دموية تشبه الوعاؤومات الفصيصية محاطة بخلايا بطانية ، منسجات ، غير نموذجية وكبيرة . عند دراستها بالمجهر الالكتروني يتبين احتواؤها على فجوات داخل خلوية كبيرة . القنوات الوعائية محاطة بارتشاح خلوي باللمفاويات والحمضات يشبه اللمفوم ، وتمتد الرشاحة حتى تحت الجلد ، وتتطور أحياناً جريبات لمفية ذات مراكز منتشة كما لوحظ وجود داء مخاطيني جريبي عرضي .

**السير** : إذا لم تعالج فسيرها مزمن مترقٍ لكنه حميد ، يمكن أن

تظهر آفات جلدية حتى بعد الاستئصال في المناطق المصابة وذلك خلال عدة سنوات .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن التنشؤات الوعائية مثل الوعاؤوم الشعري ، الحبيبوم التقيحي مع آفات تابعة له ، الغرن الوعائي في الوجه والكتف ، غرن كابوزي ، الكيسة البشروية ، الغداد اللمفي الجلدي الحميد ، الحبيبوم الوجهي .

يعد داء كيمورا لمفوم خلوي عميق مع تكاثر وعائي ويكون التشخيص نسجياً .

**المعالجة** : بالاستئصال مع هامش سليم قدر الإمكان ، كما ويمكن تجريب حقن الستيروئيدات موضعياً ، ويوصى كذلك بالمعالجة الشعاعية .

## اعتلال العقد اللمفية الوعائي المناعي الأرومي : Angioimmunoblastic Lymphadenopothy

*المرادفات :* المتلازمة التكاثرية المناعية المزمنة عديدة القدرات ، اعتلال العقد اللمفية المناعي الأرومي مع خلل البروتينات الدموية ، الداء الحبيبومي اللمفي ، اعتلال العقد اللمفية المناعي الأرومي ، متلازمة اللمفومات الكاذبة .

**التعريف** : داء يحدث أحياناً بالأدوية ، ينتج عن إثارة الجهاز المناعي ، ويمكن أن يتطور إلى لمفومات مناعية أرومية خبيثة وقد ترافقه آفات جلدية ، تفترض الاستقصاءات الحديثة كونه لمفومات تائية محيطية وحيدة النسيلة .

**الموجودات السريرية** : يتصف الداء بحمى ، ضخامة عقد ناحية ، ضخامة و/أو ضخامة طحال ، فقر دم انحلالي مع تفاعل كومبس إيجابي ، كثرة الحمضات في الدم وخلل غلوبولينات الدم عديد النسيلة

*الإصابة الجلدية :* شوهدت في حوالي ٤٠٪ من المرضى وتجلت على شكل حكة معممة ، وحمامى ، وطفح بقعي حطاطي ، ورشاحة التهابية منتشرة أو عقيدية .

**التشريح المرضي النسجي** : الصورة مشابهة للتبدلات في العقد اللمفية ، وتكون البنية النسيجية محطمة بارتشاح جلدي – تحت جلدي متنوع الخلايا من لمفاويات صغيرة ، مصورات مناعة ، مصوريات ، منسجات ، مع زيادة في الشعريات الدموية ذات الخلايا البطانية الكبيرة المميزة وذات الجدار المتمسك الإيوزيني .

المنظر النسجي يذكر بالتفاعل من النموذج المتأخر كما يمكن أن يحدث في التفاعل الدوائي .

**السير** : يتوفى ثلثا المرضى خلال سنة أو سنتين ، وهو إنذار سيء .

**المعالجة** : تكون معالجة المرض الأولية بشكل خاص بالستيروئيدات القشرية ومثبطات المناعة . وتكون المعالجة عرضية للآفات الجلدية بالستيروئيدات الموضعية .

## الاعتلال العقدي اللمفي الجلدي Dermatapathic Lymphadenopathy [ Pautrier and Woringer : 1932

*المرادفات :* الشباك الشحمي الملاني ، الاعتلال العقدي الجلدي ، داء بوتيريه – وورينغر .

**التعريف** : ضخامة عقد لمفية تفاعلية قابلة للتراجع مترافقة مع داء جلدي واسع ومنظر نسجي يشبه اللمفوم وترسبات ملانية وهيموسيدرينية وشحوم ولا يتم التشخيص إلا بالفحص النسجي .

**الإمراض** : في الجلادات المنتشرة ينتشر القتامين والشحوم والهيموسيدرين من الجلد إلى العقد اللمفية الناحيّة ، مع فرط تنسج لا نوعي بالبلاعم وخلايا المركز المتنشة وأرومات خلايا المركز .

**الموجودات السريرية** : ضخامة عقد لمفية إبطية وأربية حينما تتواجد آفات جلدية ممتدة بشكل واسع ، مثال : الأحمريات ( احمرار الجلد ) الجلدية أو الأحمريات الجلدية الملانية بأسباب متنوعة ، الإكزما المعممة ، التهاب الجلد التأتبي ، الحزاز المنبسط ، الصداف الشائع ، الفطار الفطراني المنتشر .

**التشريح المرضي النسجي** : الجريبات اللمفية في العقد ذات مراكز منتشة واسعة مع ازدياد ملحوظ في عدد البلاعم ، والمنسجات وخلايا مركز الجريب مع خزن للشحوم والقتامين والهيموسيدرين . وبسبب وجود الحمضات والعدلات والبلاسميات تظهر صورة نسجية حبيبومية . يجب تمييز هذه الصورة النسجية من اللمفومات ذات خلايا مركز الجريب أو داء بريل – سيمرز .

**السير** : بعد شفاء الجلاد تتراجع ضخامة العقد بشكل بطيء . قد تأخذ المظاهر النسجية سنين عديدة حتى تتراجع للشكل الطبيعي .

**التشخيص التفريقي** : حالات الأحمريات الجلدية مع إصابة العقد اللمفية ( في المرضى الشيوخ بشكل خاص ) ، اللمفومات الجلدية الخبيثة .

**المعالجة** : معالجة المرض الأصلي .

# الفصل الحادي والستون

# اللمفومات الجلدية الخبيثة

# Malignant Cutaneous Lymphomas

د . شريف السالم

تعتمد محاولات تصنيف الإمراض على التقدم في فهمنا للآلية الفيزيولوجية المرضية والسببية لهذه الأمراض . كانت معظم الأدواء الواردة في هذا الفصل تدعى سابقاً الشباكات ( Reticulosis ) . وكان يقصد بالشباكات ( Retothelioses ، الشباكات البطانية ، الشباكات المنسجة ) التكاثرات غير التفاعلية المجموعية التي لا تبدي ميلاً للتراجع في خلايا الجملة الشبكية البطانية ، والشبكية المنسجة ، والشبكية البرانية .

تشتق الشباكات الجلدية من الجملة الشبكية في الجلد بسبب تواجدها في ما يدعى المناطق المتماثلة في الطبقة الحليمية وفي المناطق المحيطة بالأوعية والمحيطة بالملحقات . وكذلك فإن الموجودات الجلدية في الابيضاض النقوي ، والابيضاض النقواني بالوحيدات وفي الابيضاض بالوحيدات قد دعيت في السابق أيضاً بالشباكات مع غزو للدم الجائل .

لقد تطورت معرفتنا لمنشأ ولتطور الخلايا اعتباراً من النسيج اللمفي في السنوات الأخيرة بشكل كبير . ونحن نعلم أن الجملة المناعية تقسم إلى جملة تائية وأخرى بائية ، وأن الخلايا البلازمية تشتق من الخلايا البائية وليس من الخلايا الشبكية .

وتبين كذلك أن جملة الوحيدات ـ المنسجات ـ البلاعم ( وتدعى أيضاً MPS أو جملة البلاعم الوحيدات ) تشتق من الخلايا الجذعية في نقي العظام ، ومن المرجح أنه ليس لها علاقة مع الخلايا الشبكية . هذه الموجودات تدل على أننا نتعامل في الشباكات الجلدية ليس مع تكاثرات جلدية لا عكوسة للخلايا الشبكية ، ولكن بالأحرى نتعامل مع تكاثرات خلوية للجملة اللمفاوية أو مع جملة البلاعم وحيدات النوى . ومن أجل ذلك فإن تعبير الشباكات لم يعد يستخدم إلا من أجل بعض الحالات النادرة جداً والمشكوك بها على أنها تكاثرات خبيثة للخلايا الشبكية . إن تعبير اللمفومات الجلدية الخبيثة أو لمفومات الجلد الخبيثة ( MCLs ) يشير إلى تنشؤات خبيثة للجملة اللمفية . وهذا التعبير مشتق من علم الأمراض والذي يتعلق سريرياً بضخامة العقد اللمفية . وقد أمكن الآن التوصل إلى إتفاق عريض يتعلق بالأرضية النسيجية والخلوية لهذه الأدواء وذلك بفضل الدراسات الشكلية الحديثة ، والدراسات الكيماوية الخلوية الخمائرية المجهرية الالكترونية والخلوية المناعية ، إذ إن التكاثر التنشؤي نفسه يمكن أن يشاهد في العقد البلغمية وفي الجلد . ومن أجل ذلك فمن الحكمة أن نستخدم تسمية متفق عليها من قبل مشرحين مرضيين واختصاصيي أمراض الدم من أجل التكاثرات الخبيثة في الجملة اللمفية الجلدية .

**التصنيف :**

إن تصنيف رابابورت Rapaport للمفومات الجلدية ـ واسع الانتشار وخاصة في التشريح المرضي ـ وهو تصنيف قيم في التشخيص الروتيني بسبب بساطته وقابليته للإعادة . إن هذا التصنيف يقسم اللمفومات إلى لمفومات غنية باللمفاويات ، وفقيرة باللمفاويات ، ومختلطة الخلايا ولمفومات منسجة ( كل هذه الأشكال عقيدية أو منتشرة ) . على كل حال فقد بينت الدراسات أن هذا التصنيف يستحق إعادة النظر خاصة فيما يتعلق باللمفومات « المنسجة Histiocytic » . ولقد بينت الأبحاث الواسعة ، وخاصة المناعية منها ، أن معظم اللمفومات المنسجة هي عبارة عن لمفومات لمفاوية كبيرة الخلايا قليلة التمايز ، وبنتيجة ذلك طرحت تصنيفات أخرى معدلة أهمها تصنيف لوكس وكوليتز ( Collins, Luks ) ، وتصنيف Kiel ، والتصنيف الجديد : صيغة العمل Working Formulation . في هذه التصنيفات لا يعتمد فقط على شكلياء الخلايا المتكاثرة ولكن على خواصها الوظيفية أيضاً ( نمط خلية B وخلية T ) . وفي البلاد الناطقة بالألمانية يعتمد بشكل واسع على تصنيف كيل Kiel ، إلا أن تطبيقه على لمفومات الجلد لا يخلو من الصعوبات ؛ ولكن هذا التصنيف يقدم في الوقت الحاضر أفضل القواعد لتصنيف معقول لآفات الجلد التكاثرية اللمفاوية .

**الجدول ٦١ ـ ١ : تصنيف اللمفومات الجلدية الخبيثة**

---

A- داء هودجكين .

B- لمفومات لاهودجكينية .

**اللمفومات الخبيثة ذات الدرجة المنخفضة من الخباثة ( لمفومات « خلوية » ) :**

I- لمفومات باللمفاويات :

الابيضاض اللمفاوي ، نمط خلايا T ، نمط خلايا B

الفطار الفطراني

متلازمة سيزاري

الشباك الباجتاني

ابيضاض الخلايا المشعرة

لمفومات المنطقة T

II– لمفومات بالخلايا المناعية :

ورم الخلايا المناعية الشبيهة باللمفاويات والمصوريات

ورم الخلايا المصورية

III– لمفومات بخلايا مركز الجراب

IV– لمفومات بخلايا مركز الجراب – أرومات خلايا مركز الجراب

( داء بريل سيمرز )

V– لمفومات كبيرة الخلايا ذات انحياز وعائي ( داخل الأوعية )

**اللمفومات الخبيثة ذات الدرجة العالية من الخباثة ( لمفومات « أرومية » ) :**

I– لمفومات بأرومات خلايا مركز الجراب

II– لمفومات بأرومات اللمفاويات

بأرومات اللمفاويات – T ( نموذج بوركيت )

بأرومات اللمفاويات – B

بأرومات اللمفاويات – O

III– لمفومات بأرومات المناعة

---

إن تصنيف كييل المعدل من قبل المشرح المرضي الألماني لينرت Lennert وزملائه يؤمن معلومات حول درجة خباثة اللمفومات الخبيثة ويسمح بمقاربة علاجية نوعية .

وبشكل عام فإن داء هودجكن يميز عن اللمفومات اللا هودجكينية . ويتبع تصنيف اللمفومات اللا هودجكينية في الجلد بشكل جوهري تصنيف كييل .

إن اللمفومات الخبيثة الجلدية يمكن أن تظهر بشكل بدئي أو ثانوي في الجلد ، وهكذا يمكن للداء أن يبدأ سريرياً بالآفات الجلدية أو أن الآفات الجلدية يمكن أن تتطور كنتيجة للداء الموجود في العقد البلغمية .

ومن المهم ألا ننظر إلى هذا المخطط بشكل حاسم ، فمثلاً : إن درجة الخباثة يمكن أن تتزايد خلال فترة المرض حينما يتحول الفطار الفطراني أو متلازمة سيزاري إلى لمفومات خبيثة من نمط أرومي مناعي أو أرومي لمفاوي .

لا توجد حدود صريحة فاصلة بين اللمفومات الخبيثة والابيضاضات ، لأن انتشار الخلايا في الدم الجائل يمكن أن يشاهد في كل اللمفومات . ومن جهة أخرى فإن الحديث عن ابيضاض الدم يبقى صالحاً لغايات جلدية عملية ، وفي النهاية فإن العديد من لمفومات الجلد لا يمكن أن تصنف بشكل مؤكد ونهائي .

**الفحص السريري :**

عند الاشتباه أو عند تشخيص لمفوم جلدي خبيث يعتبر التصنيف النسجي على درجة من الأهمية مساوية للتصنيف المرحلي ، وذلك من أجل التحديد السريري لامتداد المرض ، وهي مهمة متعددة الاختصاصات يشارك فيها اختصاصيوا أمراض الدم ، والطبيب الشعاعي والمشرح المرضي . ويوصى بالمقاربات التالية :

– الموجودات والقصة السريرية : تبدلات الجلد ، إصابة العقد البلغمية ، ضخامة اللوزات ، الكبد والطحال .

– خزعات الإصابات الجلدية والعقد البلغمية المتضخمة مع إمكانية خزعة الكبد .

– الفحوص المخبرية : حالة الدم ، الكبد ، وظائف الكلية وحمض البول .

– فحص نقي العظام : بزل القص والأفضل منه : خزعة القنزعة الحرقفية ( العرف الحرقفي ) في حال اللمفومات البائية ، وفي حال اللمفومات التائية المتقدمة منها أو ذات الخباثة الشديدة .

– الفحوص المناعية : اللمفاويات التائية والبائية وفروعها ، الرحلان الكهربائي ، الرحلان الكهربي المناعي ، الاختبارات الجلدية السطحية وداخل الجلد .

– الفحوص الشعاعية : الصدر ، تصوير بولي ظليل ، العظام مع إمكانية فحوص بالنظائر المشعة أو بالأمواج فوق الصوتية ( الكبد ، العظام ، الطحال ) . وإمكانية استخدام التصوير الطبقي المحوري .

– إمكانية إجراء التصوير الوعائي اللمفي .

لا يمكن مناقشة **التشخيص النسجي والخلوي** هنا ، وأحياناً يبدو من الواجب اللجوء إلى إجراءات تتطلب وقتاً كبيراً كالفحوص الخلوية الكيماوية ، والطرائق الخلوية الكيماوية الأنظيمية أو المجهر الإلكتروني أو الطرائق الخلوية المناعية باستخدام الأضداد وحيدة النسيلة ، وذلك من أجل التشخيص النهائي للخلايا الورمية . ويعتبر التنميط المناعي الشكلي هو الأكثر أهمية بسبب انقسام الجملة المناعية إلى قسمين ( جملة خلايا B وجملة خلايا T ) وأيضاً من أجل تحديد التمايز ، ومن أجل تعيين لمفومات الجلد اللا هودجكينية ، وخاصة تلك الموجودة في مجموعة اللمفومات ذات الخلايا الكبيرة .

**داء هودجكن [ Hodgkin's disease 1832 ] :**

*المرادفات :* لمفوما هودجكن الخبيثة ، الورام الحبيبي اللمفي الخبيث ( ستيرنبرغ وبالتوف ) .

**التعريف** : لم يتم الاتفاق على كون هذا الداء كياناً بحد ذاته ، ولكنه بشكل رئيسي : داء يصيب الجملة اللمفية ( العقد اللمفية ، الطحال ... إلخ ) ، تحدث الآفات الجلدية في حوالي

٣٠ – ٥٠٪ من المرضى .

**الحدوث** : يحدث الداء في أي عمر ، مع ذروة بين ١٥ و ٣٥ سنة ، وأيضاً بعد الخمسين من العمر . وهناك غلبة عند الذكور . في أحيان نادرة قد يبدأ داء هودجكن في الجلد . وهناك يبقى غير مميز لوقت طويل .

**السببيات** : مجهولة . هناك شك بآلية خمجية حموية ( حمة إبشتاين – بار ؟ ) .

**الإمراض** : في الوقت الحاضر . لا يوجد اتفاق على اعتبار داء هودجكن داءً واحداً بحد ذاته أو أنه مجموعة من الأمراض . يعتقد أن خلايا T أو B تتغير شكلياً إلى خلايا T أو B كبيرة إيجابية Ki – 1 ومفعلة ( Ki – 1 positive activated T or B cell ) ، والتي تتظاهر كداء هودجكن أو خلايا ريد ستيرنبرغ ( Reed – Sternberg ) خلال خمج حموي . ليس هناك من دليل نهائي على دور العامل البيئي أو أية عوامل أخرى في تطور التغيرات الجلدية . هناك العديد من التغيرات غير الوصفية تدعم الفرضية الإمراضية السابقة ، وهذا يعني وجود شكل من التفاعل الدفاعي المناعي الخلوي مع تحولات خبيثة في داء هودجكن .

**الموجودات السريرية** : يجب ملاحظة وجود تغيرات نوعية وأخرى لا نوعية في الجلد . وتتضمن التغيرات النوعية التبدلات المجهرية الوصفية للداء وهي نادرة جداً .

*العلامات الجلدية غير النوعية* : وهي شائعة نسبياً وتضم أشكالاً عديدة ، وهي تحدث في ٣٠ – ٥٠٪ من المرضى ، وتكون الأرضية النسيجية غير وصفية .

*الحكة وفرط التصبغ* : كلاهما شائع وهما يظهران معاً عادة . قد تسبق الحكة الأعراض السريرية للداء بشهور ، وتميل للبدء في الساقين ، وهي حكة شديدة جداً وأحياناً انتيابية ، وهي معندة بشدة على الأدوية . ويظهر التسحج ، والتقوبؤ ، والتأكزم والتحزز المتزايد كآثار ثانوية للحكة .

يشبه فرط التصبغ المنتشر ما يحدث في داء أديسون فهو يصيب الجلد فقط ولا يأتي على المخاطيات . مع هذا المركب من التبدلات يجب أن يشك دوماً بداء هودجكن ، كما يجب إجراء فحص خاص للعقد اللمفية المنصفية وخلف الصفاق . ويجب ألا ننسى « الجرب » في التشخيص التفريقي .

*الحكاك العرضي ( Prurigo Symptomatica )* : بالإضافة إلى الأعراض السابقة فقد نجد اندفاعات شروية في أحيان كثيرة ، تتوضع بشكل رئيسي على الجذع ، و/أو عقيدات حكاكية الشكل ، حاكة بشدة ومخدوشة ، وهي تعطي مظهر حطاطات متآكلة مع جلبات مدماة ، وتندمل مع ندبات دقيقة مفرطة أو ناقصة التصبغ . نسجياً ، تشاهد مظاهر الحكاك تحت الحاد ( الحكاك البسيط تحت الحاد ، الشرى الحطاطي المزمن ) . وإذا شوهد في الوقت نفسه زيادة في حجم العقد اللمفية يجب وضع احتمال تشخيص داء هودجكن بعين الاعتبار .

*تبدّلات الجلد سُماكية النموذج* : إن هذه التبدلات تشبه السماك الشائع وهي تكون عادة في الساقين ، وقد تصيب الجلد بكامله أو عضواً واحداً . يكون الجلد منعدم الزهم ( Sebostatic ) ويبدي وجود جلبات سماكية الشكل ملتصقة بصلابة ووضوح . هذه العلامات تتطور عادة خلال سير الداء .

*الحلأ النطاقي Zoster* : شائع جداً . وأغلب ما يرى على شكل نطاق معمم بسبب اضطراب الجملة المناعية مما يسمح بتفعيل انتشار حمة الحماق/الحلأ النطاقي .

*العلامات الجلدية الأخرى* : وصفت تبدلات جلدية غير نوعية عديدة عند المصابين بداء هودجكن إلا أنها قد تظهر صدفة فقط . مثال : الحاصة المنتشرة ، والحمامى العقدة ، والتبدلات الإكزيمية الشكل التي تشبه مرحلة قبيل الفطار في الفطار الفطراني ، الداء الموسيني الجريبي ، احمرار الجلد ( الأحمرية ) اللا نوعي ، واضطرابات نمو الأظفار .

*تبدلات الجلد النوعية* : نادرة ، ومن أجل ذلك تكون غير كاشفة للتشخيص . تفرّق نسجياً بالصفات النوعية لداء هودجكن والتي تتضمن كشف الإيجابية للأضداد وحيدة النسيلة Ki – 1 التي تدل على وجود تفعيل مستضدي للخلايا اللمفاوية .

*الرشاحة المتغايرة* : هذه التبدلات النوعية الجلدية تظهر كبدئية وأصلية في الجلد ، وهي بشكل عام غير مقبولة . تنتمي بعض هذه التبدلات إلى مجموعة اللمفومات Ki – 1 . هذه الأشكال الحيوية السليمة يعنى بها داء هودجكن الكاذب في الجلد .

*سريرياً* : هي عبارة عن بقع مرتشحة مسطحة مع هوامش منتشرة أو عقيدات صلبة جلدية أو تحت جلدية ذات لون مسمر أو زرقاء محمرة كما هي الحال في اللمفومات الخبيثة الأخرى . قد تكون مفردة أو متعددة ، ويمكن أن تتواجد على شكل طفح حطاطي عقيدي ، وتكون الأماكن المفضلة للتوضع هي : الجبهة ، وجوانب الجذع ، وأسفل البطن والمنطقة الأربية ، والفخذ والفروة . ويمكن للعقيدات أن تنمو وتتطور عليها تقرحات نخرية بطيئة السير : القرحة الحبيبومية اللمفية ulcus Lymphogranulomatosum . وفي حالات أخرى نجد تورمات بلون الجلد وأكثر انتشاراً .

*الحكاك الحبيبومي اللمفي* . ويتألف هذا الحكاك من ارتشاح نسجي نوعي للداء ، ويمكن أن يحدث هذا الارتشاح أيضاً في الحكاك العرضي اللا نوعي . يصيب الجلد بكامله ، ولكنه يتوضع على السطوح الباسطة للأطراف ، فيبدو للفاحص وجود عقيدات صغيرة ، قاسية ، حاكة بشدة ، وبلون الجلد أو ملتهبة قليلاً والتي تتعرض بسرعة للتأذي بسبب الخدش وتتشكل فيها جلب نزفية ، ويثبت التشخيص نسجياً .

*جوف الفم* : أحياناً ، تكون العلامات البدئية ارتشاحات نوعية للدوائر اللمفاوية اللوزية والتي يمكن أن تتقرح ، وعند التشخيص التفريقي يجب أن نفكر خاصة بالشكل النخري لخناق فنسان . وعلى عكس ما يشاهد في ابيضاض الدم النقوي وفي ندرة المحببات تكون اللثة عادة غير مصابة .

*التظاهرات الثانوية* : تحدث هذه التظاهرات بتطور التبدلات التشريحية المرضية في العقد اللمفية التي تصيب الجلد . وبالمقابل ، فهي تشاهد في مناطق النزح للعقد اللمفية المصابة . تكون العقيدات والرشاحات بارزة . وتشاهد أحياناً رشاحات منتشرة في الجلد مشابهة للحمرة : الورام الحبيبي اللمفي الجلدي الشبيه بالحمرة .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون المظاهر الخلوية والنسيجية في أدواء هودجكن متبدلة جداً لدرجة أننا لا نعتبر اليوم إلا خلايا هودجكن وخلايا ريد ستيرنبرغ كموجودات ثابتة . تعتبر خلايا هودجكن كسليفات وحيدة نوى لخلايا ريد ستيرنبرغ ، وهي عبارة عن خلايا كبيرة مع هيولى شاحبة ونوية كبيرة وبلازما نووية نيرة ، وظاهرياً مع أغشية خلوية سميكة ونويات عملاقة .

أما خلايا ريد ستيرنبرغ فتقيس ١٥ – ٦٠ نانو متر ، وخواصها الرئيسية هي : وجود نويات حمضة عادة وكبيرة بشكل غير اعتيادي ، وفي هذه الخلية تشاهد نوية كبيرة نسبياً وغير ملونة تقريباً . وتشاهد أحياناً خلايا صورة المرآة **Mirror Picture Cells** – مردّها توضع القطع النووية المتناظر . شوهد ارتفاع الضد الوحيد النسيلة ( **Ki – 1 $CD_{30}$** ) ضد سلسلة خلايا هودجكن التي تتعرف على مستضد مرافق لتفعيل الخلايا اللمفاوية .

وبسبب كون المعطيات في الجلد غير واضحة كما هي الحال في العقد اللمفية فمن غير الممكن استخدام تصنيف العقد اللمفية العالمي لراي/أو آن أربور ( **Rye or Ann Arbor** ) والمشتق من التشريح المرضي للموجودات الجلدية . هناك إنذار جيد نسبياً في :

– النمط الغني باللمفاويات .
– النمط العقيدي المصلب .

وإنذار سيء في :
– النمط مختلط الخلايا .
– نمط نضوب ( نفاذ ) اللمفاويات .

تشاهد ارتشاحات عقيدية أو منتشرة عديدة الأشكال في الجلد . وتتألف من لمفاويات صغيرة أو متوسطة الحجم ، محببات إيوزينية أو عدلة ، خلايا بلازمية ، منسجات ، شبكيات ، أرومات مناعية ، أرومات ليفية وعدد متفاوت من خلايا هودجكن وخلايا ريد ستيرنبرغ . وفي حواف الآفات تشاهد ارتشاحات حول الأوعية والملحقات . ويبدو النمط الشكلي المناعي ذا علاقة وثيقة بالرشاحات المشاهدة في الحطاط اللمفاني والذي يوحي بعلاقة إمراضية وسببية بين الداءين .

**السير والإنذار** : يعتمد الإنذار بشكل واسع على انتشار الداء في العمق . ومن أجل ذلك يعتبر التشخيص المرحلي ضرورياً . تكون بقيا المرضى حاملي الداء في الجلد فقط لسنوات عديدة . كما أن إصابة داء هودجكن النوعية في الجلد لا تعني بالضرورة إنذاراً سيئاً في كل حالة بعكس ما يظهر في التقسيم المرحلي ( تصنيف آربور ) والذي يعتبر إصابة الجلد مرحلة **IV** .

**التشخيص** : حينما تشاهد أعراض جلدية لا نوعية فقط نشتبه بوجود الداء بناء على مخطط الحرارة ( نموذج بيل أبشتاين **Pel Ebstein Type** ) . والفحوص الدموية ( كثرة الكريات البيض مع قلة نسبية في اللمفاويات مع كثرة الحمضات ) ؛ والتشخيص بأشعة **X** والومضان المشع للطحال والتي يجب أن تثبت بفحص الخزعة . إذا كان هناك علامات نوعية يجب أن يكون التشخيص نسجياً .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الفطار الفطراني مع إصابة الأعضاء ، متلازمة سيزاري ، واللمفومات الخبيثة الأخرى اللا هودجكينية في الجلد متضمنة الحطاط اللمفاني .

**المعالجة** : تعالج التبدلات الجلدية اللا نوعية بشكل عرضي . تستجيب الحكات بشكل أساسي للعلاج الموضعي . وأجريت التجارب بالمعالجة بمضادات الهيستامين ، المبنجات ، العوامل المحتوية على الفينول ومعجون الزنك الحاوي على الإيكتامول ( ٣ – ٥٪ ) أو الكليوكينول ( ٠,٥٪ ) ويمكن تجربة المعالجة الضوئية الكيماوية ( **PUVA** ) .

*جهازياً* : يستعمل مضادات الهيستامين ، الفينوثيازينات أو الكلورفينامين . أما تبدلات الجلد النوعية فيجب معالجتها بشكل مركز . ويجب أن توضع خطة العلاج بمؤازرة الزملاء في الطب الداخلي ، ويعتبر التصنيف المرحلي المحدد قاعدة العلاج . تستعمل المعالجة وخاصة التشعيع **X** والمشاركات العلاجية الكيماوية الموقفة للانقسام الخلوي ، ومثالها : خطة ( **MOPP** ) : [ ميكلوريثامين ، فينكريستين ، بروكاربازين ،

بردنيزولون ] ؛ خطة ( COOP ) [ سيكلوفوسفاميد ، فينكريستين ، بروكاربازين ، بردنيزولون ] ؛ أو خطة ( ABVD ) [ أدريامايسين ، بليوميسين ، فينبلاستين ، DTIC ] . وبها تستجيب الأعراض الجلدية بشكل جيد للعلاج . وإذا لم تشاهد آفات داخلية ( ضخامات عقدية مساريقية منصفية أو خلف الصفاق ) فإن الآفات الجلدية يجب أن تشعع بوساطة أشعة X الخفيفة أو بالالكترونات . هذا وإن تشعيع الجلد التام باستعمال الحزم الالكترونية يبدو ذا قيمة كبيرة في الارتشاحات النوعية للنواحي الكبيرة .

## اللمفومات اللا هودجكينية الجلدية ذات الدرجة الخفيفة من الخباثة
## Cutaneous Non – Hodgkin's Lymphomas of Low – Grade Maligndncy :

هذه الأمراض التنشؤية تترقى عادة بشكل مزمن عبر سنوات وتستجيب في البداية بشكل جيد على المعالجة الخاصة ، ولكن في النهاية يكون مصير المريض هو الموت .

### اللمفومات لمفاوية الخلايا Lymphocytic Lymphomas :

تنتمي إلى اللمفومات اللا هودجكينية ذات الخباثة الخفيفة . وتتصف بتكاثر خلايا لمفاوية جيدة التمايز ذات واسمات سطحية مختلفة .

### ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) :

تحدث الآفات الجلدية إما بشكل بدئي ، أي قبل إنتاج الخلايا الابيضاضية ، أو بشكل ثانوي في سياق سير الداء الابيضاضي . إن معظم هذه الحالات هي تنشؤات بائية الخلايا ( B – CLLs ) . راجع الفصل ٦٢ من أجل التبدلات الجلدية الوصفية . تكون التنشؤات تائية الخلايا( T – CLL ) في أقل من ٥٪ من الحالات . ويكون للخلايا آنذاك نمطاً مناعياً ظاهرياً تائياً وبعضها يبدي فعالية فوسفاتازية حامضية هيولية بؤرية .

**سريرياً** : تكون ضخامة العقد اللمفية المحيطية وضخامة الطحال بارزة . وتكون كثرة الكريات البيض مع قلة العدلات وارتشاح النقي متوسط الشدة .

وفي الناحية الجلدية فإن وجود احمرار الجلد ( الأحمرية ) هو أمر شائع . كما أن التفريق بين متلازمة سيزاري واللمفومات/الابيضاض إيجابية HTLV – I تائية الخلايا لدى الكهول أمر صعب في المناطق التي تتوطن فيها الإصابة .

### الفطار الفطراني Mycosis Fungoides [ D'Alibert 1832 ] :

*المرادفات* : الحبيبوم الفُطْراني .

**التعريف** : الفطار الفطراني ( M.F ) داء مزمن ، يترقى ببطء وليس له سبب معروف . يبدأ من الجلد ويبقى داءً جلدياً ، إلا أنه قد يصيب العقد اللمفية والأعضاء الداخلية في المراحل المتأخرة ويأخذ سيراً قاتلاً . ينتمي الآن إلى اللمفومات الخبيثة التائية النموذج مع خباثة خفيفة ، وذلك بسبب كون الرشاحة اللمفاوية تبدي خواص الخلية التائية المساعدة . ويمتد الداء من فترة سنوات إلى عدة عقود .

**التواتر** : الداء غير نادر ويشاهد في كافة أنحاء العالم . يحدث عادة بعد سن الأربعين ، لا يوجد عنصر وراثي لكن يكثر حدوثه عند الذكور دون معرفة السبب ( تصل إلى ٢ : ١ ) .

**الإمراض** : إن سبب M.F غير معروف ، وهناك ما يوحي بمنشأ خمجي ( الحمة الخلفية ) ، لقد شوهدت أضداد HTLV – I في مصل المرضى المصابين بالفطار الفطراني ، كما وشوهدت جزيئات من الحمات ذات النمط C في خلايا لانغرهانس وفي الخلايا الارتشاحية الأخرى . يعتقد بعض المؤلفين أن الفطار الفطراني في المرحلة الباكرة هو في أكثره عبارة عن داء التهابي ، يصبح في مراحله المتأخرة اضطراباً في الجهاز الخلوي اللمفاوي مع تطور للمفومات تائية تصيب العقد والأعضاء الداخلية بشكل ثانوي ، وأحياناً مع خلايا تنشؤية تهاجم الدم . وقد لوحظ منذ فترة قريبة أن هناك علاقة بين التفاعل الدوائي السابق للآفة والأرجية بالتماس من النموذج الإكزيمي مع بقاء المستضد ، وهذا يكون ذا صلة بأحداث الداء مع إصابة الجملة المناعية ( الخلايا المساعدة T ) . ومن جهة أخرى فإن معظم المؤلفين يعتبر أن الفطار الفطراني هو لمفوما جلدية خبيثة بدئية حيث تشاهد فيه لمفاويات لا نموذجية مع صورة صبغية مختلفة الدنا ، كما تكون هذه الخلايا ذات صفات تائية ، تشاهد باكراً وذلك منذ التظاهرات الجلدية الباكرة ، وتتعاظم هذه الصفات مع تطور المرض . وكذلك فإن زيادة الخباثة ( غياب التمايز الخلوي ) في المراحل المتأخرة هو شيء معروف ، وقد يكون هذا عبارة عن انتقال نحو لمفومات تائية ذات خباثة شديدة ، مجموعية ، دعيت باللمفومات المجموعية المنتجة للأرومات اللمفاوية مع خلايا خبيثة تتواجد في الدم .

**الموجودات السريرية** : يمكن للفطار الفطراني أن يتظاهر في الجلد بأشكال عديدة .

*شكل اليبرت – بازين : Alibert – Bazin Form* وهو الشكل الأكثر شيوعاً ودعي بالفطار الفطراني المدرسي نسبة

للمؤلفين الفرنسيين . يتطور الداء في ثلاث مراحل سريرية ونسيجية ، ولا يعني ذلك بأية حال أن تبقى غير متبدلة ، إذ يمكن لتبدلات الجلد النموذجية في المراحل المختلفة أن تتواجد معاً .

*المرحلة قبيل الفطارية ( مقدمة الفطار )* : قد تدوم لعدة سنوات ولا تكون وصفية لا سريرياً ولا نسجياً ، وقد تؤدي للالتباس مع جلادات عديدة . قد تشبه الأعراض الإكزيمة الثمية ، والصداف الشائع ، والفقاع الشائع ، ونظير الصداف اللويحي أو الحزاز البسيط المزمن ، تشاهد بقع ذات قياسات مختلفة مع هوامش محددة مستديرة أو بيضوية ، أفعوانية أو عديدة الدوائر . وتبدي احمراراً التهابياً وتجلباً نخالياً ويمكن أن تصبح حويصلية او فقاعية وأن تغطى بجلبات ، كما يمكن أن تشاهد بقع شروية المظهر . إن عدد البقع يختلف كثيراً من حالة إلى أخرى وليس هناك من توضع مفضل : فيمكن أن يصاب الجذع والنهايات والوجه ( راجع الشكل ٦١ – ٢ ) . كما يحدث حكاك ولذلك كان التشخيص السريري للفطار الفطراني في هذه المرحلة صعباً . ويجب التفكير بالفطار الفطراني إذا كانت الاستجابة لهذه البقع بالعلاج التقليدي للمرض المشكوك فيه ضعيفة ، وتحسن المرض بعد التعرض للشمس ، ونكسه المتواتر ، والازدياد البطيء في عدد وقدّ هذه البقع . في هذه الحالة يجب أن تجرى خزعات ، ومن المفضل أن تؤخذ من عدة بقع . ويجب التفكير بشكل خاص في حدوث الفطار الفطراني متحولاً من شكل الصداف اللويحي ذي البقع الكبيرة الالتهابي أو شكل تبكل الجلد ذي البقع الكبيرة . كما وإن حدوث الداء الموسيني الجريبي يزيد في إمكانية حدوث الفطار الفطراني ومن الناحية النسيجية لا نستطيع وضع تشخيص الفطار الفطراني في هذه المرحلة إذا لم نشاهد الخلايا اللا نموذجية وخراجات بوتريه .

*المرحلة الارتشاحية* : وهي نموذجية للمرض وتبدي بقعاً ارتشاحية مسطحة متزايدة تنشأ إما بالامتداد من بقع في مرحلة قبيل فطارية ، أو تنشأ بشكل مستحدث رشاحات ذات حواف حدودها واضحة أو ذات شكل غريب ، أو تتشكل بقع حزازانية ذات توسف أو تجلب . ويمكن أن تبدي احمراراً التهابياً أو تلوناً بنفسجياً محمراً أو اسمراراً خفيفاً . كافة هذه البقع تتسع ببطء ، ويحدث حكاك شديد . ومن الملحوظ أن البقع الارتشاحية الكبيرة تحتوي على جزيرات محددة بشكل واضح من جلد سليم ( السطوح النيرة ) ( راجع الشكل ٦١ – ٣ ) .

*الخاصة المحددة* : في الفروة أو في مناطق أخرى من الجسم ذات أشعار انتهائية ، وهي غالباً ذات علاقة بالداء الموسيني الجريبي العرضي الممكن كشفه نسيجياً . لا تكون ضخامة العقد اللمفية دائماً نوعية للمرض ولكنها بالأحرى عبارة عن تعبير لاعتلال العقد اللمفية الجلدي اللا نوعي .

التشريح المرضي النسجي ، يمكن إثبات تشخيص الفطار الفطراني في هذه المرحلة .

*المرحلة الورمية* : ( لمفومات خبيثة بخلايا أرومية مناعية تائية ذات درجة خباثة عالية ) . تحدث هذه المرحلة بعد فترة مختلفة ، وهي غالباً عدة سنوات . وكمرحلة ورمية يبدو أن دفاع الجسم يغدو قاصراً أو أن سلوك الخلايا التنشؤية أصبح أكثر عدوانية ، وعادة ما يشاهد تطور الأورام ضمن البقع المرتشحة المسطحة أو على احمرار الجلد ( الأحمرية الجلدية ) .

إن النموذج نصف الكروي أو المشبه بالبندورة أو النموذج الفطري أو الأورام المسننة المرتفعة على سطح الجلد غالباً ما تكون فطرية الشكل ملساء ، زرقاء أو ذات لون أسمر محمر ، وحينما تتآكل سطوحها ترتشح وتميل إلى التقرح النخري . ويمكن ، إذا ما حدثت في الوجه أن تؤدي إلى سحنة أسدية .

*نسجياً* : يمكن أن يوضح تشخيص الفطار الفطراني في المناطق الهامشية . أما الأورام بذاتها فهي تبدي تكاثراً خلوياً متجانساً غنياً بالانقسامات الفتيلية ، وحينئذ تبدي لمفومات غنية بالخلايا الأرومية وذات درجة خباثة عالية .

*الفطار الفطراني المفاجئ ( فيدال وبروك ١٨٨٥ ) **Mycosis Fungoides d'Emblée*** : يدل هذا الاسم على حالات الفطار الفطراني التي لا تشاهد فيها المرحلتان الأوليتان ، وتتظاهر الآفات نفسها منذ البداية كأورام . ومع ذلك فإن وجود هذا الشكل يعتبر اليوم أمراً مشكوكاً به . وفي أغلب الحالات تكون عبارة عن لمفومات/ابيضاض بخلايا تائية إيجابية أو سلبية HTLV – 1 . يجب أن تعتبر لمفومات جلدية بدئية ذات خباثة عالية ( راجع الشكل ٦١ – ٤ ) . ويدل على ذلك السير المميت السريع ( ٦ – ٢٤ شهراً ) .

*الشكل الاحمراري الجلدي ( هالوبو وبينيه ١٨٩١ ) **Erythroderma Form*** : وهو نادر جداً . إن الحالات الأولى التي شخصت من هذا الشكل قد تشخص في أيامنا هذه على انها متلازمة سيزاري ويمكن أن تحدث الأحمرية الجلدية كأساس للفطار الفطراني المدرسي . التظاهر الأول هو أحمرية جلدية ( احمرار جلد ) لا نوعية قد تتحول إلى متلازمة سيزاري . يبدي الجلد احمراراً التهابياً كما يتسمك ويتصلب ، ويكثر وجود الوسف والحك بشدة . ويبدي الشكل النموذجي هنا جزراً منتشرة من الجلد السليم . وفيما بعد قد تظهر لويحات مرتشحة وأورام ؛ وتتواجد خلايا لوتزنر سيزاري في الدم .

نسجياً ، الركيزة الخلوية عديدة الأشكال للفطار الفطراني

توجه نحو التشخيص . ويجب أخذ متلازمة سيزاري بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي .

*إصابة المخاطية :* يمكن أن يصاب جوف الفم ( مخاطية الفم ، واللسان ، واللوزات ) كما يمكن إصابة مخاطية جوف الأنف والبلعوم في أية مرحلة من الداء .

*ضخامة العقد اللمفية :* تكون في البداية لا نوعية ، وهي تعبير عن الاعتلال الجلدي - العقدي اللمفي التفاعلي . يمكن للعقد اللمفية الكبيرة والقاسية بالقرب من الجلد أن تكون تعبيراً عن ترقي عدم التمايز باتجاه لمفومات أرومية مناعية ذات خباثة عالية .

*إصابة الأحشاء :* بالرغم من أن الفطار الفطراني يسلك عادة سلوك مرض جلدي فإن الأعضاء الداخلية يمكن أن تصاب في المراحل المتأخرة .

*إصابة الطحال :* شائعة أكثر من إصابة الكبد . ويمكن للداء أن يصيب الرئة أيضاً ، والسبيل الهضمي ، والجملة العصبية المركزية وأعضاء أخرى . إصابة نقي العظام نادرة جداً وإن حدثت فتكون متأخرة في سير الداء . تكون الحمى وتدهور الحالة العامة من العلامات الوصفية للمرحلة الورمية .

**الموجودات المخبرية** : يبدي تحليل الدم أحياناً كثرة لمفاويات غير هامة بالإضافة إلى زيادة الحمضات . قد يشاهد لدى بعض المرضى خلايا تائية غير نموذجية ( تصل حتى ٢٠ - ٢٥٪ ) في الدم وذلك كما في متلازمة سيزاري ، إلا أنه يجب التمييز عن الخلايا الملففة تويجية الشكل للمفومات تائية الخلايا . تبدي خلايا لوتزنر Lutzner نوى شاذة لها مظهر تلافيف الدماغ بالمجهر الالكتروني . وتبدو حبيبات غليكوجينية في الهيولى ، كما يمكن إظهارها في اللطاخة الدموية بواسطة تفاعل الباس PAS . تكون الكيمياء الدموية طبيعية عادة . ويوجد أحياناً ارتفاع في IgE .

**التشريح المرضي النسجي** : يجب أخذ خزعات من أكثر من آفة جلدية واحدة وذلك عند الشك بالفطار الفطراني ، وحينئذ فقط يمكن تشخيص الآفة بدقة . وينبغي فحص مقاطع نصف رقيقة إن كان ذلك ممكناً ، لأنه بهذه الطريقة يمكن التعرف بسهولة على الخلايا مخية المظهر . يبدي الفطار الفطراني سمات وصفية للمفومات الخلايا التائية في الجلد : ارتشاح تحت بشروي شريطي الشكل بثخانات وكثافات مختلفة مع انتحاء بشروي مميز كالتسرب داخل البشرة وتشكل خراجات وحيدات النوى مجهرية داخل البشرة .

في مرحلة **ما قبل الفطار** يبدي الفحص النسجي التهاب جلد غير وصفي . وبالمقابل هناك تبدلات تدعو للشك : ارتشاح تحت بشروي شريطي الشكل مع القليل من الخلايا الشاذة ( خلايا لمفانية كبيرة ، خلايا لوتزنر مع نوى مخية الشكل وقليل من التسرب .

هناك طراز وصفي في **المرحلة الارتشاحية** ، تبدي البشرة عادة شواكاً تفاعلياً مع تسفنج وفرط تقرن ونظير تقرن ، بالإضافة إلى خراجات بوتربيه المجهرية الوصفية ، أي يمكن وجود تجمعات من شبيهات خراجات بؤرية من الخلايا اللمفانية الشاذة داخل البشرة . يبدو ارتشاح كبير ، غالباً شريطي الشكل متوضع تحت البشرة مباشرة . يميل الارتشاح الخلوي في مراحل أكثر تقدماً لأن يكون خليطاً بشكل ملحوظ وقد تشبه بعض الخلايا الورمية خلايا هودجكين . هناك منسجات عديدة الأشكال أو خلايا لمفية طبيعية ظاهرياً ، وحمضات وعدلات . وخلايا مصورية وأرومات ليفية ، كما وتشاهد خلايا لمفانية كبيرة ، شاذة مع نوى مسننة غالباً ، زائدة الاصطباغ ، شاذة ولها صفات الخلايا التائية . يحتمل أن تكون هذه الخلايا المسماة بالخلايا الفطارية ( Mycosis Cells ) هي خلايا لوتزنر ذاتها . وأحياناً تشاهد انقسامات فتيلية .

في المراحل المتأخرة . قد يصبح المظهر النسيجي متجانساً ويكتسب سمة لمفومات « أرومية » ذات خباثة عالية .

يبدي الفحص النسيجي تشابهاً كبيراً مع تفاعل التهابي غير نوعي . وفيما بعد ، تتراجع الظاهرة الالتهابية وتسيطر مظاهر اللمفومات التائية الخبيثة ، ذات الخباثة المتزايدة على الصورة النسجية .

**السير** : إن إنذار الفطار الفطراني صعب التحديد ، في مرحلة ما قبل الفطار ، وتكون بقيا المريض عديداً من السنوات تتراوح من ٥ سنوات إلى ٢٠ سنة أو أكثر . وقد يحدث التراجع العفوي كما قد تحدث الرُّجْعَة . وإذا أُثبت التشخيص نسيجياً ، يكون متوسط البقيا ( ٥ سنوات ) . ولا يكون الإنذار جيداً في حال الإصابة بالأورام ، وإصابة العقد اللمفية وحدوث الإصابة الداخلية . وأخيراً ، يموت المريض بسبب إصابة العضو المنتثرة و/أو الإصابة المجموعية .

**التشخيص** : إن التشخيص الباكر هام ، ويعد الاعتلال الجلدي الالتهابي المزمن والمعند على العلاج إشارة للفطار الفطراني . ينصح بالخزعات المتكررة المأخوذة من الآفات المشكوك بها .

**التشخيص التفريقي** : في مرحلة ما قبل الفطار : يفرق عن الإكزيمة النمية ، والصداف الشائع الإكزيمة المتحززة . إن التعنيد على المعالجة طويلة الأمد ، والارتشاح الوذمي وجزر الخلايا الجلدية السليمة في البقع المصابة بالداء ، تشير كلها إلى تشخيص الفطار الفطراني .

يمكن أن تتطور إصابة المرضى بنظير الصداف اللويحي إلى إصابة بالفطار الفطاراني . ويجب أخذ اللمفومات الكاذبة بعين الاعتبار في المرحلة الارتشاحية والورمية ( التفاعل الدوائي العقيدي ، الحطاط اللمفوماني Lymphomatoid Papulosis ) وكذلك اللمفومات الجلدية الخبيثة الأخرى ( داء هودجكين ولمفومات لاهودجكين ) والابيضاض الجلدي أيضاً .

**المعالجة** : لا يوجد علاج شاف للفطار الفطاراني ، وعلى كل حال ، يمكن تأمين تحسن الأعراض كما ويمكن زيادة مدة البقيا . إذا كان الفطار الفُطْراني محدوداً بآفات الجلد فربما يكون العلاج الموضعي مناسباً ، وإذا كانت العلامات الجلدية ( الأورام ) شديدة مع إصابة داخلية ( العقد اللمفية والأعضاء الداخلية ) فيجب إعطاء علاج كيماوي مناسب ، وفي كل الحالات يطلب إجراء التحديد المرحلي السريري ( انظر الجدول ٦١ — ٢ ) .

يعتمد النظام الأكثر شيوعياً للتحديد المرحلي في مجال اللمفومات التائية الجلدية على النظام TNM ( الجدولان ٦١ — ٣ ، ٦١ — ٤ ) . وتظهر وجهات النظر الإمراضية المتعددة في المقاربة العلاجية . فإذا اعتبرنا الفطار الفطراني لمفوم جلدي خبيث بدئياً ، يبدو من المناسب إعطاء علاج بدئي وكثيف لتحطيم الخلايا الورمية . وإذا اعتبرنا الفطار الفطراني داء التهابياً بدئياً مع التأكيد على السير العفوي الطويل نميل إلى إعطاء علاج حَذِر . وهذا كل ما نستطيع فعله ، إذ أن التجارب السريرية تظهر إن الفطار الفطراني يعند على التدابير العلاجية بشكل متزايد كما يحدث بالتشعيع بأشعة X . وبما أن المقاومة على العلاج متعلقة بدرجة ما بالتركيز العلاجي ، يجب ان يطبق هذا العلاج بشكل يشعر معه المريض بالراحة وبأنه محتفظ بمقاومته للداء . ويمكن استعمال المعالجة الموضعية بالستيروئيدات القشرية ومضادات الهيستامين في الأعراض الابتدائية مع الحكاك . وهناك تأثير محبَّذ جداً وهو التعرض الشديد للشمس ( المعالجة بالشمس ) . ويجب اعتبار التشعيع النظامي بالأشعة فوق البنفسجية ( SUP ، UVB ) ذا قيمة ، كما ويمكن لبقع عديدة أن تتراجع بالمعالجة الضوئية الكيماوية ( PUVA ) فيما بعد .

يمكن تطبيق أشعة X الخفيفة على الآفات الورمية أو المرتشحة الصغيرة . وتكون المقادير الصغيرة مناسبة في البداية ( ٢ — ٤ Gy مجزأة ) . وفي حال وجود العديد من البقع أو وجود أحمرية جلدية ، يمكن استخدام أشعة X عن بعد لكامل الجلد . والأكثر ملاءمة هو التشعيع للجلد بكامله بحزم الكترونية ( معالجة عالية الفولتاج بجرعة ( ٨ ) Gy خلال ١٠ — ١٥ يوماً ، تصل إلى ٣٠ Gy خلال ٤٠ يوماً ) . هذا وإن الاختبارات المجراة على هذا النوع من العلاج قد بينت جودته . ويوصي آخرون بهذا العلاج كتدبير أولي بعد التشخيص إلا أنه يجب عدم نسيان التأثيرات الجانبية ( ضمور الجلد ، جفافه ، الحكاك ، إلخ ... ) .

وأخيراً هناك علاج موضعي بمحلول الميكلوريتامين للبقع المعزولة أو للجلد بكامله ( ١٠ ملغ من ميكلوريتامين في ( ٤٠ — ٦٠ ) مل من ماء الشرب ، حيث يمسح الجسم بكامله يومياً حتى نحصل على تأثير مناسب ثم تنقص الكمية ) . ومن مساوىء هذا العلاج حدوث التهاب الجلد التخريشي أو الأرجي بنسبة تصل إلى ٥٠٪ ( حدوث عدم تحمل للميكلوريتامين ) . وقد أهمل العلاج بالميكلوريتامين في بعض الدول بسبب تأثيراته المسببة للطفرة وتأثيرها على صحة الشخص المعالج . وإن البقيا تعادل ٥ سنوات لدى المعالجة بالبوفا PUVA ، الميكلوريتامين والعلاج بالحزمة الالكترونية تعادل ٥ سنوات ، ولكنها قد تصل إلى ١٠ سنوات في حال العلاج الشعاعي بحزم الالكترون .

وقد يكون للاستعمال الجهازي بجرعات متوسطة من الستيروئيدات تأثير جيد ( بردنيزون ، متيل بردنيزولون أو فلوكورتولون ) على الداء في مراحله المتقدمة . تكون فترة هجوع الداء قصيرة ، وإن إنقاص الجرعة قد يؤدي إلى استعار الداء . نستعمل موقفات الانقسام الخلوي في المرحلة المتقدمة من الداء تحدث تظاهرات داخلية أو حين الانتقال نحو لمفومات عالية الخباثة ، أو إذا فشلت التدابير السابقة . إن معدل النجاح لا يكون عالياً كما في داء هودجكين . ويمكن البدء بالميتوتركسات وبجرعة عالية المقدار ، تتبع بحمض الفولي ، أو تطبق جرعة منخفضة مديدة ( ١٥ — ٥٠ ملغ/أسبوع وريدياً ) أو ، في حال الضرورة — يمكن تطبيق خطة copp : سيكلوفوسفاميد ، أونكوفين ، فينكريستين ، بروكاربازين وبردنيزولون ويجب أن تجرى مثل هذه المعالجات في المشفى . ومن جهة أخرى يعطى علاج للحالة العامة وعلاج موضعي كاف بالستيروئيدات القشرية ويجب الانتباه إلى حدوث أي خمج موضعي أو عام حيث ينبغي معالجته آنذاك بمضاد حيوي مناسب ومعتمد على فحوص الحساسية الجرثومية كما وينصح بالضمادات الرطبة الموضعية .

**الجدول ٦١ ـ ٢ : مراحل ( أطوار ) الفطار الفطراني**

| المرحلة | إصابة الجلد | اعتلال العقد اللمفية المحيطية | إصابة الأحشاء |
|---|---|---|---|
| I | مرحلة ما قبل الفطار | — | — |
| II | بقع مرتشحة مع أو بدون آفات قبل فطارية | — | — |
| III | أورام مع أو بدون أعراض ارتشاحية و/أو أعراض قبل فطارية | — | — |
| IV | فطار فطراني في الجلد | آ ـ اعتلال العقد اللمفية الجلدي غير النوعي<br>ب ـ فطار في العقد اللمفية | —<br>- |
| V | فطار فطراني في الجلد | فطار فطراني في العقد اللمفية | + |

**الجدول ٦١ ـ ٣ : تصنيف TNM المرحلي للمفومات الجلدية التائية ( بون ولامبرغ )**

| التصنيف | الوصف |
|---|---|
| T : الجلد[آ] | |
| $T_0$ | آفات تدعو للشك سريرياً و/أو نسجياً |
| $T_1$ | لويحات محدودة ، حطاطات أو بقع إكزيمية تغطي أقل من ١٠٪ من سطح الجلد |
| $T_2$ | لويحات معممة ، حطاطات أو بقع احمرارية مغطية لـ ١٠٪ أو أكثر من سطح الجلد |
| $T_3$ | أورام : واحد أو أكثر |
| $T_4$ | احمرار جلد معمم |
| N : العقد اللمفية[ب] | |
| $N_0$ | لا يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ولا محسوسة ، سلبية CTCL بالتشريح المرضي |
| $N_1$ | يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ، سلبية CTCL بالتشريح المرضي |
| $N_2$ | لا يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ، إيجابية CTCL بالتشريح المرضي |
| $N_3$ | يوجد عقد لمفية محيطية شاذة سريرياً ، إيجابية CTCL بالتشريح المرضي |
| B : الدم المحيطي | |
| $B_0$ | الخلايا غير النموذجية الجائلة معدومة أو أقل من ٥٪ |
| $B_1$ | الخلايا غير النموذجية الجائلة موجودة بنسبة ٥٪ أو أكثر ، التعداد العام للبيض ، التعداد العام للمفاويات ، وعدد الخلايا الشاذة المسجلة في ١٠٠ خلية لمفاوية |
| M : الأعضاء الحشوية | |
| $M_0$ | لا يوجد إصابة أعضاء حشوية |
| $M_1$ | إصابة الأحشاء ( يجب إثباتها كما يجب تحديد نوع الأعضاء المصابة |

( آ ) إن التشريح المرضي للجلد $T_{1-4}$ هو تشخيص للمفومات الجلدية التائية CTCL . وعند وجود خواص لأكثر من T واحدة تسجل كلها وأعلاها هو المستخدم للتصنيف المرحلي .
مثال : $T_{(4)3}$ .

( ب ) يسجل عدد أماكن العقد غير الطبيعية . مثال : رقبية ( يسرى + يمنى ) ، إبطية ( يسرى + يمنى ) ، أربية ( يسرى + يمنى ) ، البُكرية ، تحت الفكية وتحت الإبطية .

**الجدول ٦١ ـ ٤ : التصنيف المرحلي للمفومات الجلدية التائية**

| المرحلة | التصنيف T | N | M |
|---|---|---|---|
| IA | 1 | 0 | 0 |
| IB | 2 | 0 | 0 |
| IIA | 1 − 2 | 1 | 0 |
| IIB | 3 | 0 − 1 | 0 |
| III | 4 | 0 − 1 | 0 |
| IVA | 1 − 4 | 2 − 3 | 0 |
| IVB | 1 − 4 | 0 − 3 | 1 |

### متلازمة سيزاري Sézary Syndrome [ Sezary and Bouvrain 1938 ] :

*المرادفات* : كثرة المنسجات الشبكي الجلدي المفرط التنسج السليم الشبيه بتملن الجلد ( باكاريدا ١٩٣٩ ) ، احمرار الجلد بالخلايا التائية ( وينكلمان ١٩٧٣ ) .

**التعريف** : أحمرية جلدية مع اعتلال عقد لمفية سببه خلايا

لمفوية شاذة لها خواص الخلية التائية ( خلايا سيزاري ) . ولها يشكل رئيسي النمط الشكلي للتائيات المساعدة ، تشاهد في الجلد ، وفي الدم وأحياناً في نقي العظام . ويعد ذلك من قبل بعض المؤلفين شكلاً ابيضاضياً للفطار الفطراني . ولقد أمكن التعرف على بعض حالات من التفاعل الدوائي عند بعض المرضى ، والتهاب الجلد التماسي والتهاب الجلد التأتبي تحولت إلى أحمرية جلدية والتي قد تصبح متلازمة سيزاري . ولقد أمكن التعرف على قبيل متلازمة سيزاري Pre – Sézary ، ومتلازمة سيزاري ومتلازمة ابيضاض الدم بخلايا تائية ، ووصفت حالات متوسطة بين مختلف هذه المتلازمات .

إن قبيل متلازمة سيزاري هي عبارة عن أحمرية ( احمرار جلد ) مترافقة بوجود خلايا سيزاري جائلة تصل إلى ١٠٠٠/مم٣ أو ما يقاربها مع صورة نسجية لمفاوية أو لمفومانية الشكل وقليل من التسرب الخلوي .

يمكن لمتلازمة سيزاري أن تتحول إلى لمفومات تائية/ابيضاض سلبي HTLV – 1 متضمناً تعداداً مرتفعاً للمفاويات مع ٥٠٪ أو أكثر من خلايا سيزاري ، وارتشاح العقد اللمفية وإصابة الأحشاء .

إن ظاهرة سيزاري Sézary phenomen هي وجود مؤقت لخلايا سيزاري في الدم الجائل مع التهاب جلد أو أدواء جلدية أخرى .

**الحدوث** : نادرة جداً عند المرضى المسنين .

**الإمراض** : سببه غير معروف ، نوقشت إمكانية كون الحمة الراشحة الخلفية كسبب ، كما هي الحال في الفطار الفطراني . تعد خلايا سيزاري نموذجية ولقد وصف لوتزنر وجوردان بنيتها الفائقة . وتشاهد هذه الخلايا ليس فقط في متلازمة سيزاري وإنما في أدواء أخرى كالفطار الفطراني والجلادات الأخرى كالذأب الحمامي ، والصداف ، والتهاب الجلد التفاعلي اللا نوعي ؛ وليس فقط في الجلد وإنما في المفرزات الزليلية في التهابات المفاصل .

ويفضل تعبير خلايا لوتزنر ( Lutzner cell ) وهي عبارة عن خلايا تقيس ٦ – ١٠ نانو متر . تحتوي على هيولى قليلة ، وعلى نواة كبيرة نسبياً ، مسننة أو مخاعية المظهر . ( راجع الشكل ٦١ – ٥ ) .

نعد خلايا لوتزنر الكبيرة مثلثة الصبغي بينما تعد الصغيرة منها ثنائية الصبغي . ومما يعطي أهمية في التشخيص وجود حبيبات إيجابية الباس PAS داخل الهيولى ( غليكوجين ) . تحوي هذه الخلايا واسمات الخلايا التائية على السطح ، وهي على الأقل قد تقابل جزئياً الخلايا الفطارية في الفطار الفطراني .

**الموجودات السريرية** : يصبح الداء وصفياً حين حدوث علامة التهاب الجلد المثي ، او التهاب الجلد بالتماس ، أو التهاب الجلد المعمم التأتبي أو وهو الأشيع التبدلات الصدافية الشكل . يمكن أن يشاهد الطور التالي وهو أحمرية الجلد ( الرجل الأحمر ) محدثاً بعوامل التحسيس ، أو بالتفاعل الدوائي ، أو بعوامل أخرى مؤدياً إلى جلد مرتشح ومتوسف بشدة مع ميل للتصبغ ( أحمرية الجلد المتملنة ) ( راجع الشكل ٦١ – ٦ ) . وقد يلاحظ وجود وذمة وسحنة أسدية مع ارتشاح التهابي في جلد الوجه . أما العلامات الجلدية الأخرى فهي فرط تقرن في الراحتين والأخمصين ، وحاصات منتشرة شديدة بسبب إصابة الفروة ، وحثل الأظفار ( تشوه الأظفار مع فرط تقرن ما تحت الأظفار ) وحكة شديدة .

*العقد اللمفية* : قد تشاهد ضخامة العقد اللمفية النموذجية تحت الجلد ، وبشكل أساسي حين حدوث اعتلال العقد اللمفية الجلدي التفاعلي والذي ليس له مدلول إنذاري . وفي النهاية قد يحدث تخرب العقد اللمفية بالخلايا الورمية والتي تكون قد فقدت بعضاً من مستضداتها الخلوية التائية وذلك أثناء تحولها الأورومي .

**الموجودات المخبرية** : كثرة الكريات البيض مع كثرة اللمفاويات النسبي وخلايا سيزاري الحاوية على حبيبات إيجابية الباس PAS ( خلايا لوتزنر ) التي تشاهد في متلازمة سيزاري ، التي تزداد حين التحول نحو لمفومات عالية الخباثة .

**التشريح المرضي النسجي** : مماثل جداً للفطار الفطراني ، يمكن للخزعات أن تبدي التهاباً جلدياً مزمناً أو بشكل نموذجي ارتشاحاً أكثر تجانساً مع خلايا سيزاري كبيرة كانت أو صغيرة ( خلايا لوتزنر ) بأعداد قليلة أو كثيرة ، أو لمفوما تائية الخلايا في النهاية .

**السير** : مزمن أو حسن لعدة سنوات نسبياً ، وغالباً ما يحدث تحول مفاجيء نحو تشكيل أورام جلدية ، ونحول ووفاة ، ونسجياً يشاهد آنذاك تحول نحو لمفومات تائية أرومية ذات خباثة عالية ( راجع الشكل ٦١ – ٧ ) .

**التشخيص التفريقي** : بالإضافة إلى تفريقه عن الأحمريات ( احمرار الجلد ) البدئية والثانوية ، فإن تعبير ما قبيل متلازمة سيزاري ( مع عدد قليل من خلايا سيزاري في الدم ) لا يمكن أن يطبق على أحمرية الجلد عند الشيوخ أو الأحمرية المتملنة المترافقة مع نحول وضخامة عقد لمفية ( كيسلنغ وتريتش ) .

**المعالجة** : يجب معالجة المرض كالمصابين بالفطار الفطراني ولكن بنجاح أقل . استعملت معالجات ثلاثية مع معالجة بأشعة x عن بعد وتشعيع لكامل الجسم بالحزم الالكترونية . وكذلك فقد

جرب استعمال المعالجة الضوئية الكيماوية ( PUVA ) مع استجابة ضعيفة . وأحياناً يشاهد تدهور مع حساسية ضوئية . تستجيب متلازمة سيزاري وقبيل متلازمة سيزاري بشكل أفضل إلى مزيج من الستيروئيدات منخفضة المقدار مع الكلورامبوسيل ( ٢٠ ملغ من البردنيزولون مع ٤ مغ كلورامبوسيل في اليوم ) . وتعتبر المقاومة على هذا العلاج علامة سيئة الإنذار . إن فصل الكريات البيض leukopheresis المتكرر من أجل إخراج الخلايا غير الطبيعية من الدم الجائل يمكن أن يؤدي إلى هجوع الداء ويجب استعماله مرتين في الأسبوع . وأمكن بنجاح استعمال المعالجة الضوئية خارج الجسم .

**الشباك الباجتاني Pagetoid Reticulosis** [ وورينغر وكالوب ١٩٣٩ ، براون فالكو ١٩٧٣ ] :

*المرادفات :* داء وورينغر – كالوب ، الشباك بشروي الانتحاء ، الفطار الفطراني الموضع بشروي الانتحاء ( Lever 1977 ) .

**التعريف** : لمفوما تائية الخلايا ولوعة بالبشرة مع مظاهر سريرية ونسيجية مشابهة لتلك الموجودة في داء باجيت في منطقة الحلمة .

**الحدوث** : نادر جداً ، يعرف منه أقل من مئة حالة ، وتسود فيه إصابة الرجال بشكل واضح .

**الإمراض** : هذا الداء غير معروف السبب يتميز بغزو البشرة بخلايا غزيرة الهيولى شبيهة بخلايا باجيت ولها خواص اللمفاويات التائية . تكون الانقسامات الفتيلية كثيرة المشاهدة ، وهذا يترك الانطباع بأنه يمكن اعتبار الشباك المشبه بداء باجيت شكل من الفطار الفطراني مع كون الرشاحة الخلوية هنا ولوعة جداً بالبشرة بشكل خاص . يعتقد بعض المؤلفين ان الخلايا المرتشحة هنا ليست خلايا لمفاوية ويعتبرونها على أنها خلايا مركل ( ورم خلايا مركل ) ، منسجات ، خلايا شبكية ، وحيدات أو طلائع وحيدات ، إلا أنه من الواضح اليوم ، وبحسب الدراسات النمطية الشكلية المناعية ، أن الخلايا المتكاثرة لها النمط الشكلي للمفاويات التائية المساعدة ( T – helper ) في معظم الحالات .

**الموجودات السريرية** : للشباك المشبه بداء باجيت شكلان .

*النمط الموضع :* ( وورينغر وكالوب ) . يشاهد فقط وبشكل استثنائي تقريباً عند الرجال وظاهرياً في أي عمر . تحدث آفات مسمرة بنفسجية أو محمرة بنفسجية التهابية محددة وذات محيط واضح وذلك في المناطق القاصية من الأطراف . تتوسع بشكل تدريجي ويمكن أن تبدي تقرحات أو وسوفاً . وفي المنطقة نفسها يمكن أن تنشأ بالإضافة لذلك بقع تصبح مختلطة وتتطور إلى لويحات مقوسة . تسير الآفة بتقدم بطيء ( راجع الشكل ٦١ – ٨ ) .

*النمط المنتثر :* ( كيترون وغودمان ١٩٣١ ) يشبه هذا الشكل الفطار الفطراني ويصيب الذكور المسنين . وتشاهد بقع التهابية ومتجلبة تتوزع بشكل منتثر ويكون ميل الآفات للتعمم أكثر في هذا الشكل منه في الشكل الموضع ويكون سير الآفات أكبر سرعة . ويمكن في بعض الحالات أن نتعرف من خلال القصة على نظير صداف لويحي ، خطل التقرن المتبدل ، وحتى فطار فطراني . ويكون سير الداء أكبر سرعة . ومن الممكن أن يكون الداء شكلاً من الفطار الفطراني مع ولع بشروي أشد بالخلايا اللمفانية الكبيرة المرتشحة .

**التشريح المرضي النسجي** : تكون البشرة زائدة الشواك متسمكة . مرتشحة بخلايا شكلها يشبه خلايا باجيت . لا توجد الخراجات المجهرية النموذجية لبوتريه . يمكن للجريبات الشعرية والغدد العرقية الناتحة أن تكون مرتشحة بخلايا شبيهة بخلايا باجتانية . تتميز الخلايا المرتشحة بكونها لمفاويات تائية مساعدة ومنسجات ( خلايا ثانوية ) في معظم الحالات . وإن زيادة الانقسامات الفتيلية مع مستوى الدنا DNA المرتفع يدل على أنماط الخلايا الخبيثة . وتبدي الأدمة السطحية بعض الارتشاح باللمفاويات ، المنسجات ، مع بعض الإيوزينيات .

**الإنذار** : يكون الإنذار أفضل في النمط الموضع منه في النمط المنتثر . وتحدث الوفاة خلال عام واحد في بعض الحالات المنتثرة .

**المعالجة** : الاستئصال أو العلاج بأشعة X للبقع الوحيدة وفيما عدا ذلك يعالج كالفطار الفطراني .

**ابيضاض الدم بالخلايا المشعرة Hairy Cell Leukemia** [ Ewald 1923 ، Plenderleith 1970 ] :

*المرادفات :* الداء الشبكي البطاني الابيضاضي ، الشباك اللمفاني .

**الموجودات السريرية** : هذا الداء البائي الخلايا تحت الحاد يتصف سريرياً بوجود ضخامة طحال ، ونقص عام في عدد الكريات مع وجود خلايا لها استطالات هيولية طويلة ( خلايا مشعرة ، كريات بيض مشعرة ) في الدم . تتصف الخلايا خلوياً كيماوياً بفعالية عالية في الطرطرات المقاومة لحمض الفوسفاتاز إيزو إنظيم . وتتصف بالمجهر الالكتروني بالاستطالات الهيولية الرقيقة الطويلة التي يمكن مشاهدتها أيضاً بالمجهر الضوئي في اللطاخات أو في محضرات مهروسة Squash وهي تبدي خصائص اللمفاويات البائية .

**تبدلات الجلد** : تكون غير اعتيادية وهي في الواقع عبارة عن

علامات ثانوية على شكل ارتشاحات عقيدية أو حطاطية . لا يمكن أن يستند التشخيص على تماثل شكل الخلايا اللمفاوية المرتشحة في الأدمة لوحده ، وتكون الموجودات الأخرى حاسمة . وقد وصفت حالات من التهاب محيط الشريان العقد في سياق ابيضاض الدم بالخلايا المشعرة .

**لمفوما المنطقة T – zone Lymphome T :**

*المرادف :* الورام الحبيبومي اللمفي اللانموذجي .

**الموجودات السريرية :** لمفوما المنطقة التائية هي لمفوما خلايا تائية محيطية ، نادرة المشاهدة جداً ، تتصف بتكاثر تنشؤي للمفاويات تائية عديدة الأشكال مع أرومات مناعية تائية في المناطق التائية الواسعة والتي يمكن أن تشاهد فيها كل مركبات المناطق التائية الموجودة في العقد اللمفية مثال : الوريدات ما بعد الشعرية الظهارانية والخلايا الشبكية عديدة الأفوات .

**الموجودات الجلدية :** نادرة جداً ويمكن أن نشاهد سريرياً ، صورة أحمرية جلدية مع اعتلال عقد لمفية عديد مما يدعو للالتباس بمتلازمة سيزاري أو بتظاهرات اللمفومات التائية الجلدية الأخرى .

**التشريح المرضي النسجي :** ثمة رشاحة غزيرة وتتألف بصورة رئيسية من خلايا كبيرة عديدة الأشكال شكلها شبيه بالأرومات المناعية وتبدي مناعياً مظهر الخلايا التائية . يعتمد التشخيص بشكل مبدئي على موجودات العقد اللمفية ونجد مظاهر اللمفوما تائية الخلايا كافة مع إصابة منطقة T في العقدة والبنى الجريبية الباقية .

## لمفومات الخلايا المناعية Immunocytic Lymphomas :

### ورم الخلايا المناعية الشبيهة باللمفاويات والمصوريات Lymphoplasmacytoid Immunocytoma :

*المرادفات :* ورم الخلايا المناعية ( وصف سابقاً بشكل جزئي على أنه شباك خبيث ) .

**التعريف :** لمفوما بائية الخلايا تشاهد كشكل بدئي أو ثانوي في الجلد ، ذات خباثة ضعيفة ، سببها تكاثر تنشؤي للخلايا الشبيهة باللمفاوية – المصورية ( خواص الخلية البائية ) مع إنتاج غلوبولينات مناعية . يميز الشكل الجلدي العيني الذي يصادف بدئياً في الجلد أو كإصابة ثانوية للجلد في سياق ورم الخلايا المناعية اللمفاوي العقيدي أو المضخم للطحال ، مع أن هذا التقسيم الاصطناعي ليس صحيحاً تماماً .

**الحدوث :** نادر ، يشاهد عادة عند الكهول وبشكل متساوٍ عند الجنسين .

**الإمراض :** سببه غير معروف ، سببه الإمراضي هو تكاثر الخلايا البائية المنتجة للغلوبولينات المناعية ( خلايا شبيهة باللمفاويات – المصوريات ، اللا نموذجية ) . تزداد التقديرات الكمية للغلوبولينات المناعية في أورام الجلد ( أغلبها IgM ، نمط $\varkappa$ ) بخلاف ما يشاهد في داء والدنستروم ( لمفوما منتجة للغلوبلين IgM مع إفراز للغلوبلين الكبري في الدم ) والذي ينتمي أيضاً إلى مجموعة أورام الخلايا المناعية حسب تصنيف Kiel ، وفي معظم أورام الخلايا المناعية الجلدية الموضعة لا يطرح الغلوبولين المناعي داخل الخلية في الدم .

**الموجودات السريرية :** ظهور عفوي وسريع لبقع حمامية – حطاطية وحيدة أو متعددة في الجلد الطبيعي مع أورام عقيدية مرتفعة صغيرة أو كبيرة أو ارتشاحات جلدية منبسطة حمراء لامعة أو حمراء مزرقة أو ذات لون أحمر مسمر . ويكون التجلب نادراً . يحدث أحياناً مظهر يشبه التهاب جلد النهايات المزمن الضموري . يكون التقرح نادراً ، وفي الورم مناعي الخلايا الثانوي في الجلد ، تشاهد التبدلات الموافقة في العقد اللمفية والطحال ( النموذج اللمفي العقيدي ، النموذج المضخم للطحال ) ( راجع الشكل ٦١ – ٩ ) .

**الموجودات المخبرية :** عادة ما تكون الغلوبولينات المناعية المصلية طبيعية كيفاً وكماً ( الرحلان المناعي المصلي ) ، كما ويحدث اعتلال غاما وحيد النسيلة في ٢٠٪ من الحالات ، مع زيادة في الغلوبولين المناعي في الرشاحة الجلدية وفي بعض الأحيان تعداد دم ابيضاضي .

**التشريح المرضي النسجي :** مظهر خلايا بائية وصفي . تحت الطبقة البشروية وتحت شريط من النسيج الضام الطبيعي ، تبدي الأدمة بكاملها وكذلك النسيج تحت الجلد العلوي تكاثراً عقيديا كثيفاً ورمي الشكل مؤلفاً من خلايا لمفاوية وخلايا شبيهة بالمصوريات دون تسرب خلوي ( لا يوجد انجذاب بشروي ) . كما وتشاهد بلازميات مع سليفاتها ( أرومات مناعية ) وكذلك منسجات وخلايا بدينة عديدة مع بعض الحمضات . يبدي تفاعل الباس PAS غلوبولينات مناعية داخل الخلايا كاندخلات متجانسة داخل هيولى ، أو داخل نوى الخلايا الورمية ، كما وتبدي هذه الخلايا تركيباً لمستقبلات الغلوبلين IgM والمتممة $C_3$ .

**السير :** يكون السير حسناً نسبياً إذا كان ورم الخلايا المناعية بدئياً او وحيداً في الجلد ، وإذا ما أعطي العلاج الفوري . ومن الممكن لخلايا الورم أن تعود عن تميزها لتتحول إلى لمفومات أرومية مناعية ذات خباثة عالية ، أو أن تنتقل إلى داء والدنستروم . ومن المهم أن تفحص الغلوبولينات المناعية المصلية بشكل متكرر .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن الفطّار الفطراني المفاجئ ، وابيضاض الدم اللمفاوي الجلدي المزمن ، ولمفومات الجلد الأخرى اللا هودجكينية .

**المعالجة** : استئصال البقع المعزولة وفي الحالات الأخرى ، غالباً ما يكون العلاج بأشعة X الخفيفة ناجحاً .

## ورم المصوريات Plasmacytoma :

*المرادفات* : اللمفوما بلازمية الخلايا ، النقيوم العديد ، داء كالر Kahler .

**التعـريف** : يمكـن لورم الخـلايا البـلازميـة ان ينسب إلى اللمفومات ذات الدرجة المنخفضة من الخباثة ، وبشكل خاص إلى أورام الخلايا المناعية لكونه لمفوما ذات خلايا بائية تتصف بتكاثر البلازميات . وتمثل البلازميات أكثر الخلايا الورمية تميزاً ويعد داء والدنستروم من نفس الطبيعة أيضاً .

**الموجودات السريرية** : ورم الخلايا البلازمية هو بشكل بدئي مرض نقي العظام ( النقيوم الوحيد أو العديد ) . إلا أنه من الممكن مشاهدة أورام خلايا بلازمية بدئية خارج النقي وخاصة في البلعوم الأنفي وجوف الفم . وهي تؤدي إلى إصابة جلدية في ٥٪ ـ ١٠٪ من الحالات .

*تبدلات الجلد اللا نوعية* : مردها جزئياً لإنتاج بروتينات مرضية ( غلوبولينات مناعية ) .

*النشواني ( نظير النشواني ) ( Amyloid ( Paraamyloid* : يؤدي توضع المادة النشوانية في الجلد إلى حدوث اندفاعات عقيدية أو حطاطية بلون الجلد وإلى حدوث حاصة . وتشاهد ترسبات المادة النشوانيـة أيضـاً في العضـلات وفي اللسـان ( ضخامة اللسان ) .

*وجود الغـلوبـلينات القرّية في الدم Cryoglobulinemia* : شـائعة نسبياً . تتوضع البروتينات المترسبة بالبرودة في الأوعية الدموية السطحيـة الجلدية لنهايات الأصـابع ، وتتداخل في وظيفتها ؛ وينتج عن ذلك الفرفرية القرية ، والجلد المرمري ، ومتلازمة رينو ، وأحياناً الشرىٰ المزمن . قد يشاهد أيضاً نخر عفوي مع تقرح . وقد تكون قلة الصفيحات سبباً للفرفرية .

*الوذمـة المخـاطيـة التـصـلبيـة ( أرنت وغوترون ) Scleromyxedema* ويحدث في بعض الحـالات مـترافقـاً بموجودات لها نمط ورم المصوريات ( راجع الفصل ٤٠ ) .

*تقيح الجلد المواتي ( التهاب الجلد القرحي )* : يدل وجوده أيضاً على ضرورة البحث عن ورم البلازميات .

*الصفروم المسطح المنتشر في الكهول* : يشير مباشرة إلى ورم البلازميات .

*الحبيبـوم الأصـفـر المتنخـر* : يحدث مع كثرة البـلازميـات والبارابروتينيمية Paraproteinemia .

*الحلأ النطاقي* : إن الإصـابة ذات السـير الشـديد ( النطـاقي المعمم ) شـائعة فعلاً في مرضى ورم البلازميات بسبب نقص المناعة الثانوي .

*فرط التقرن خيطي الشكل المنتشر* : تحدث هذه الآفات بشكل شائع في الوجه .

*آفات الجلد النوعية* : وهي تقود إلى تظاهرات عديدة .

*ورم البـلازميـات البدئي خارج العظام* : نادر جداً ، والأكثر تواتراً هو وجود آفـات خـارج النخـاع في البـلعوم الأنفي ، والرئتين ، والكلى ، والطحال ، أو العقد اللمفية . وإذا كانت الخـلايـا التنشـؤيـة منتشـرة في الدم يحدث ابيضـــاض الدم بالبلازميات . سريرياً ، تتطور وتنمو حطاطات صغيرة حمراء معزولة أو متعددة أو عقيدات .

*نسجيـاً* : تشـاهد بلازميات طبيعيـة ذات نمط مارشـالكو Marschalko ، إلا أنه يشـاهد أيضـاً خلايا غير نموذجية . تتكون غلوبولينات مناعية إيجابية الباس PAS كبؤر هيالينية في الأوعية اللمفية المتوسعة أو في الشعريات الحليمية ، كما يوجد أيضـاً اندخالات إيجابيـة البـاس PAS داخل هيوليـة وداخل نووية .

يكون العلاج بأشعة X أو بالاستئصال .

*ورم البلازميات الثانوي في الجلد* : وهو إما عقيدات جلدية ـ تحت جلدية انتقلت من ورم بلازميات بدئي في الجلد ، أو أورام النسيج الرخو تحت الجـلدي التي نمت اعتبـاراً من التبدلات الحادثة في العظام المحيطة . تميل هذه الآفات إلى التقرح .

*الآفـات في التجـويف الفـمـوي* : وهي أورام ذات مدلول تشخيصي . يشاهد تضخم اللثتين مع نمو سليلاني Polypoid أو أورام ذات سطوح حمراء لماعة قد تحدث هذه الآفات مفردة أيضــاً بمعــنى أنهـا تحدث دون الأعـراض الأخـرى لورم البلازميات ، ومنشؤها غير مؤكد .

**التشخيص** : الأعراض الدالة على الآفـة هي ارتفــاع سـرعة التثفـل ، وجود نظائر البروتينات في الدم ( الرحلان الكهربي المناعي ) والبيلة نظيرة البروتينية ( اختبار بنس ـ جونز ) اما التبدلات في الصقل فهي انحلال العظام ، وارتشاح نقي العظام بـالبـلازميات ( ٣٠٪ بلازميـات ) ويشـاهد ما يلي حسب الترتيب التنـازلي للحـدوث : IgA, IgG وآحينـات بنس ـ جونز .

**المعالجة** : معالجة الداء الأساسي ، وفيما عدا ذلك ، يعالج كما في

ورم الخلايا المناعية . ويعتمد العلاج الكيماوي بموقفات الانقسام الخلوي على الميلفالان ، والسيكلوفوسفاميد والبروكاربازين وذلك إما كعلاج كيماوي وحيد أو بالمشاركة الكيماوية .

## لمفوم بخلايا مركز الجراب ( كوندرا ١٩٨٣ ) Centrocytic Lymphoma :

*المرادفات :* الغرن اللمفي اللمفاوي ، اللمفوم الخبيث مع خلايا مركز الجراب الصغيرة المشطورة ( لوكس وكولليتز ) .

**التعريف** : ورم خلايا بائية ذو خباثة قليلة نسبياً وهو ورم خلايا مركز الجراب . يوجد تنشؤ في الخلايا المركزية الصغيرة ، معظم الشباكات الموصوفة في التسمية الجلدية القديمة ( عدا ورم الخلايا المناعية ) هي على الأرجح لمفوما خلايا مركز الجراب .

**الحدوث** : تشكل حوالي ٨٪ من اللمفومات الجلدية الخبيثة في الفتيان والكهول مع تفضيل للأعمار بين ٥٠ – ٦٠ سنة .

**الموجودات السريرية** : تحدث لمفوما خلايا مركز الجراب كعقيدات وحيدة أو متعددة أو كارتشاحات مسطحة على جلد الجذع او الأطراف بشكل ثانوي أو بدئي . تبقى البشرة فوق الآفة سليمة أو تبدي توسفاً قليلاً . ويحدث أحياناً ابيضاض دموي في الوقت نفسه . إن إصابة العقد اللمفية نادرة وهي تحدث متأخرة .

**التشريح المرضي النسجي** : لا يوجد انحياز نحو البشرة وهناك بشكل رئيسي ارتشاح جلدي بخلايا مركزية صغيرة أو متوسطة الحجم ( خلايا ذات هيولى قليلة ونوى مسننة بشكل واضح ) ، قد يشاهد لمفاويات وخلايا شبكية ومنسجات ، والخلايا الورمية هي من نمط الخلايا البائية .

**التشخيص التفريقي** : تفرق عن اللمفومات الجلدية الخبيثة الأخرى ، وخاصة الابيضاض اللمفاوي المزمن .

**الإنذار** : جيد نسبياً .

**المعالجة** : الاستئصال او التشعيع الجلدي للآفات إذا تأكدنا من عدم وجود تظاهرات حشوية . ينصح بالعلاج الداخلي للداء وتعطى ( المعالجة الكيماوية الأحادية أو المتعددة ) .

## لمفوما بخلايا مركز الجريب – أرومات خلايا مركز الجريب Centroblastic – Centrocytic Lymphoma

[ بريل ١٩٢٥ ، سيمرز ١٩٢٧ ] :

*المرادفات :* داء بريل سيمرز ، ورم الأرومات اللمفاوية الجريبية ، اللمفوما الخبيثة مع الخلايا الصغيرة المشطورة ، والكبيرة غير المشطورة للمركز الجريبي ( لوكس وكولليتز ) ، اللمفومات الخبيثة ذات الخلايا الصغيرة المختلطة والخلايا الكبيرة ( صيغة العمل الجديدة : New Working Formulation ) .

**التعريف** : داء تكاثري مزمن يصيب الجهاز اللمفي مع خباثة قليلة نسبياً ، ينشأ من خلايا المركز الجريبي ( المُنتش ) ، وتكون خلايا المركز ( الخلايا الصغيرة المشطورة ) والأرومات المركزية ( الخلايا الكبيرة غير المشطورة ) بشكل رئيسي ناتجة كما يبدو عن فرط تنسج في الجريبات اللمفية ( لهذا السبب أعطيت اسم لمفومات جريبية ) . إصابة الجلد نادرة .

**الحدوث** : نادر جداً ، يُشكل حوالي ٣ – ٦٪ من اللمفومات الجلدية ، يحدث عادة في أعمار تتراوح بين ٤٠ – ٦٠ سنة .

**الموجودات السريرية** : تكون التورمات القاسية ، غير المؤلمة للعقد اللمفية مسيطرة وغالباً في العنق والإبط . يمكن للعقد اللمفية أيضاً أن تنثقب خلال الجلد . وفيما بعد ، يحدث ضخامة طحالية ، وأحياناً ضخامة كبدية أيضاً . في البدء تقل الأعراض العامة والشخصانية ، وعلى مدى السنين يتخذ الداء سيراً مميتاً بسبب الدنف أو الخباثة المتزايدة ( الانتقال إلى لمفومات خبيثة بأرومة خلايا الجريب ، أحياناً مع ابيضاض ) . لهذا السبب كانت لمفومات خلايا المركز – أرومة المركز تدعى سابقاً « قبيل الداء الغرني » Presarcomatosis .

*الآفات الجلدية النوعية :* نادرة ، قد تشاهد بقع ارتشاحية حمراء مزرقة أو عقيدات جلدية – تحت جلدية ذات محتوى صلب بشدة وتقلد الآفات الغرنية والتي تشاهد موضعة كما في الرأس والعنق أو تكون معممة .

*الآفات الجلدية غير النوعية :* شوهدت هذه الآفات عن كثب كالأحمرية الجلدية ، وآفات الجلد الإكزيمية التموذج ، أو البقع المرتشحة الاصطباغية . تصلب العقد اللمفية باكراً .

**التشريح المرضي النسجي** : إن التشخيص عن طريق العقد اللمفية أسهل منه عن طريق الجلد ، لأنه لا توجد أحياناً تشكلات جريبية كبيرة مع خلايا مركزية كبيرة ولمفاويات في الجلد . وإن أشكال الخلايا متنوعة : أرومات مركزية ( خلايا كبيرة مع نوى مسطحة ، مدورة أو بيضوية ونوية قريبة من الغشاء النووي ) ، خلايا مركزية ، ومنسجات وشبكيات أيضاً . تبدي الخلايا الورمية صفات الخلايا البائية مع مستقبلات للجزء $F(ab)_2$ من Ig مع بعض الامتداد إلى $C_3$ .

**التشخيص** : في حال وجود شك سريري ، نقوم بإجراء خزعة للعقد اللمفاوية والجلد . وغالباً ما يلتبس مع اللمفومات الخلوية كبيرة الخلايا والتي لها أيضاً سير مزمن إلا أن إنذارها جيد .

**المعالجة** : التشعيع X ، وفي حال انتشار الآفة تستعمل المعالجة الموقفة للانقسام : سيكلوفوسفاميد ١٠٠ – ٢٠٠ ملغ/يوم

فموياً ، يحتمل مشاركته مع البردنيزون ٥٠ – ١٠٠ ملغ/يوم فموياً أو إتباع خطة MOPP ( ميكلوريتامين ، أونكوفين ( فنكرستين ) ، بروكاربازين ، بردنيزون ) .

**اللمفوم كبير الخلايا ذات الانحياز الوعائي Angiotropic (Intravascular) Large – Cell Lymphoma** [ شيباني وزملاؤه ١٩٨٦ ] :

*المرادفات :* الداء البطاني الوعائي التكاثري المجموعي ( تابيزو بفليغر ١٩٦٣ ) ، الداء البطاني التكاثري ، الداء البطاني الوعائي التكاثري ، الداء البطاني التنشؤي .

**التعريف** : لمفوم خبيث داخل الأوعية .

**الموجودات السريرية** : يعطي التكاثر داخل الأوعية المجموعي لخلايا بطانية لا نموذجية – وهو نادر جداً – صورة سريرية متنوعة بانسداد أوعية ونواحي ذات مظاهر متباينة جداً . تبدي الخلايا التنشؤية التكاثرية ذات المنشأ التكوني الدموي ، المستضد الشائع للكريات البيضاء . وقد تكون من بقايا داء كابوزي أو التهاب السبلة الشحمية . وقد تسبب طفحيات عقيدية أو نازفة على الجلد أو أعراضاً لإصابة الأعضاء الداخلية . يمكن التشخيص نسيجياً فقط . وإنه لمن الصعب جداً التفريق بين هذا التنشؤ الخبيث ( الداء البطاني داخل الوعائي ) وداء بطاني وعائي مجموعي التهابي فعال له مظاهر سريرية ونسجية شبيهة جداً بالتنشؤ السابق . يأخذ الداء سيراً متقطعاً خلال سنوات ويترافق أيضاً بنوبات من الحمى . يموت المريض آخر الأمر بسبب اللمفوم .

## لمفومات لا هودجكين الجلدية ذات الخباثة عالية الدرجة Cutaneaus Non – Hodgkins Lymphomas of High Grade Malignancy :

إن إنذار هذه اللمفومات سيء جداً ، ويكون السير تحت حاد ، يبدأ الداء عادة بورم مفرد بني أو أحمر بني غضٌ . تظهر الآفات الانتقالية الجلدية سريعاً جداً ، وخلال أشهر قليلة تظهر إصابة العقد اللمفية أو الأعضاء . والنتيجة النهائية هي موت المريض . دعيت هذه الأورام سابقاً بالغَرَن الشبكي أو الغرن اللمفي ) ، وبعد حدوث النقائل في الغُران الشبكي أو الغُران اللمفي . وهي تتصف بتكاثر خلايا كبيرة أو أرومية وقد سميت نتيجة ذلك باللمفومات الأرومية . وإن الآفات الجلدية الحادثة في اللمفومات عالية الخباثة تقودنا إلى التساؤل فيما إذا كانت نقائل أم أنها تكاثر أصلي لداء مجموعي .

**لمفوم بأرومات خلايا مركز الجريب Centroblastic Lymphoma** [ فيرشوف ١٨٦٥ ] :

*المرادفات :* الغرن اللمفي أرومي اللمفاويات ، الغرن الشبكي ( أوبرلنغ ١٩٢٨ ) ، الغَرَن المُنشىء الأرومي ، اللمفومات الخبيثة للخلايا الكبيرة غير المشطورة في مركز الجريب ( لوكس وكولليتز ) .

**التعريف** : لمفومات نادرة جداً ، تحدث بدئياً أو ثانوياً في الجلد ، خبيثة بشدة ، وتنتمي إلى أورام خلايا مركز الجريب ، تنشأ من تكاثر الأرومات المركزية مظهرة صفات الخلايا البائية . يمكن أن تتطور ثانوياً من لمفومات خلايا المركز – أرومات خلايا المركز ( داء بريل سيمرز ) .

**الحدوث** : في كبار السن دون تفضيل لأحد الجنسين .

**الموجودات السريرية** : ورم مفرد محمر بديٌّ في الجلد ، وفيما بعد ، يشاهد انتشار ورمي يتطور بسرعة كما تصاب العقد اللمفية والأعضاء الداخلية أيضاً . تحدث الوفاة عادة خلال أشهر قليلة .

**التشريح المرضي النسيجي** : ارتشاح متجانس كثيف جداً في الجلد وأحياناً فيما تحت الجلد لخلايا كبيرة مع نواة كبيرة مدورة أو بيضوية ونوية واضحة على الغشاء النووي ، كما وتشاهد صفات الخلايا البائية المناعية . تتخرب الأنسجة الموجودة سابقاً . وهناك العديد من الانقسامات والتنقط .

**المعالجة** : التشعيع بأشعة X والأدوية الموقفة للانقسام الخلوي .

**لمفومات بأرومات اللمفاويات Lymphoblastic Lymphoma** :

*المرادفات :* الابيضاض اللمفاوي الحاد ، الابيضاض نظير الأرومي ، ابيضاض الخلية الجذعية ، الغرن اللمفي للخلايا الأرومية اللمفية ، اللمفومات الخبيثة ذات الخلايا الصغيرة غير المشطورة في مركز الجريب ( لوكس وكولليتز ) .

**التعريف** : داء ذو خباثة عالية ، يحدث غالباً عند الأطفال بسبب تكاثر الخلايا اللمفاوية الجذعية ، وهو يتحول عاجلاً أو آجلاً إلى ابيضاض خلوي لمفي . نستطيع تمييز خلايا من نمط مناعي B– ، T– ، و O– . غالباً ما يوجد ورم توتة والذي يغيب في الكهول مع تظاهرات جلدية .

**التشريح المرضي النسجي** : يشاهد في الجلد المؤوف ارتشاح متجانس شديد بخلايا صغيرة أو خلايا كبيرة من الأرومات اللمفية . وفي مجموعة صغيرة من اللمفومات الأرومية اللمفية التائية يمكن مشاهدة نوى مفصصة مع حمض فوسفاتاز بؤري جُنيب نووي ( لمفومات أرومة اللمفاويات ، النموذج المتلفف للوكس وكولليتز ) .

**آفات الجلد** : ذات حدوث نادر ، تبدو ثانوية وتتظاهر بشكل عقيدات متعددة وارتشاحات على الأطراف ، وبشكل خاص

أيضاً على البطن والفروة . وقد وصفت آفات مماثلة في لمفوم نمط بوركيت الأوروبية ( حمة ابشتاين – بار سلبية ) . إن لمفوم بوركيت الأفريقية عبارة عن لمفوم خبيثة مشتقة من خلايا مركز الجريب حيث تبدي الخلايا الورمية الخواص المناعية للخلايا البائية .

**التشريح المرضي النسجي** : المظهر هو نفسه في لمفوم بوركيت . يشاهد ارتشاح كثيف متجانس بأرومات لمفية متوسطة الحجم ومحبة للأساس بشدة مع بلاعم كبيرة شاحبة اللون بينها ، والتي تبتلع بقايا نووية منقطة وبقايا خلوية وخلايا ورمية . وهذا ما يعطي نموذج السماء المرصعة بالنجوم كصورة نسيجية .

**المعالجة** : بالتعاون مع اختصاصيي الدمويات ، والأورام وأطباء الأطفال .

**لمفوم بأرومات المناعة Immunoblastic lymphoma** :

*المرادفات* : الغرن الشبكي . غرن الرداء الشبكي ( روليه ١٩٣٢ ) ، لمفوم الخلايا الجذعية ذات الخلايا الكبيرة المحبة للبيرونين ( لوكس وكولليتز ١٩٧٥ ) .

**التعريف** : تنشأ هذه اللمفومات عالية الخباثة من تكاثر تنشؤي ذي تميز لمفاوي خلوي قليل . وهي بشكل خاص غير نادرة الحدوث ( حوالي ٧٪ من لمفومات الجلد ) وقد تحدث إما بدئياً أو ثانوياً في الجلد .

**الإمراض** : غير معروفة السبب ، وقد تحدث هذه اللمفومات بدئياً في الجلد أو قد تتطور عن لمفومات جلدية خبيثة ذات خباثة قليلة نسبياً : من الفطار الفطراني مثلاً .

**الموجودات السريرية** : تحدث عند الذكور بشكل رئيسي ( ٢ : ١ ) فوق الأربعين من العمر . تشاهد ارتشاحات مسطحة متكررة نسبياً أو أورام عقيدية أو ذات حواف على الجلد ، يمكن لها أن تتقرح . تكون الآفات بنية أو مزرقة إلى حمراء غامقة أو بلون الجلد عند توضع الآفة تحت الجلد . قد تكون الآفات مفردة أو تحدث متواقتة أو تحدث الواحدة تلو الأخرى على شكل مجموعات . وقد يصاب التجويف الفموي .

**الموجودات الجموعية** : إصابة سريعة في العقد اللمفية ، ضخامة طحال ، إصابة متواترة للكبد والرئتين ( ارتشاح حول السرة ) ، وأيضاً البطن ، ولكن إصابة نقي العظام تعتبر نادرة جداً . يكون إنتاج الخلايا الابيضاضية ( الابيضاض اللمفاوي الأرومي الحاد ) نادراً ، كما في البارابروتينيمية ( داء فالدنشتروم ) .

**التشريح المرضي النسجي** : ارتشاح متجانس كثيف بخلايا ذات هيولى أسسة نواها كبيرة مع مظهر كروماتيني شاحب ، ونويات مركزية وانقسامات عديدة . وأحياناً يشاهد انحياز بشروي . هناك تميز خلوي مصوري ، تشاهد منسجات شاحبة في الارتشاح ( المظهر الكاذب للسماء المرصعة بالنجوم ) . وأحياناً ثمة اندخالات خلوية إيجابية الباس PAS ( غلوبولينات مناعية ) .

*مناعياً* : قد تبدو اللمفومات المناعية الأرومية من نموذج خلايا بائية أو تائية ولكنها غالباً غير قابلة للتصنيف .

**السير** : تحدث الوفاة غالباً خلال ١ ـ ٢ سنة بعد تشخيص الداء .

**التشخيص التفريقي** : اللمفومات الأخرى ذات الخباثة العالية ، النقائل الجلدية ، وداء هودجكين .

**المعالجة** : بأشعة X الخفيفة موضعياً أو إشعاعات مؤينة أخرى . وداخلياً ، معالجة كيماوية متعددة بالتعاون مع أطباء الداخلية .

# الفصل الثاني والستون

# الابيضاضات الجلدية

# Cutaneous Leukemias

**د . شريف سالم**

ابيضاضات الدم أو الابيضاضات ، هي عبارة عن أدواء مجموعية مترقية ولا تراجعية ناتجة عن تكاثر الكريات البيضاء في نقي العظام وفي النسج اللمفية ومثيلاتها . إن التمييز بين الابيضاضات الابيضاضية واللاابيضاضية مبني على أساس ما إذا كانت هذه الحدثية النسيجية تشمل انتشار الخلايا في الدم أو لا تشمل هذا الانتشار .

وبما أن التكاثر الخلوي المرضي يصيب الجهاز اللمفي فقط أو أنه يصيب الجملة النقيانية المكونة للدم فقط ، يمكن تقسيم الأشكال الخاصة للابيضاض إلى ابيضاضات لمفاوية ( غدادات لمفية ) ، وابيضاضات نقيانية . ويمكن اعتبار الابيضاضات اللمفية كأشكال تعبيرية عن اللمفومات الخبيثة .

إن التصنيف الحالي للابيضاضات يقوم على المعطيات الشكلية ، والخلوية الكيماوية ، والخلوية الكيماوية الإنظيمية ، والخلوية الكيمياوية المناعية وعلى معطيات المجهر الالكتروني . والمعيار الرئيسي هو النمط الخلوي ، ودرجة التمايز ، والسير ومدى تواجد الخلايا في الدم .

*إمراضياً* : ليست الابيضاضات أمراضاً تكاثرية بقدر ما هي أمراض تراكمية تكون فيها الاضطرابات في انتظام وتمايز الخلية الجذعية ذات مدلول أساسي ، ويكون تكاثر الخلايا غير المراقب وتراكمها عبارة عن ظاهرة ثانوية . وقد اقترحت إمكانية الخمج وخاصة بسبب صلتها بلمفوم بوركيت ( حمة أبشتاين – بار ) ولمفوم / ابيضاض الخلايا التائية ( HTLV – 1 ) .

ونحن لا نأخذ بعين الاعتبار هنا سوى العلامات الجلدية ذات الأهمية في الممارسة . ونجد أيضاً آفات جلدية نوعية لها ميزات الركيزة النسيجية الخاصة بالابيضاض ، ولذلك فهي تمثل ارتشاحاً متغاير التوضع ، أو أن نجد آفات جلدية لا نوعية تضم ارتكاسات جلدية التهابية لا نوعية . مثل هذه الارتكاسات اللا نوعية في الابيضاض تدعى أيضاً الطفحة الابيضاضية ( Leukemids ) . وتكون الموجودات الجلدية نادرة نسبياً في الابيضاضات اللمفية ، بينما تكون في الابيضاضات النقيانية نادرة جداً .

## الموجودات الجلدية في الابيضاض اللمفاوي Skin Findings in Lymphatic Leukemia :

إن تبدلات الجلد في الابيضاض اللمفاوي المزمن تكون كثيرة الشيوع بما فيها الأنماط تائية وبائية الخلايا . هذا ويبدو أن الابيضاض اللمفاوي التائي المزمن يقود إلى ارتشاحات جلدية نوعية أكثر شيوعاً .

### التبدلات الجلدية اللا نوعية Nonspecific Skin Changes :

تشتمل الطفحات الابيضاضية اللمفية بشكل رئيسي على حكة معممة . وفي ١٠ – ٢٠٪ من المرضى ، يشاهد حكاك ابيضاضي يتوافق سريرياً مع الحكاك البسيط تحت الحاد . لذلك يجب أن يشك بالابيضاض اللمفاوي في كل هذه الحالات . ترافق الأحمرية اللانوعية التبدلات الجلدية في حوالي ٢٠ – ٢٥٪ من الحالات . ومن النادر جداً مشاهدة حدوث شرى مزمن أو فرفريات جلدية مخاطية . كما شوهدت متلازمة سويت أيضاً . وغالباً ما يكون الحلأ النطاقي المعمم تعبيراً عن حالة نقص المناعة الثانوي . ومن النادر جداً حدوث حلأ بسيط مستديم خبيث مع نخر متقرح ( حلأ تقرحي آكلي Herpes Phagedena ) وهو أيضاً علامة لعوز المناعة الثانوي ، ويحدث خاصة على الوجه وبالتحديد في المنطقة الفموية – الأنفية . ومن المهم معرفة أنه في هذه الحالات ، تستمر الآفات الجلدية في إظهار طراز نسيجي غير نوعي خلال مرحلة لاحقة من الداء .

**التشخيص** : لا يمكن تشخيص الطفحة الابيضاضية اللمفية إلا بفحص الدم ، ونقي العظم والعقد اللمفية وذلك بمساعدة اختصاصي أمراض الدم .

### التبدلات الجلدية النوعية Specific Skin Changes :

تكون هذه التبدلات أكثر ندرة في الابيضاض اللمفاوي الحاد منها في المزمن . نسجياً يشاهد ارتشاح ( ابيضاضي ) نوعي ، لذا فهناك ارتشاح متغاير ، كما يحدث في التغيرات النسيجية الحادثة بدئياً في الجلد والتي يحتمل اشتقاقها من العناصر اللمفية في الجلد . [ انظر الفصل ٦١ المتعلق باللمفومات الخبيثة ، والتمايز الخلوي فيها ] .

### الغُداد اللمفي الجلدي المحدد Lymphadenosis Cutis Circumscripta :

تشاهد هذه التبدلات الجلدية في ٢٠ – ٢٥٪ من المرضى المصابين بابيضاض لمفاوي يبدي آفات جلدية .

**الموجودات السريرية** : تحدث التبدلات الجلدية عادة بشكل

متناظر ، وخاصة على الرأس والوجه ، ولكنها قد تحدث في أي مكان من الجسم . تشاهد عقيدات مرتفعة وأورام ذات أحجام مختلفة . ووفقاً لتوضع الارتشاح الابيضاضي فإن الآفات تكون بلون الجلد أو بلون أحمر بني ، ويكون القوام طرياً بشكل معتدل . وفي بعض الحالات تتلاقى الأورام مع بعضها وقد تصل حتى حجم التفاحة . ويكون التقرح نادراً جداً . يؤدي الارتشاح المنتشر على الوجه إلى السحنة الأسدية **Leonine Facies** ( راجع الشكل ٦٢ – ١ ) . ويمكن حدوث الوذمة القاسية حول الحجاج . تبدي المعاينة الشفوفية ارتشاحاً ذأبانياً مميزاً ، رمادي اللون ، ذا تلاشي محيطي . وهناك علامة نمطية أخرى هي الأورام الحمراء الضاربة للزرقة أو الحمراء الضاربة للون البني في شحمتي الأذنين . يتظاهر المرض أحياناً بارتشاحات جلدية جريبية أو عقيدية صغيرة منتثرة على الجذع أو على المناطق القاصية من الأطراف ( الغداد اللمفي الجلدي الدخني **Lymphadenosis Cutis Miliaris** ) .

*مخاطية الفم :* تحدث ارتشاحات سطحية أو أورام في الفم . تشاهد أورام في اللوزتين ونمو من النمط الورمي على اللثة ( **Macrulia** ) أو على الحنك القاسي .

**الأعراض** : لا تؤدي الأعراض الجلدية عادةً إلى الحكة . تشاهد ضخامة عقد لمفية منتثرة غير عَرَضية بالإضافة إلى إصابة الأعضاء . هناك تبدلات ملحوظة في بروتين المصل ونقص نسبي في الغلوبولينات المناعية مع صيغة دموية مرضية .

**التشريح المرضي النسجي** : إن الفحص التشريحي المرضي النسجي للآفات الجلدية يسمح بتعيين وتصنيف الابيضاضات اللمفاوية . ويعد ارتشاح الجلد الكتلي بلمفاويات متجانسة دون إنتاج خلايا مركز الجراب نمطياً . تكون الرشاحات من نمط الخلايا B أو الخلايا T أحياناً . وينفصل الارتشاح عادة عن البشرة بمنطقة حرة من النسيج الضام .

**السير** : غالباً ما يكون مرتبطاً بنمط اللمفوم اللمفاوي والتي يشتق منها الابيضاض اللمفاوي .

**التشخيص** : يتم الفحص الدقيق بالخزعة المأخوذة من الآفات الجلدية والعقد اللمفية ، فحص نقي العظام ، واللطاخة الدموية .

**التشخيص التفريقي** : يجب الأخذ بعين الاعتبار لمفومات لا هودجكين الأخرى في حالة الارتشاح الجلدي . وفي حالة الابيضاض اللمفاوي المزمن ذي الخلايا التائية نأخذ بعين الاعتبار متلازمة سيزاري بشكل خاص . وفي الابيضاض اللمفاوي المزمن ذي الخلايا البائية تدخل الغرناوية الجلدية في التشخيص التفريقي بسبب اللون الأحمر الضارب للون البني أو الأحمر الضارب للزرقة . والاحتمالات الأخرى هي : الفطار الفطراني ، الغداد الجلدي السليم ، الذأب الشائع المنتبج **Tumidus** ، الذأب الحمامي الضخامي والحبيبومات الأخرى بما فيها الجذام .

### الأحمرية ( احمرار الجلد ) الابيضاضية اللمفاوية نوعية Specific Lymphatic – Leukemic Erythroderma :

الأحمريات الجلدية اللمفية النوعية مع ارتشاح نوعي منتشر في كامل الجلد نادرة جداً ، لكونها تظاهرة للارتشاح متغاير الأشكال في الابيضاض اللمفاوي . تحمل الخلايا عادة واسمات اللمفاويات التائية ويمكن وجود الأضداد **Anti – HTLV – 1** . ومن المهم تمييزها عن متلازمة سيزاري .

### العلاج في الابيضاض اللمفاوي :

تلعب الأدوية موقفة الانقسام الخلوي دوراً رئيساً في معالجة الابيضاض اللمفاوي وذلك بالتعاون مع اختصاصيي الطب الباطني أو الدمويات . تتبع معالجة التبدلات الجلدية غير النوعية المبادىء العامة لعلم أمراض الجلد . وفي حال وجود حكة معممة ، حكاك ابيضاضي أو احمرار جلدي ( أحمرية ) معمم . يجب أن نأخذ بعين الاعتبار المعالجة بالبوفا **PUVA** أو التشعيع عن بعد بوساطة أشعة **X** اللينة الخفيفة أو الحزم الالكترونية .

يمكن معالجة الحكة بمضادات الهستامين . ويجب الأخذ بعين الاعتبار استخدام الستيروئيدات القشرية السكرية أو الهرمون الموجه لقشر الكظر **ACTH** . وغالباً ما تستجيب الآفات الجلدية النوعية جيداً للمعالجة بأشعة **X** أو بالالكترونات السريعة ، كما يمكن تطبيق المعالجة الضوئية خارج الجسم **Extracorporal Photopheresis** .

## الموجودات الجلدية في الابيضاض النقياني Skin Findings in Myeloid Leukemia :

إن الآفات الجلدية في الابيضاض النقياني ( ٦ – ٢٠٪ من المرضى ) أقل شيوعاً بكثير منها في الابيضاض اللمفي . وهنا أيضاً يمكن التمييز بين التظاهرات الجلدية النوعية واللا نوعية .

### التبدلات الجلدية غير النوعية :

يُعد شحوب الجلد تبدلاً مرافقاً لعدة حالات من الابيضاض النقوي الحاد والمزمن مع فقر دم ثانوي ، إذ يحدث النزف داخل الجلد والمخاطيات وبخاصة في الابيضاض النقياني الحاد كعلامة مرافقة للاضطرابات النزفية ( كالفرفرية بنقص الصفيحات ) . ويميل هذا النزف لإحداث التقرحات ، كما تحدث النزوف

الخطية Vibices بوساطة الخدش أو الضغط . وفي الابيضاض النقياني المزمن ، يمكن مشاهدة أعراضاً جلدية كالحكة المعممة ، والحكاك البسيط تحت الحاد وحمامى بقعية عقيدية أو مصورة والتي يمكن أن تشبه الحمامى الحلقية النابذة أو متلازمة سويت .

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن توجد تبدلات حمامية وسفية مشابهة للصداف ويمكن أن تشكل الاندفاعات الفقاعية مرحلة سابقة للداء كما في تقيح الجلد الفقاعي . هذا وتؤول هذه التبدلات كمتلازمة جلدية مواكبة للسرطان في حالة التكاثر النقوي . ومن النادر جداً مشاهدة أحمرية( احمرار جلد ) توسفية شاملة غير نوعية في الابيضاض النقوي المزمن .

**التبدلات الجلدية النوعية Specific Skin Changes :**

تنجم الآفات الجلدية النوعية عن الارتشاح بالخلايا المتكاثرة من سلاسل المحببات أو وحيدات النوى ، ويمكن تعيين هذه الخلايا بوساطة الطرق الكيماوية - الخلوية والكيماوية الخلوية المناعية بشكل أفضل مما هو بوساطة طرق شكلياء الخلايا **Cytomorphological** لوحدها . ولتفاعل البيروكسيداز هنا دور هام ، إذ يكون سلبياً في اللمفاويات ، كما ويلعب تفاعل ألفا نافتيل كلوروأسيتات استيراز ( α - a - Naphtylchloroacetate Esterase ) النوعي لسلاسل المحببات دوراً هاماً وكذلك تفاعل الباس PAS . ولا يعطي التشخيص الدقيق للآفات الجلدية النوعية إلا بعد المقارنة مع الاستقصاءات الدموية ونقي العظام .

## كثرة الخلايا النقية المحدَّد Myelosis Cutis Circumscripta :

يدل هذا العنوان على كافة الآفات الجلدية في الابيضاضات النقيانية الحادة والمزمنة . تنشأ كافة الآفات من هذا الداء الخبيث المجموعي ، أي الابيضاض النقياني ، ولذلك يمكن تسميتها أيضاً بالارتشاح متغاير التوضع ( الخضروم Chloroma ) .

**الموجودات السريرية** : لا يوجد توضعات مميزة ولكن هناك ميل خفيف للتوضع على الأطراف . تظهر عقيدات مرتفعة مقببة الشكل بقطر( ١ - ١٠ ملم ) إما مفردة ( غرن نقياني أو خضروم ) أو متعددة ، لها حواف حادة ، وهي عادة حمراء مزرقة أو حمراء بنية أو رمادية مزرقة أو حمراء مزرقة اللون ، وتبدي ميلاً واضحاً نحو التنخر . وتوجد أحياناً عقيدات يصعب تمييزها عن الجلد الشاحب أو يكون لها لون أصفر أكثر شحوباً .

يمكن حدوث ارتشاح بقعي مسطح نتيجة اجتماع بقع مفردة وصغيرة ، وتكون أكثر شيوعاً في النهايات وعلى الوجه . ويكون اللون إما شاحباً أو أزرق رمادياً أو أحمر مزرقاً . ويكون سطح البقع إما خشناً أو ناعماً وأحياناً تكسوه جلبات . القوام قاس نسبياً ، وبما أنها في كثير من الأحيان تترافق بنقص الصفيحات الدموية فإن البقع ، وخاصة الأجزاء النخرية منها ، تنزف بشكل متكرر ، وغالباً ما تشاهد نزوف جلدية خطية .

*التغيرات المخاطية :* ليست نادرة وتحدث بشكل رئيس في الفم والحلق . وهنا أيضاً تشاهد ارتشاحات ورمية النموذج مسطحة أو عقيدية ، نازفة أو محمرة إلى حمراء بنفسجية اللون وذات قوام معتدل الصلابة وهي تميل لأن تغطي الأسنان . ( راجع الشكل ٦٢ - ٢ ) وهناك ميل معتبر للنخر مع التقرح . وإن ظهور أعراض جلدية نوعية يشكل علامة سيئة لسير الداء .

**التشريح المرضي النسجي** : نجد ارتشاحاً مختلف الكثافة يتناول جميع طبقات الأدمة وبشكل خاص الأوعية الدموية ، الجريبات الشعرية والغدد العرقية . وهناك ارتشاح متكرر للطبقة تحت الجلد كثير المشاهدة ويتم بشكل رئيس على حساب الخلايا غير الناضجة للسلاسل النقية ( الخلايا النقية إيجابية البيروكسيداز ، والخلايا إيجابية البيروكسيداز بينما تكون الأرومات النقوية أو الخلايا الأقل نضجاً سلبية النفتال ، آس - د - كلورواستيات أستيراز Naphtal - AS - D Chloroacetate Esterase ) ، بالإضافة إلى اللمفاويات ، والخلايا البدينة والمنسجات البالغة .

## الموجودات الجلدية في الابيضاضات ذات الخلايا غير المتمايزة Skin Findings in Undifferentiated - Cell Leukemia :

إن الابيضاض ذو الأرومات النقوية أو نظيرة الأرومات النقوية أكثر شيوعاً في الأطفال ويتظاهر كمرض خمجي شديد مع أعراض خمجية ( الحمى ، النزف الأنفي ، ضخامة الطحال والكبد ) . ينتج المرض عن تكاثر مجموعي للخلايا النقيانية ( نظيرة الأرومات النقية ) .

**التبدلات الجلدية والمخاطية** : تتظاهر مبدئياً على شكل الفرفرية بنقص الصفيحات ، ويحدث دائماً تنكس نخري في مخاطية الفم وأحياناً على الأعضاء التناسلية والأليتين مع ميل واضح للتنخر من نموذج ما يشاهد في أكلة الفم Noma . وبما أن معظم الخلايا الدموية في الابيضاض الحاد تشتق من الخلايا الجذعية المريضة فهناك فقط بعض المحببات المعتدلة الدفاعية السليمة والمحببات المرافقة التي تسبب التنخر الجلدي والأعراض المخاطية .

**المعالجة** : إن الآفات الجلدية النوعية في الابيضاض النقياني حساسة لأشعة X ( 2Gy مع فاصل عدة أيام ) ، يمكن أن

يؤدي نقل الدم وموقفات الانقسام الخلوي إلى هجوع المرض ويمثل ذلك واسطة داخلية للعلاج . تستطب الصادات لمعالجة الأخماج الثانوية في الجلد أو في الأغشية المخاطية . ويتطلب العلاج تعاوناً مع اختصاصيي الطب الباطني واختصاصيي أمراض الدم .

## الموجودات الجلدية في ابيضاض الوحيدات Skin Findings in Monocytic Leukemia :

*المرادف :* كثرة الخلايا النقية الجلدية بالوحيدات المحددة Myelosis Cutis Circumscripta Monocytica .

**الحدوث** : تندر مشاهدة الآفات الجلدية ( ١٠٪ من الحالات ) وهي تحدث بشكل رئيسي عند الكهول ، وعادة في الابيضاض بالوحيدات ذي السير الحاد أو تحت الحاد . يمكن لهذه الآفات أن تسبق تطور التكون الابيضاضي للدم حتى بعدة سنوات .

**الإمراض** : هناك خلية جذعية مشتركة تنشأ عنها المحببات ووحيدات النوى ، لذلك يعد الابيضاض الحاد شكلاً من الابيضاض النقياني . ويفسر هذا أيضاً حدوث الابيضاضات النقيانية بالوحيدات . تكون الآفات الجلدية مسبَّبة دائماً تقريباً عن ارتشاح نوعي .

**الموجودات السريرية** : يكون تعدد الأشكال ملفتاً للنظر : حطاطات بقعية منتشرة أو من نمط الإفرنجيات ، وحطاطات عقيدية أو أحياناً طفحات منتشرة ذات لون أحمر بني أو أحمر مزرق دون توضعات معينة . يكون الشكل العقيدي وصفياً من الناحية السريرية . وتظهر على الجذع عقد ، وعقيدات وارتشاحات نازفة وذات لون مائل إلى البني المزرق مع ميل للاندماج ، تتوضع هذه الأشكال أيضاً على الوجه وعلى الأطراف . توافق هذه الحالات الغُران الشبكي لغوترون Gottron's Reticulo Sarcomatosis الذي لم يعد معتبراً كمرض مستقل بحد ذاته ، وذلك وإلى حد ما بسبب وجود بعض الحالات الأخرى المشار إليها بهذا الاسم والتي هي عبارة عن لمفومات جلدية خبيثة ذات أرومات مناعية . ( راجع الشكل ٦٢ – ٣ ) .

*تجويف الفم :* يعد من الشائع وجود ارتشاح منتشر على اللثة وهو يدعى فرط التنسج اللثوي .

**الأعراض** : إن النزوف داخل الآفات ليست بنادرة ، وهي تكشف مباشرة بوساطة المعاينة بالشفوفية ، وهناك ميل خفيف نحو التقرح .

**التشريح المرضي النسجي** :هناك ارتشاحات كثيفة ومتجانسة الشكل حول الأوعية والملحقات ، مفصولة بطبقة من النسيج الضام الحر البشروي ، وهذه الارتشاحات تتوضع في الطبقات الأدمية وتحت الجلدية . تتخلل الألياف الغرائية وحيدات النوى مع طراز إنظيمي نمطي ( استيراز غير نوعية ، حمض الفوسفاتاز و AS – D – Acetate Esterase ) .

**السير** : مميت ، تحدث الوفاة عادة خلال ٤ – ٦ أشهر .

**التشخيص التفريقي** : اللمفومات عالية الخباثة . وفي الحالات المشكوك بها ، يمكن تحديد الخلايا المرتشحة بالطرق الكيماوية الخلوية الأنظيمية والطرق الكيماوية الخلوية المناعية .

**المعالجة** : علاج الداء الأساسي . تستجيب الآفات الجلدية بشكل جيد لأشعة X اللينة الخفيفة ؛ ومن ناحية أخرى ، غالباً ما تحدث المقاومة على الأشعة بشكل سريع .

## الموجودات الجلدية في الابيضاضات الأخرى Skin Findings in Other Leukemias :

### الابيضاضات بالأسسات Basophilic Leukemia :

*المرادف :* كثرة الخلايا النقية الجلدية المحددة ذات الخلايا الأسسة : Myelosis Cutis Circumscripta Basophilica وصفت الآفات الجلدية النوعية أيضاً في هذا الشكل النادر جداً من الابيضاض . فهي تأخذ شكل ارتشاح عقيدي أو مسطح في الجلد والمخاطيات مع تقرح ثانوي .

*نسجياً :* يمكن مشاهدة الكثير من المحببات الأسسة وهي إيجابية البيروكسيداز ، بعكس الخلايا البدينة في النسج .

### الابيضاضات بالحمضات Eosinophilic Leukemia :

*المرادف :* كثرة الخلايا النقية الجلدية المحددة الحمضة Myelosis Cutis Circumscripta Eosinophilica .

في هذا الابيضاض النادر جداً يمكن مشاهدة محببات حمضة غير ناضجة وأرومات الحمضات في دم ، ويكون الداء بحد ذاته صعب التميز جداً عن الابيضاض النقياني المزمن المترافق بكثرة حمضات شديدة . كما يمكن مشاهدة صبغي Ph1 الذي يشير إلى الابيضاض ذي الخلايا الحمضة . وهناك أحياناً آفات جلدية أيضاً على شكل حمامى حلقية وعقيدات أو اندفاعات حاكة متعددة الأشكال مع ارتشاح نوعي ( خلايا حمضة ناضجة وغير ناضجة ) .

**التشخيص التفريقي** : من المهم تمييز الداء عن التفاعل الابيضاضي بالحمضات وأيضاً عن متلازمة فرط الحمضات .

**المعالجة** : علاج الداء الأساسي : يمكن معالجة البقع الجلدية بأشعة X اللينة الخفيفة أو بالألكترونات السريعة .

**نظير ابيضاضي بالحمضات في الجلد**

**Eosinophilic Leukemoid of the Skin** [ شميـــدت – ويلاند ١٩٢٥ ، بفليغر وتابيتز ١٩٥٩ ] :

*المرادف :* متـلازمة فرط الحمضـــات المترافقة بأعراض جلدية نوعية .

**التعريف** : هذا المرض النادر جداً هو لمفوم كاذب ذات سير مزمن ( انظر الفصل ٥١ من أجل التفاصيل ) .

# الفصل الثالث والستون

# كثرة الخلايا البدينة

# Mastocytoses

**د . شريف سالم**

**التعريف** : كثرة الخلايا البدينة هي مجموعة من الأدواء التي تتميز نسجياً بزيادة الخلايا البدينة Mastocytes ، ومعظم الحميد من هذه الأدواء يصيب الجلد . أما الإصابة الحشوية فنادراً ما تشاهد ، كما أنه من النادر جداً حدوث ابيضاض الخلايا البدينة Mast Cell Leukemia مع إصابة حشوية وسير خبيث . إن حدوث تحول من فرط تنسج تراجعي إلى تكاثر تنشؤي لا تراجعي ليس هو القاعدة .

**التصنيف :**

يعد التصنيف التالي لكثرة الخلايا البدينة واسع الانتشار .

**١ ـ كثرة الخلايا البدينة الجلدي :**

أ ـ المُوضَّع :

ـ ورم الخلايا البدينة .

ب ـ المنتثر :

ـ ورم الخلايا البدينة المنتثر .

ـ الشرى الصباغي .

ـ الشرى الصباغي الكهلي .

جـ ـ المنتشر :

ـ كثرة الخلايا البدينة المنتشر .

ـ كثرة الخلايا البدينة الاحمراري الجلدي .

**٢ ـ كثرة الخلايا البدينة المجموعي Systemic Mastocytoses** : يضم أدواء مجموعية مع إصابة نقي العظم وأعضاء مختلفة ( كبد ، طحال ، عقد لمفية وسبيل معدي معوي ) مع إصابة جلدية أو دونها ولكن دون اجتياح الخلايا البدينة للسبيل الدموي .

**٣ ـ كثرة الخلايا البدينة الخبيث Malignant Mastocytoses** : يضم أدواء مجموعية مع إصابة نقي العظم وأعضاء مختلفة ( كبد ، طحال . عقد لمفية ، سبيل معدي معوي ) ولكن مع اجتياح الخلايا البدينة للسبيل الدموي ووجود صورة دموية ابيضاضية ( ابيضاض الخلايا البدينة ) .

## بنية الخلايا البدينة ووظيفتها

## Structura and Function of Mast Celle :

أول من وصفها بول ارليش عام ١٨٧٧ . تكون هذه الخلايا عادة مكعبة أو مغزلية تقيس ٨ ـ ٢٠ مكروناً ويمكن التعرف عليها بسهولة في المقاطع النسجية باستعمال الصبغات متبدلة التلون ( Metachromatic ) في هيولاها ( تأخذ لوناً بنفسجياً باستعمال أزرق التولويدين ) . وسبب هذا الاصطباغ المتبدل التلون هو الهيبارين . يعد تلوين Naphthol AS – D Chloroacetate Esterase ـ مفيداً جداً لإظهار هذه الخلايا ، كما أنه من السهل التعرف عليها أيضاً تحت المجهر الإلكتروني بسبب البنى فوق المجهرية الواسمة لحبيباتها . توجد الخلايا البدينة في الحالة الطبيعية في المنطقة تحت الحليمية من الجلد ، وحول الأوعية الدموية والملحقات البشروية مثل جذور الأشعار والغدد الدهنية والغدد العرقية . ( راجع الشكل ٦٣ ـ ١ ) إن التنشؤ النسجي للخلايا البدينة لم يعرف حتى الآن بشكل واضح ، فمن المحتمل أنها تتطور خلال الفترة المُضغية كخلايا نسيج ضام اعتباراً من خلايا نسيج ضام غير متمايزة . ومن ناحية أخرى فهناك فرضية تقترح نشأتها من خلايا الدم الوحيدة النوى ، وبالتالي من سليفات خاصة في نقي العظام . وبشكل مشابه لم تُفسَّر بشكل تام العلاقة بين الخلايا البدينة للنسيج وبين الخلايا الأَسسة الجائلة في الدم . فكلا الخليتين تملك حبيبات متبدلة التلون من الهستامين والهيبارين ولكن لا يمكن إهمال وجود عدة اختلافات بينهما مثل محتوى البيروكسيداز في الخلايا الأسسة .

من الناحية الوظيفية ، تكون الخلايا البدينة شديدة الفعالية والأهمية ، فهي تحوي الهيبارين ، والهستامين وأحياناً السيروتونين ( ٥ هدروكسي تريبتامين ) ، والببتيداز وعامل الجذب الكيماوي الحمض للتأق ( ECF – A ) . بالإضافة إلى إنظيمات ووسائط أخرى . تفرغ هذه الخلايا حبيباتها فيما حولها ( زوال تحبب الخلايا البدينة ) كاستجابة لسلسلة من التنبهات ، ويؤدي هذا إلى تحرر مركبات دوائية فعالة وبالتالي حدوث تفاعل في المنطقة الموافقة من الجلد . ولقد تم تعيين عدد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى زوال تحبب الخلايا البدينة مثلاً : مثيرات مناعية . يمكن أن ترتبط مستضدات نوعية مع مستقبلات IgE على سطح الخلية البدينة وبالتالي فهي تحرض فرط حساسية مباشر ( الشرى الحاد أو الوذمة الوعائية ) عن طريق تحرير الهستامين . من العوامل غير المناعية التي لها أهمية سريرية في تحرير الهستامين ( محررات الهستامين ) هي :

- أدوية مثل الكودئين ، المورفين ، البولي مكسين ، الهيبارين ، الكينيدين ، والأسبرين .
- سموم جرثومية : سموم الأفاعي ، لسعات النحل .
- رضوح فيزيائية كالحرارة والبرد .
- مركبات حيوية كالتي توجد في المحار والديدان ( مثل الأسكاريس ) .

يمكن تفسير الأعراض السريرية بتحرر الوسائط .

في حالات كثرة الخلايا البدينة المنتثر أو المنتشر ، يؤدي تحرر الهيبارين المضاد للتخثر إلى ازدياد مستويات الهيبارين في الدم وبالتالي إلى ظواهر نزفية ، بالرغم من أنه في الشرى الصباغي لا تكون اضطرابات الجملة التخثرية واضحة عادة . إن تحرر الهستامين هو المسؤول عن الوذمة الشروية للآفات التي تحدث في الشرىٰ الصباغي أو في أورام الخلايا البدينة الموضعة بشكل تال للفرك ( مثلاً بالضغط بخافض لسان خشبي ) أو لتطبيق الحرارة أو البرودة . وإن وجود كتوبية الجلد ( Dermographism ) الحمامية أو الشروية في منطقة الشرى الصباغي تشير إلى زيادة تحرر الهستامين ، وإذا تحررت كمية كبيرة من الهستامين تحدث تأثيرات دوائية مجموعية تسبب توسعاً وعائياً وزيادة نفوذية الأوعية الدموية مسببة أعراضاً مشابهة للصدمة تماثل تماماً الصدمة المحرضة بالهستامين . يمكن إظهار زيادة الهستامين في المصل في حالات كثرة الخلايا البدينة الواسعة وذلك تلو التحريض .

ولقد وُصف تحرر السيروتونين Serotonin لدى القوارض بشكل أكيد ، أما عند الإنسان فلم يُتفق على حدوثه . ومن الجدير بالذكر أن صورة الحمامى الاحتقانية المعمَّمة ( البَيْغ ) تشابه دوماً بيغ الهستامين ، أي أنها بلون أحمر قان ولا تملك التلون الوصفي الزُّراقي للمتلازمة السَّرَطَاوية ( بيغ السيروتونين ) . وعلى كلٍ ، لم يتم بعد إثبات تحرر HIAA – 5 ( ٥ هدروكسي إندول أستيل أسيد ) المشاهد في كثرة الخلايا البدينة الواسع والذي يمكن أن يشير إلى تحرر السيروتونين من الصفيحات .

## كثرة الخلايا البدينة الجلدي Cutaneous Mastocytoses :

يؤدي بشكل رئيس إلى آفات جلدية ، ونادراً فقط إلى تغيرات في الأعضاء الداخلية .

### ورم الخلايا البدينة الموضع Localized Mastocytoma :

*المرادفات :* وحمة الخلايا البدينة .

**الموجودات السريرية** : توجد التبدلات إما مباشرة لدى الولادة أو تتطور خلال الأشهر الأولى للحياة كما يمكن أن ترى أحياناً لدى الأطفال الأكبر سناً أو البالغين الشباب . وتكون بشكل آفة أو أكثر في مكان ما من الجسم بلون أحمر بني أو أصفر رمادي مرتشحة بشكل خفيف تصل إلى عدة سنتمترات . وتكون أحياناً مصطبغة بشكل واضح ، وأحياناً ، يكون العَرَض الأكثر وضوحاً هو تشكلات فقاعية ناتجة عن الاحتكاك ( راجع الشكل ٦٣ – ٢ ) .

**الأعراض** : قد يحدث الشرى في الآفات بعد الفَرْك ( علامة داريه ) بشكل يشبه قشر البرتقال أو حتى النُّفطات . يمكن بالمعاينة الشفوفية رؤية المصل الأصفر الناضح خارج الأوعية وتكون الحكة أيضاً موجودة . ومن غير المعتاد حدوث هجمات من توسع أوعية هستاميني معمم . لا تصاب الأعضاء الداخلية عادة .

**التشريح المرضي النسجي** : رشاحة كثيفة بالخلايا البدينة تتوضع في الأدمة العلوية .

**التشخيص التفريقي** : بسبب امتصاص الآفات المتهيجة للمصل فإن التبدلات يمكن أن تشبه الصُّفْرُومات Xanthomas ومنه الوصف الجديد : اللويحات الصفرانية Xanthelasmoidea .

**الإنذار** : يمكن أن تتراجع الآفات خلال فترات طويلة ( أشهر إلى سنوات ) ولا يحدث تحول خبيث .

**المعالجة** : انتظار الشفاء العفوي ، معالجة ملطفة موضعية بمضادات الهستامين أو بالستيروئيدات القشرية السكرية .

### ورم الخلايا البدينة المنتثر Disseminated Mastocytoma :

آفات عقيدية أو شبيهة باللويحات ، كتلك المشاهدة في ورم الخلايا البدينة الموضع ، بلون أصفر متسخ إلى رمادي بني ، مدورة إلى بيضوية منتشرة بشكل مبعثر . تشاهد الآفة لدى الأطفال ولا تترافق عادة مع أعراض حشوية . يجب أن يؤكد التشخيص بالدراسة النسيجية . ( راجع الشكل ٦٣ – ٣ ) .

### الشرى الصباغي Urticaria Pigmentosa :

[ نيتلشيب ١٨٦٩ ، سانغستر ١٨٧٨ ] :

**التعريف** : هو داء يحدث عادة عند الأطفال ، يتميز ببقع متقرحة مصطبغة ناتجة عن زيادة الخلايا البدينة ، تميل لأن تصبح شروية بعد الرضوح الفيزيائية . تعتبر إصابة الأعضاء الداخلية نادرة .

**الحدوث** : تصيب الآفة عادة الأطفال في أشهر السنة الأولى من العمر ولا توجد دلائل على استعداد وراثي . والإصابة متساوية في الجنسين .

**السببيات والآلية الإمراضية** : الأسباب غير معروفة ، يمكن أن يفسر الإمراض بالفعالية الدوائية للخلايا البدينة الزائدة العدد الموجودة في الآفات الجلدية . تتهيج هذه الخلايا نتيجة الاحتكاك والحمامات الباردة أو الساخنة وتَحرُّر الهستامين وانطلاقه الذي يسبب وذمة شروية في الآفات المصابة مما يسبب فرط اصطباغ ثانوي ناتج عن فعالية الخلايا الملانية في الموصل البشروي الأدمي .

**الموجودات السريرية** : تتوضع الآفات الجلدية بشكل خاص

على الجذع ويكون انتشارها بكثافات مختلفة ، وهي آفات ذات أحجام مختلفة تقارب عادة حجم حبات العدس مسطحة قليلاً ذات حدود غير واضحة . وهي مدورة إلى بيضوية وبلون أصفر متسخ أو بني رمادي ومن غير المعتاد مشاهدة آفات عقيدية أو شبيهة بالأورام . وبشكل نموذجي ، تكون هذه الآفات ناعظة على سطح الجلد وتصبح شروية ( علامة داريه ) بالفرك ( باستعمال خافض لسان خشبي مثلاً ) كذلك تحدث تشكلات حويصلية تالية للرضوح الفيزيائية . تشاهد كتوبية الجلد الشروية وإذا تواجدت كتوبية الجلد قرب الآفات فإنها من الممكن أن تصبح شروية أيضاً . تكون الحكة عرض نموذجي خلال الوذمة الشروية ، وإصابة الأغشية المخاطية غير شائعة على الإطلاق . تتطور اللمفومات والابيضاضات في حالات نادرة .

## الأنواع الشكليائية :

**الشرى الصباغي النزفي** : لا يتصف هذا الشكل من الشرى بتورم شروي فقط بل يتظاهر بوجود نزف في آفاته . وقد تصاب حتى مخاطية الفم والشفتين .

**الشرى الصباغي الفقاعي ( الفقاعاني ) :**

يمثل هذا الشكل من الشرىٰ نوعاً شديداً من الشرىٰ الصباغي . يحدث تفاعل فقاعاني فقاعي إما عفوياً أو أكثر شيوعاً نتيجة الفرك أو الخدش في البقع المصطبغة ويترافق بحكة مضنية . يكون هذا التفاعل نمطياً في الرضع وصغار الأطفال ، ولا يشاهد عادة بعد سن الثلاث سنوات . ويمكن له أن يترافق بعلامات حشوية وبيغ هستاميني .

**الأعراض** : الحكة هي العرض الرئيسي في الشرىٰ الصباغي . والتي قد تحدث بشكل عفوي أيضاً وتؤدي إلى الدلك . وهكذا ، يؤدي الفرك إلى اطلاق الهستامين وتحريره وتشكيل انتبار في الآفة ، ونفاطة أحياناً . وهذا يسبب زيادة في التصبغ الذي يدوم طويلاً ويسبب ضوائق كثيرة . التبدلات في الأعضاء الداخلية غير شائعة ، كما لا تصاب الحالة العامة للمريض بخلاف الحكة .

**التشريح المرضي النسجي :**

يرتشح القسم العلوي من الأدمة بعديد من الخلايا البدينة التي توجد بشكل رئيسي حول الأوعية الدموية والملحقات . ولدى استئصال الآفات الشروية ، يمكن لحبيبات الخلايا أن تتوضع حول الخلايا في النسيج الضام .

**السير** : عادة ما يتراجع الشكل الشبابي من الشرىٰ الصباغي بطيئاً حتى البلوغ وقد تتوافق التظاهرات المجموعية مع تلك التظاهرات في كثرة الخلايا البدينة المجموعي .

**التشخيص** : ويستند التشخيص إلى وجود طفح بقعي منتشر ، يتوضع على الجذع بشكل رئيسي ، لونه بني ضارب للصفرة ، والذي يصبح شروياً وحاكاً بالدلك والفرك .

**التشخيص التفريقي** : فقط الشرىٰ الصباغي الذي يبدي تشرياً في آفاته لدى دلكها ، وفي حالة نادرة من الشرى الصباغي ، يتظاهر على شكل شرىٰ اعتيادي مع فرط تصبغ ثانوي بينما تشفى الانتبارات ، ولا تبدي البقع المصطبغة أي تورم شروي بالتخديش . ويجب أن يفرق الشرى الصباغي عن كل من : ورم المنسجات الطفحي المنتثر ، الغدوم العرقي ، العضلوم الأملس ، الصفرومات ، اللمفومات الجلدية الخبيثة وهذه الأمراض لا توجد عادة لدى الأطفال ، ويعتمد في تشخيصها على النسجيات .

### الشرى الصباغي الكهلي Urticaria Pigmentosa Adultorum [ باركس ويبر وهالنشميد ١٩٣٦ ] :

*المرادف* : توسع الشعيرات البقعي الطفحي الدائم Telangiectasia macularis eruptiva perstans .

**التعريف** : بعكس الشرى الصباغي الطفلي فإن الداء يبدأ في الكهولة ويكون الطفح فيه بلون بني محمر أقتم من السابق .

**الحدوث** : غير شائع . ليس له علاقة بالوراثة .

**الموجودات السريرية** : في الحالات النموذجية ، توجد آفات بيضوية أو مدورة واسعة . تظهر عادة بشكل متلاحق يتراوح قدّها بين ( ٣ ــ ٨ ملم ) بلون أحمر بني أو باللون المشاهد في توسع الشعيرات . يمكن أن تصبح الآفات شروية بالفرك . تُظهر البؤر التي تبقى لفترة طويلة زيادة في الاصطباغ . يكون الميل للتوزع في الجذع نموذجي ، وكتوبية الجلد الشروية والحمامية واضحة . ويمكن أحياناً أن توجد أيضاً في مناطق الجلد الطبيعي مع اتساع واضح نحو المحيط ووذمة عفوية للآفات في هذه المناطق . لا تتشكل النفطات في الآفات ( راجع الشكل ٦٣ ــ ٥ ) .

**الأعراض** : تضم الأعراض الرئيسة الحكة والتفاعل الشروي الذي يحدث بعد الاحتكاك أو بالحمامات الباردة أو الساخنة وتعود الأعراض لتحرير الهستامين من الخلايا البدينة . يمكن أن تؤدي التأثيرات الجهازية للهستامين المتحرر إلى ظهور عوارض صدمة فيشاهد مثلاً حمامى جلدية ( بيغ هستامين ) وإسهال .
**التشريح المرضي النسيجي** : بعكس الشرى الصباغي الطفلي ، تتكون الرشاحة من الخلايا البدينة في الأدمة العلوية قليلة نسبياً ويعد وجود أوعية شعرية متسعة في الطبقة الحليمية مظهراً وصفياً .

**السير** : مزمن ، خلال سنوات ، يجب توخي الحذر عند إعطاء الإنذار فيما يتعلق بإمكانية تراجع التظاهرات الجلدية المزعجة جمالياً للمريض . يمكن ظهور مضاعفات بحدوث رشاحة من الخلايا البدينة شبه ورمية في نقي العظام ( مسح هيكلي ) أو في الأحشاء . يندر جداً ترافق ضخامة كبدية طحالية مع ورام أصفر .

**المعالجة** : راجع الفقرة الأخيرة من هذا الفصل تحت عنوان علاج كثرة الخلايا البدينة .

### كثرة الخلايا البدينة الجلدي المنتشر Diffuse Cutaneous Mastocytosis :

**التعريف** : يصيب هذا النمط غير الشائع أبداً الرُضَّع ويتألف من رشاحة كتلية واسعة الانتشار من الخلايا البدينة في الأدمة .

**الموجودات السريرية** : تسبب الرشاحة الكثيفة من الخلايا البدينة ثخانة جلدية فيلية منتشرة مع فرط تصبغ ذي حدود غير واضحة ، وتشاهد بقع أيضاً . تبدو الآفات الكبيرة المسطحة حزازانية وتكون بلون مصفرٌ ويتضح فرط التصبغ الجلدي بشكل خاص في مناطق الجسم الأكثر عرضة للضغط الآلي . توجد عادة حكة واضحة يمكن أن تتطور بعد الفرك والخدش إلى اندفاعات شروية قد تصبح فقاعية . تعتبر كتوبية الجلد الشروية نموذجية هنا .

### كثرة الخلايا البدينة الاحمراري الجلدي Erythrodermic Mastocytosis

: وهو النموذج الأكثر شدة في الداء الجلدي وينجم عن رشاحة من الخلايا البدينة في كامل الجلد المغطي للجسم .

**الأعراض** : من الشائع حدوث تظاهرات داخلية كتلك المشاهدة في كثرة الخلايا البدينة المجموعي . وبشكل مشابه ، هناك علامات لتحرر الهستامين ( بيغ هستامين ، إسهال ، تشنج قصبات ، انخفاض توتر شرياني وقرحات هضمية ) ، وتكون الحكة شديدة . يشاهد هذا الداء عادة في الطفولة الباكرة كما أنه يمكن أن يحدث في البالغين حيث يترافق لديهم برشاحات مجموعية من الخلايا البدينة .

**التشريح المرضي النسجي** : تشاهد رشاحة كثيفة في الأدمة بالخلايا البدينة مترافقة مع خلايا شبيهة بالمُنسجات . والصورة النسيجية في الأحشاء المصابة هي رشاحة بالخلايا البدينة مع ميل للتليف .

**السير** : السير بشكل عام مترقٍ ، والإنذار غير جيد ، ونادراً ما يشاهد هجوع عفوي . تتطور أمراض مجموعية غالباً متماشية مع حدوث تنشؤات خبيثة للخلايا البدينة ( شُباك الخلايا البدينة Mast Cell Reticulosis . ويمكن أيضاً أن تحدث اللمفومات .

### كثرة الخلايا البدينة المجموعي Systemic Mastocytoses :

لا تصيب كثرة الخلايا البدينة الجلد فقط وإنما قد تصيب الأحشاء أيضاً . نادراً ما تشاهد الإصابة المجموعية بارتشاح الخلايا البدينة فقط في ورم الخلايا البدينة المعزول والشرى الصباغي الطفلي والكهلي ( ٥ ـ ١٠٪ من الحالات ) . أما كثرة الخلايا البدينة المنتشر فتشاهد بنسبة أكبر وقد تصل إلى ٤٠٪ من الحالات . تعتمد الأعراض المتطورة على توضع الرشاحة الكثيفة بالخلايا البدينة .

*إصابة الهيكل* : عبارة عن آفات حالة للعظم موضعة ناتجة عن رشاحة بالخلايا البدينة ، أو تحدث تغيرات بنيوية ناجمة عن تليف العظام Osteofibrosis أو تخلخل العظام .

*الأعراض الهضمية* : نقص شهية ، إقياء ، فرط حركية معوية وإسهال كما في القرحات الهضمية . من المفترض أن هذه الأعراض تنتج عن تحرر كميات كبيرة من الهستامين من الخلايا البدينة .

*الضخامة الكبدية الطحالية* : تحدث عادة مترافقة مع ضخامة عقد لمفية بسبب الارتشاح بالخلايا البدينة وتشير هذه الضخامات إلى إنذار سيء .

*اضطرابات دورانية* : تتظاهر بتسرع القلب أو أحياناً بانخفاض أو ارتفاع التوتر الشرياني وهي ذات علاقة بتحرر الهستامين .

*فرط البروتينات الشحمية في الدم* : يشاهد بشكل نادر جداً عند إصابة الكبد .

**السير** : يجب أخذ الحذر عند وضع الإنذار حينما لا يقتصر الداء على الجلد بل يترافق مع علامات مجموعية .

### كثرة الخلايا البدينة الخبيث :

هو عبارة عن كثرة خلايا بدينة مجموعي ( مع أو دون علامات جلدية ) مع دخول الخلايا البدينة للدوران ، وظهور الخلايا البدينة جوالة في الدم . ويترافق عادة مع تكاثر خلايا بدينة لا نموذجية ( خبيثة ) في نقي العظام . وهذا الابيضاض بالخلايا البدينة غير شائع على الإطلاق .

### علاج كثرة الخلايا البدينة Treatment of Mastcoytoses :

يمكن لورم الخلايا البدينة الموضع أن يُستأصل ، وأي علاج أخر هو علاج عَرَضي . تستعمل غالباً جرعات معتدلة من

الستيروئيدات القشرية في الأشكال الخطرة كما في كثرة الخلايا البدينة الجلدي المنتشر ( حيث يوجد ميل شديد لتشكل النُّفطات ) . وفي كثرة الخلايا البدينة المجموعي تعد مضادات الهستامين ذات تأثير مفيد على الحكة والبيغ الهستاميني والأعراض المعدية المعوية . ينصح باستعمال المركبات المضادة للسيروتونين أيضاً . وفي بعض الحالات ، أظهر استعمال كل من الرزربين او المشاركة بين مضادات الهستامين وضواد $H_2$ ( $H_2$ Antagonists ) مثل السيميتيدين بعض الفائدة . ينصح بالاستعمال الفموي لكرومو غليكات ثاني الصوديوم بمقدار ٤٠٠ – ٨٠٠ ملغ يومياً للوقاية من الأعراض المعوية ، ويبدو أن هذا الداء يسبب حصاراً في تحرر الهستامين من الخلايا البدينة . وعلى كل فإن كل هذه المواد لا تؤثر تأثيراً أساسياً في القضاء على الآفات الجلدية أو على التصبغ الواضح أو توسع الشُّعَيْرات . تتراجع الآفات الجلدية للشرى الصباغي وبخاصة في الشكل الكهلي بالعلاج بالبوفا PUVA ( علاج ضوئي كيماوي ) . غير أنه لم يتأكد بعد فيما إذا كان توقف الآفة مؤقتاً فقط . وفي حالة كثرة الخلايا البدينة المجموعي وابيضاض الخلايا البدينة ، فإن العلاج الموقف لنمو الخلايا Cytostatic يمكن أن يستعمل . ويفيد الكلورامبوسيل في حالات فردية . في حالات ورم الخلايا البدينة المنتثر والشرى الصباغي وكثرة الخلايا البدينة الجلدي المنتشر ، من الضروري نصح المرضى بتجنب تحرر الهستامين وعدم تعريض أنفسهم بشكل مفاجىء للحر أو البرد ( القفز إلى بركة سباحة باردة أو أخذ حمام ساخن ) لأن التحرر الشديد للهستامين الناتج عن هذه الأمور يؤدي إلى حالات تشبه الصدمة ( وفاة مفاجئة بسبب الغَرَق ) . وأخيراً يجب مراقبة التبنيج العام بشكل جيد لدى هؤلاء المرضى .

# الفصل الرابع والستون
# كثرة المُنسجات الجلدية الحميدة والخبيثة
# Bengin and Malignant Cutaneous Histiocytoses

**د . شريف السالم**

يتعلق هذا الفصل بالأورام الحميدة والخبيثة الجلدية التي يبدو أنها تنشأ على حساب الخلايا المُنسجة ، تلك الخلية المنتمية إلى جملة البلاعم الوحيدة النوى . تعتبر بعض هذه الآفات آفات مجموعية . ومن المتفق عليه أن المنسجات تُشتق من خلايا جذعية غير متمايزة في نقي العظم تدعى أرومات الوحيدة وسليفات الوحيدة ( Monoblasts and Promonocytes ) وهي تدخل السبيل الدموي كوحيدات . وبعد أن تغادر الوحيدات الأوعية الدموية تصبح مُنسجات قادرة على البلعمة ولذلك يمكن تسميتها هنا بالبلاعم . تحتاج هذه الخلايا إلى جهاز يحلولي سليم كي تتم فعاليتها البالغة . ولذلك يمكن للبلاعم والمنسجات أن تبدي احتواءها على استراز لا نوعية ، وحمض الفوسفاتاز ، وليزوزيم .. إلخ . وذلك بوساطة الطرق الخلوية الكيماوية وبعد الدراسة بالمقاطع النسيجية . يمكن لهذه الخلايا أن تبدي أشكالاً مختلفة كخلايا الصفروم ( الخلايا الرغوية ) ، والخلايا البَشَرانية ، أو الخلايا العملاقة للجسم الأجنبي ، وخلايا نمط لانغهانس أو نمط توتون ، وذلك تبعاً للوظيفة الحيوية الخاصة للخلية

وعلى كل ، لم يُحدد بعد فيما إذا كانت المنسجات تنشأ أيضاً موضعياً في الجلد من خلايا طليعة ، متعددة القدرات ، ومن المحتمل أن تكون أرومات ليفية أو أنها تنشأ من خلايا شبكية .

لذلك فقد وَجَدت هذه الفكرة تعبيراً لها في التسميات المختلفة للداء . وفي العديد من الأدواء ، تأخذ الخلايا المنسجة بناءً شكلياً خاصاً كما في خلايا لانغهانس في كثرة المنسجات مجهول السبب مثلاً . وإذا ما استبعدنا أدواء الخزن التي لن تناقش هنا ، يمكننا أن نميز أدواء المنسجات والأورام السليمة والخبيثة في الجلد كما يلي :

**كثرة المنسجات الحميدة :**

- الصفروم المسطح المنتشر Diffuse Plane Xanthomata .
- الحبيبوم الأصفر الشبابي Juvenile Xanthogranuloma .
- الحبيبوم الأصفر ذو البلى الحيوي Necrobiotic Xanthogranuloma .
- ورم المنسجات الشبكي Reticulohistiocytoma .
- كثرة المُنسجات الشبكي المنتشر في الجلد والأغشية الزليلية Reticulohistiocytosis Disseminata of Skin and Synovia .
- الداء الخلوي الشبكي الجلدي ذو السير الحميد Cutaneous Reticulocytosis with a benign course .
- ورم المنسجات Histiocytoma .
- الصفروم المنتثر المرافق للبوالة التفهة Xanthoma Disseminatum With diabetes Insipidus .

**كثرة المنسجات الخبيثة :**

- كثرة المنسجات مجهول السبب Histiocytosis X .
- ابيضاض الوحيدات Monocytic Leukemia .
- كثرة المنسجات الشبكي لكروستي Crosti's Reticulohistiocytosis .
- كثرة المنسجات الخبيث Malignant Histiocytosis .
- لمفوم المنسجات Histiocytic Lymphoma .
- الشُباك Reticulosis .

## كثرة المُنسجات الحميد Benign Histiocytoses .

### الحبيبوم الأصفر الشبابي Juvenile Xanthogranuloma

[ مكدوناغ ١٩١٢ ] :

*المرادفات :* الحبيبوم الأصفر عند الفتيان ، البطانوم الأصفر الوحمي ، الصفروم الوحماني ، الصفروم الشبابي . حبيبوم الخلايا العملاقة الشبابي .

**التعريف** : داء حميد يحدث في الطفولة الباكرة حيث تنشأ عقيدة أو أكثر ذات لون مصفر وشبيهة بالصفروم في الجلد ، والأغشية المخاطية ، والعينين ونادراً في الأحشاء أيضاً . وهي تتراجع عادة بشكل عفوي خلال ١ ـ ٣ سنوات . ( راجع الشكل ٦٤ ـ ١ ) .

**الحدوث** : ليست قليلة الشيوع . يمكن للآفات الجلدية أن تتواجد مع الولادة وهي تظهر عادة خلال الأسابيع الأولى من الحياة . ونادراً ما تحدث بعد ذلك حتى في الكهول . لا توجد أدلة على عوامل وراثية . وقد شوهد ترافقها مع الورام الليفي العصبي ( ازدياد تواتر بقع القهوة بحليب ) .

**السببيـات والإمراض** : هذا المرض مجهول السبب . وقد تم نفي العلاقة المفترَضة بين هذا الداء وكثرة المنسجات مجهول السبب حيث تبين بالمجهر الالكتروني عدم وجود حبيبات خلايا لانغرهانس . وهو بالأحرى داء جلدي صفرومي منسج يسبق بعـلامات التهابية ، ولم توصف فيه حتى الآن تبدلات في الشحوم أو في البروتينات الشحمية في المصل .

**الموجودات السريرية** : تبدو حطاطات جلدية أو عقيدات مقببة الشكل ذات لون أصفر صفرومي أو بلون بني مصفر ، تكون أحياناً ذات هامش حمامي . تحدث هذه الأشكال عادة خلال الأسابيع أو الأشهر الأولى من الحياة ، وخاصة على الرأس والسطوح الباسطة للأطراف . ينحصر وجود الداء أحياناً بورم وحيد يصل حتى ٢ سم قطراً . ونادراً ما يحدث الداء بشكل منتثر ، وعندها يكون عدد الآفات الشبيهة بالصفروم كبيراً .

يمكن أن تصـاب أماكن أخرى : مخاطية الفم والعينان ( القزحية ، الجسم الهدبي ، العنبيّة ، ويحتمل حدوث العمى ) . تشـاهد تبدلات مجموعية في الرئتين ، والكبد أو الطحال ( ضخـامة طحـاليـة – كبـدية ) ، ونادراً جداً في التأمور والخصيتين .

وقد وصف الداء التكاثري النقوي ترافق الآفة مع الورام الليفي العصبي .

**الأعراض** : تغيب الأعراض الموضوعية ولا توجد تبدلات في الشحوم أو البروتينات الشحمية في المصل .

**التشريح المرضي النسجي** : تظهر آفات باكرة بشكل بؤر من المنسجـات مع تفـاعـل خلوي التهابي معتدل ( لمفاويات . حمضات ) . وفيما بعد ، يحدث ارتشاح حبيبومي بالمنسجات . وبالخلايا الرغوية ، والخلايا الرغوية العملاقة نمط توتون Touton ، واللمفـاويـات ، والحمضـات والخلايا العملاقة للجسم الأجنبي ، وهناك تليف متزايد خلال تراجع الآفة .

**السير** : يكون عادة خلال ستة أشهر إلى ثلاث سنوات . يحدث تراجع عفـوي يترك وراءه تصبغـاً ثمـاليـاً أو ضموراً معتدلاً ( على الفروة بشكل حاصة موضّعة لا تراجعية ) ، كما تتراجع الآفات الداخلية . يمكن حدوث إصابة تميل إلى الشدة في العين وتؤدي إلى العمى . وفي بعض الحالات النادرة يمكن حدوث آفات جلدية متقدمة وحتى آفات في الجملة العصبية المركزية .

**التشخيـص التفـريقي** : يظهر فيا بعد النمط IIa من فرط البروتينـات الشحمية ، ويكون للصفرومات الحديبيـة أيضـاً توضعات اصطفـائيـة أخرى . وفي الشرى الصباغي المشبهة باللويحة الصفراء تصبح الآفات شروية تلو الرضح .

وينبغي أن يستبعد داء هـاند شـوللر كريستيـان سريرياً ونسجياً ومناعياً ، ومن خلال الفحص بالمجهر الالكتروني الذي يبدي غيـاباً للخلايا الحاوية على حبيبات لانغرهانس . ويجب الأخذ بعين الاعتبار الصفروم المنتشر مع بوالة تفهة .

**المعالجة** : لا شيء عادة ، وإذا ما دعت الضرورة ، يتم استئصال العقيدات المزعجة والتعامل بحذر مع آفات العين والأحشاء . تجرب الستيروئيدات القشرية في حال حدوث تطور شديد للآفة .

## الحبيبـوم الأصـفـر ذو البـلى الحيـوي Necrobiotic Xanthogronuloma :

داء حبيبومي أصفر سياجي ، يشاهد مع البارابروتينيمية .

## ورم المنسجات الشبكي Reticulohistiocytoma :

*المرادفات :* الحبيبوم المنسج الشبكي ، ورم المنسجات ذو الخلايا العملاقة .

**الموجودات السـريرية** : عبـارة عن عقيدات محددة وحيدة ونادراً متعددة ، ذات قطر يتراوح بين ٠,٥ – ٢ سم في الرأس أو في قفا العنق تتراجع عادة بشكل عفوي . تكون العقيدات قاسية ، بنية مصفرة ومتوضعة في الأدمة .

**السير** : سليم .

**التشخيـص** : يـوضـع عـادة بـالفحـص النسجي التـالي للاستئصال .

**التشخيص التفريقي** : يمكن تفريق مثل هذه العقيدة عن ورم المنسجـات ، والعقيدات الجلدية ، وورم المنسجات المُصْفَرّ ، والعضلوم الأملس الأرومي ... إلخ . يصادف الحبيبوم الأصفر الشبـابي عـادة في الطفـولة فقط وتكون المنسجـات الكبيرة النموذجية والخلايا العملاقة المشبهة بالمنسجات غائبة أيضاً .

## كثرة المنسجات الشبكي المنتثر Reticulohistiocytosis Disseminata :

*المرادفات :* كثرة المنسجات الشبكي عديد المراكز في الجلد وفي الأغشية الزليلية ، التهاب المفاصل والجلد .

**التعريف** : يتصف كثرة المنسجـات الشبكي عديد المراكز بوجود عقيدات جلدية مع اعتلال مفاصل عديد .

**الحدوث** : يصـاب الكهول في كافة الأعمـار وهناك سيطرة واضحة لإصابة الإناث ( ٣ : ١ ) .

**الإمراض** : إنه ليس بتنشـؤ حقيقي ولكنـه تفاعلي ( ؟ ) ، ويتضـمن الداء حبيبـومـاً حميداً في الجلد والأغشيـة الزليليـة

والمفاصل مع صورة نسيجية نموذجية جداً ، وعلى الخصوص وجود الخلايا العملاقة النوعية المشتملة على مواد حاوية للشحوم في هيولاها ، وليس هنالك ما يدل على فرط البروتينات الشحمية في المصل البدئي أو الثانوي .

**الموجودات السريرية** : تتصف الأعراض السريرية بإصابة الجلد والمفاصل .

*الآفات الجلدية* : يتميز الاندفاع البدئي بعقيدات مقببة الشكل مرتفعة على الجلد أو بحطاطات صفراء مسمرة يمكن أن يزداد حجمها ببطء إما بنمو عفوي أو باندماجها حتى أنها يمكن أن تصل إلى قطر يبلغ عدة سنتمترات ، وهي لا تتقرح . أما البشرة الساترة لها فيمكن أن تصبح ضامرة ومتجلبة قليلاً . ولقد وصفت حالات من التراجع العفوي ومن النكس . وإن الأمكنة الانتقائية هي المناطق حول المفصلية ، وخلف الأصابع ومفاصل اليد ، والوجه ( خاصة الشفاه والمنخرين ) وفي الأذنين . ويمكن مشاهدة السحنة الأسدية وفرط تصبغ الأظفار وحثلها مع حواف طولية مردُّها إلى إصابة الغشاء الزليلي للمفصل بين السلاميات القاصي . تشاهد بشكل شائع إصابة الأغشية المخاطية واللسان ويمكن للحنجرة أن تصاب أيضاً .

*اعتلال المفاصل* : يمكن للتبدلات عديدة المفاصل أن تسبق أو أن تتلو التبدلات الجلدية ، وتكون الاعتلالات المفصلية أيضاً من نمط اعتلال رثواني مفصلي ( التهاب المفصل المزمن البدئي ) أو يكون تآكلاً سببه تهدم الغضروف بسبب الداء . يكون لالتهاب المفاصل بعض خواص الاعتلال المفصلي الصُّدافي . يبدي الفحص الشعاعي شقوقاً وتخرباً في السطوح المفصلية للسلاميات والأمشاط مع أصابع تلسكوبية Telescoping of digits ( التهاب مفاصل عديد مشوّه ) . كما تصاب مفاصل الفقرات ومفاصل الحموض أيضاً .

**الأعراض** : تكون الآفات الجلدية لا عرضية ، ومن المظاهر البارزة وجود تبدلات شديدة مفصلية مع آلام خاصة حينما يكون سير الداء مخرباً . وبعد فترة طويلة . تؤدي إصابة المفصل إلى تحدد حركة مترقٍ .

**التشريح المرضي النسجي** : تتصف الصورة بارتشاح لأعداد كبيرة من المنسجات مع هيولى إيوزينية متجانسة أو إيوزينية دقيقة التحبب والتي تحتوي نواة أو أكثر مفصصة بشكل شاذ . يكون عدد الخلايا العملاقة عديدة النوى مختلفاً فعلاً ، وإن إظهارها لشيء هام ، وتكون الاختبارات النسيجية الكيميائية هامة أيضاً ، وتبين أن هيولى الخلايا تحتوي على مواد قابلة للذوبان في الشحوم ، وإيجابية الباس PAS ، ومقاومة للدياستاز ، وهي عبارة عن بروتينات شحمية سكرية . في مثل هذه الخلايا يمكن مشاهدة الفوسفوليبيدات والشحوم المعتدلة وذلك باستعمال التقنيات التلوينية الخاصة ، بينما يكون الكولستـرول غائباً دائماً . وقد وصف الداء على أنه التهاب مفاصل وجلد شحماني بسبب الموجودات الكيماوية النسيجية النموذجية فيه . وفي الآفات الجلدية الباكرة . يمكن مشاهدة تفاعل شديد بخلايا التهابية . أما في الآفات الأكثر إزماناً ، فيسيطر التحول نحو التليف وتشاهد التبدلات النسيجية نفسها أيضاً في الغشاء الزليلي وفي العظام .

**السير** : حميد ما دامت الآفات مقتصرة على الجلد فقط . يكون التهاب المفاصل العديد ذا طبيعة مخربة ومشوهة . وبشكل نادر ، يمكن مشاهدة عقيدات حبيبومية مماثلة لدى فتح الجثة ، متوضعة في العقد اللمفية القصبية وفي الشغاف . لا يبدو الداء مهدداً للحياة . وعلى كل حال فيمكن حدوث نقص وزن في المراحل الأخيرة وحرارة مع إصابة قلبية رئوية . وهناك ميل زائد لدى هؤلاء المرضى لحدوث التنشؤات ( بحدود ١٠٪ ) .

**التشخيص التفريقي** : يجب الأخذ في الحسبان مجموعة مختلفة من الأدواء الجلدية المفصلية كالغرناوية ، والنقرس وفرط البروتينات الشحمية من النمط II .

**المعالجة** : مضادات الرثية العرضية ، ويمكن تجربة حقن داخل الآفات الجلدية بمعلّق بلورات ممدد من التريامسينولون أسيتونيد ، أو استئصال العقيدات المزعجة . وقد أمكن إحداث هجوع للحبيبومات باستعمال معالجة جهازية بالعوامل المؤلكلة .

## كثرة المنسجات الشبكية الجلدية ذات السير الحميد
## Cutaneous Reticulohistiocytosis with a Bengin Course [ هاشيموتو وبريتزكر ١٩٧٣ ] .

*المرادف* : كثرة المنسجات الشبكي الخلقي الشافي تلقائياً .

**التعريف** : داء خلقي غير شائع بتاتاً ، يتكون من عقيدات منسجة شافية تلقائياً ، يتوضع خاصة في منطقة الرأس عند الولدان والأطفال . تتكون الشكلياء من ارتشاح أدمي كثيف تفاعلي ( ؟ ) بالخلايا المنسجة والتي تبدي صورة اندفاعات شبيهة بالنخاعين بالفحص بالمجهر الألكتروني . تحتوي الخلايا على حبيبات لانغرهانس بنسبة ٢٥٪ . ( راجع الشكل ٦٤ — ٢ ) .

**الموجودات السريرية** : يمكن مشاهدة الآفات منذ الولادة ، وخاصة على الوجه وعلى الفروة ، وعلى بقية أنحاء الجلد بشكل عقيدات وأورام مبعثرة قليلاً ، غَضَّة وبلون أحمر مصفر أو أسود مزرق ، وهي مرتفعة بوضوح فوق سطح الجلد ، وأحياناً مع جُلبَة مركزية . فيما عدا ذلك ، لا تتأثر الصحة العامة ولا توجد الآفات المجموعية لداء كثرة المنسجات مجهول السبب .

**التشريح المرضي النسجي** : هناك منظر ارتشاح أدمي كثيف و « فعّـال » بالوحيدات وبشبيهات المُنسجات مع نوى غير نظـاميـة وأحيـاناً مسخيـة Monstrous . وترى الهيولى نيرة وأحياناً رغوية ، كما ويشاهد انسلال ملحوظ للكريات الحمر .

تظهر دراسة البنية المستدقة لهذه الخلايا أنها منسجات مع عدد كبير من الأشكال النخاعينية الصُّفيحية الحقيقية والكاذبة والجسيمات الدودية . إن حبيبات لانغرهانس ( « مضـارب التنس » ، حبيبـات بـيربيك ) الوصـفيـة لخـلايا لانغرهانس ومجموعة خلايا أدواء كثرة المنسجات مجهول السبب ، تكون موجودة بنسبـة مئوية بين هذه الخلايا ، وهذا ما يجعل بعض المؤلفـين يعـترفون بوجود داء كثرة المنسجات مجهول السبب الجلدي الشافي تلقائياً ( راجع الشكل ٦٤ — ٣ ) .

**السير** : يحدث الشفاء عادة خلال ٢ — ٣ أشهر .

**التشخيص** : يجب أثباته نسجياً وبالمجهر الالكتروني .

**المعالجة** : لا يوجد للداء علاج .

## كثرة المُـــنسجـــات الخبـيثـــة Malignant Histiocytoses :

### كثرة المُنسجات مجهول السبب Histiocytosis X :

*المرادف* : داء خلية لانغرهانس .

إن تسـميـة كثرة المنسجـات X ( ليشتنشتـاين ١٩٥٣ ) تتضمن ثلاثة أدواء متماثلة أساسياً ألا وهي . داء ابت — ليترر — سيوي Abt – Letterer – Siwe ، وداء هاند — شوللر — كريستيان Hand Schüller – Christian والحبيبوم الحمض Eosinophilic Granuloma . تدل تظاهرات هذه الأدواء إلى وجود تكاثر للخلايا المُنسجة مع حبيبات خلية لانغرهانس وتشكل حبيبومات ذات خلايا شبيهة بالمنسجات مع أو دون تراكم للشحوم . ويشير الحرف X افتراضياً إلى السبب المجهول لهذا المرض .

تكون الخلايا كبيرة ، مدورة ، شبيهة بالمنسجات مع زوائد عديدة شبيهـة بالأرجل الكاذبة . وتكون النواة كبيرة ، ذات شكل كلوي عادة . تشاهد النوية بسهولة ، كما تشاهد هيولى فاتحة جداً وذات حبيبات دقيقة . تبدو بعض المتقدرات بالمجهر الإلكتروني مع ريباسـات متفرقة ، وريباسـات عديدة وجهاز غولجي جيـد التطـور . يـلاحظ تطـور الجهـاز اليحـلولي مع الأجسـام الكثيفة ، والجسيمات ذاتية البلعمة والجسيمات الحالة الانتهائية إلى درجة أكبر أو أقل . وإن المدلولات الشكلية ذات المدلول الأكبر هي وجود ما يدعى بحبيبات خلية لانغرهانس في هذه الخلايا النوعيـة الشبيهة بالمنسجات . تبدو هذه الحبيبات بشكل غير متبدل بوسـاطة المجهر الالكتروني ، وهي بأشكال عصيات مدورة النهايات بطول ٠,٨ مكرومتر تقريباً وتكون محدودة بغشـاء مضاعف . وغالباً ما تبدي استطالات هراوية المظهر شبيهة بمضرب التنس . تملك الخلايا مستقبلات لأجزاء الغلوبولينات المناعية والمتممة ، كما تشـارك خلايا T بمستضد OKT – 6 . ويمكن إثبـات التشخيص في الحـالات المشتبهـة بظهـور خـلايـا داء كثرة المنسجـات X مع حبيبـات خلايا لانغرهانس وذلك بوساطة المجهر الألكتروني .

يسبق تكـاثر هذه الخـلايـا الشبيهـة بالمنسجـات تشكـل الحبيبومات وكذلك تخزينها ، بمعنى أنه يحدث التحول إلى خلايا رغوية حاملة للدسم . وتكون الخلايا إيجابية البروتين S – 100 . يفترض أن مظهر الدسم مع تحول الخلايا الشبيهة بالمنسجات إلى خلايا رغوية ، يعود إلى عيب إنظيمي في هذه الخلايا ، والذي يؤدي إلى اضطراب في تقويض أو استقلاب الشحوم المبتلعة مما يـؤدي إلى تراكمهـا داخـل الخـلايـا . لقـد وضـع داء كثرة المنسجات X فيما مضى في مصاف مجموعة الأدواء الاستقلابية المتعلقة باضطرابات الدسم ، أما حالياً ، وبشكل عام فإن الداء يعتبر حبيبوماً .

وتجدر المـلاحظة إلى أن داء كثرة المنسجـات X يتظـاهر خلال السنـة الأولى من الحيـاة بشكـل أكثر حدة مع إصـابة حشوية في داء أبت — ليترر — سيوي ، بينما تسيطر التبدلات الأكثر إزمـانـاً في الطفـولـة البـاكرة ( داء هـاند — شـوللر — كريستيان ) ، ويتوضع الداء في العظم ، أي : الحبيبوم الحمض لدى الأطفال الأكبر سناً وحتى في الكهول . ويتضح ، ليس من الموجودات النسجية فحسب ، ولكن أيضاً من الأشكال الانتقالية لهذه الأدواء الثلاثة ، إنها تعبيرات سريرية مختلفة للداء الأساسي نفسه .

### داء أبت — ليترر — سيوي Abt – Letterer – Siwe Disease [ ليترر ١٩٢٤ ، سيوي ١٩٣٣ ، أبت ١٩٣٦ ] :

**التعريف** : شكل حاد إلى تحت حاد من كثرة المنسجات X مع تظاهرات جلدية وفيما بعد إصابة الأعضاء الداخلية أيضاً والتي غالباً ما تقود إلى الموت خلال سنة واحدة .

**الحدوث** : عند الأطفـال عادة بين السنـة الأولى والثـانية من العمر .

**الجدول ٦٤ ـ ١ : التمييز بين أدواء كثرة المنسجات X**

| | داء أبت ـ ليترر ـ سيوي | داء هاند ـ شوللر ـ كريستيان | الحبيوم الحمض |
|---|---|---|---|
| السير | منتثر حاد | تحت حاد إلى مزمن مترق | موضع ـ مزمن |
| عمر الهجمة الأولى | السنوات الأولى من الحياة ( عادة الأشهر التسعة الأولى ) | ـ في الطفولة ، في بعض الأحيان عند الكهول أيضاً | ـ الأطفال الأكبر سناً والكهول ( ٧٠٪ تحت العشرين ) |
| الإنذار | سير حاد خبيث | الوفاة في ٣٠ ـ ٥٠٪ إذا لم يعالج | جيد |
| المظاهر السريرية | حمى خمجية ، نقص وزن ، ضخامة كبدية طحالية ، اعتلال عقد لمفية أحياناً ، إصابة رئة ، فقر دم ، كثرة حمضات | الثلاثي المدرسي ، آفات انحلالية هيكلية ( الهيكل الجغرافي ) جحوظ عيني ، بوالة تفهة ، طفالة ، التهاب أذن وسطى مزمن ، غالباً ضخامة كبد ، طحال ، وعقد لمفية ،إصابة رئوية في ثلث الحالات | أورام عظمية |
| الآفات الجلدية | دائمة الحدوث تقريباً ، بالإضافة إلى إصابة الأغشية المخاطية وهي تظهر بشكل مجموعات ( في الفروة ، الجذع ، الإليتين ) وهناك اضطرابات نزفية | في ثلث الحالات : الفروة ، الوجه ، القفا ، العنق ، الجذع ، الإبط ، المنطقة الشرجية التناسلية ، أحياناً وجود صفرومات ، تبدلات في الأظفار ، إصابة أغشية مخاطية | أحياناً ( أيضاً على مخاطية الفم ) يوجد حبيوم شبكي حمض جلدي |
| آفات الهيكل | أحياناً | شائعة ومتعددة | مفردة أو قليلة العدد |
| التشريح المرضي النسيجي | تغلب سيطرة تفاعل تكاثري، عبارة عن ارتشاح تام تقريباً للخلايا المشبهة بالمنسجات مع حبيبات لانغرهانس | تفاعل صفرومي سائد | تفاعل حبيومي سائد |

**السببيات والإمراض** : السبب غير معروف : تم افتراض وجود خمج حموي تتكون الركيزة المرضية من تفاعل تكاثري مفرط التنسج للخلايا الشبيهة بالمُنسجات والتي ترتشح حتى ضمن البشرة فتؤدي إلى صورة سريرية متغايرة الشكل . وُصف داء أبت ـ ليترر ـ سيوي كشكل من داء المنسجات X في الأطفال الصغار مع سير خطير يؤدي إلى الموت السريع عند عدم تطبيق العلاج المناسب .

**الموجودات السريرية** : يكون الأطفال عليلين بشدة ويُبدُون أعراض التسمم . والعلامات النموذجية لذلك هي الحمى ، والضخامة الكبدية الطحالية ، واعتلال الغدد اللمفية المعمم وفقر الدم المتزايد مع تمايز كريات البيض الطبيعي التعداد أو أحياناً كثرة الحمضات . وهناك أيضاً إصابة متكررة للرئتين ( مظهر مرمري بأشعة X عائد إلى التبدلات الكيسية ) ، وللجنب وللدماغ ولنقي العظام .

**الآفات الجلدية** : إن الجلد هو موضع الخلايا شبيهة المنسجات المتكاثرة ، ويحدث ذلك بنسبة أكبر مما يشاهد في داء هاند ـ شوللر ـ كريستيان ، مع استبدال كامل للنسيج الموجود أصلاً . يتكون الاندفاع البدئي من حطاطات وسفية قليلاً ذات لون أصفر ـ بني متجلبة ، تتآكل مباشرة وتنزف . ويمكن أيضاً أن تتطور الآفات العقيدية أو المتقرحة ، وتكون النزوف الحَبَرية ( Petechial ) غير نادرة . ينتج عن الانتشار الواسع صورة متعددة الأشكال ، تتصف بالنزوف الحبرية والاندفاعات المنتثرة على شكل حطاطات صغيرة مسطحة وصفراء وبنية اللون مع آفات جُلبية أو حطاطية حويصلية وسفية وتبدلات تآكلية نَديَّة . وإن مناطق الاصطفاء للآفة هي الفروة والأذنان ، الوجه وبخاصةٍ المناطق الشفوية الأنفية وحول الفموية ، والمنطقة العلوية من الجذع ولا سيا المناطق الزهمية . وغالباً ما يحدث ثرٌ أذني كما تحدث تآكلات لثوية وتخلخل في الأسنان . ( راجع الشكلين ٦٤ ـ ٤ و ٦٤ ـ ٥ ) .

**التشريح المرضي النسجي** : تكاثر الخلايا الشبيهة بالمُنسجات مع التشكل الحبيومي الأصلي ولكن دون تفاعل صفرومي . هناك أشواك مع تسرب للخلايا الشبيهة بالمنسجات . تشاهد الخلايا النموذجية مع حبيبات خلية لانغرهانس بالمجهر الالكتروني وتكون الخلايا إيجابية البروتين S – 100 وإيجابية OKT – 6 .

**السير** : يسبب الداء الوفاة عادة بعد سنة إذا لم يعالج . وتكون علامات الإنذار السيء هي الفرفرية ، وخاصة على الراحتين ، وإصابة الرئتين ، وتراجع الحالة العامة .

**التشخيص التفريقي** : بسبب اصطفاء الداء للمناطق الزهمية ( الفروة ، الوجه ، الثديين ، ووسط الظهر ) يجب الأخذ بعين الاعتبار التهاب الجلد المثي وداء داريه . وفي حال النزوف الجلدية مجهولة السبب في الطفولة الباكرة دون وجود الآفات الحطاطية النموذجية ، يجب أخذ داء أبت – ليترر – سيوي بعين الاعتبار . وأحياناً يجب استبعاد الجَرَب ولذلك تكون الخزعة ضرورية .

**المعالجة** : بالتعاون مع طبيب الأطفال .

*المعالجة الجهازية* : المعالجة العامة بنقل الدم والصادات من أجل تفادي الخمج الجرثومي أو الفطري الثانوي . كما وتعتبر الجرعة العالية من الستيروئيدات القشرية مفيدة وكذلك المعالجة بموقفات الانقسام الخلوي . وصفت حالات من هجوع ملحوظ للمرض باستعمال السيكلوفوسفاميد ، كلورامبوسيل ، ميتوتريكسات والفينبلاستين . وفي كل حالات المرضى المصابين بفرفرية مسببة عن تزايد التكاثر النقوي يجب بدء المعالجة بموقفات الانقسام مع عناية خاصة . ويمكن أن يعتبر العلاج الوريدي بالفينبلاستين شافياً ( ٠,١ ملغ/كغ من الجسم أسبوعياً ) .

*المعالجة الموضعية* : تجفيف الآفات النازَّة ( دهون الزنك أو زيت الزنك مع ٠,٥٪ كليوكينول ) ، محلول صباغي ( بنفسجية الجنسيان ، ٠,٢٥٪ محلول مائي ) أو رهيم ستيروئيدي أو دهون عند الضرورة . لا تستخدم المراهم الدهنية . تعالج فروة الرأس لإقلال الجُلبات ( زيت الساليسيلات ، ستيروئيد ومضاد حيوي بشكل رهيم ) . وقد جُربت المعالجة بالميكلوريتامين الموضعي كما في الفطار الفطراني .

## داء هاند – شوللر – كريستيان – Hand – Schüller – Christian Disease [ هاند ١٨٩٣ – شوللر ١٩١٥ – كريستيان ١٩٢٠ ] :

**التعريف** : لهذا الشكل من كثرة المنسجات X سير مزمن وثلاثي سريري وصفي : آفات عظمية ، بوالة تفهة ، وجحوظ عيني .

**الحدوث** : يبدأ هذا الداء النادر عادة بين عمر السنة والخمس سنوات ، ولكنه قد يظهر في الأطفال الأكبر واليافعين ، ونادراً جداً في الكهول .

**الإمراض** : لا يعد تكاثر الخلايا المنسجة مع حبيبات خلايا لانغرهانس ( تفاعل تكاثري ) المظهر البارز الوحيد في هذا الداء ، ولكن يعتبر أيضاً تَشَكُّل حبيبومات الخلايا الشبيهة بالمنسجات ( تفاعل حبيبومي ) مع خزن للشحوم ( تفاعل صفرومي ) مظهراً بارزاً آخر . يؤدي ما سبق إلى حدوث الثلاثية الوصفية للأعراض السريرية التي تضم التوضع العظمي ، والتوضع في الحجاج وفي الأم الجافية مع تأثيرات انضغاطية على النخامة .

**الموجودات السريرية** : يؤدي الارتشاح التكاثري إلى آفات رئوية وإلى ضخامة كبدية طحالية واعتلال عقد بلغمية معمم . لا يكون الداء عادة ، حاداً ولا سُمِّياً في طبيعته . ويكون التهاب الأذن الوسطى عرضاً هاماً ويدل على وجود آفات خشائية ( أشعة X )

*الآفات العظمية* : تتناول قبة القحف بشكل خاص وترى بأشعة X ( الهيكل الجغرافي ) ويمكن للتفريس أن يسمح بمشاهدة الآفات العظمية وآفات الجملة العصبية المركزية .

*البوالة التفهة* : تشاهد في حوالي نصف الحالات وتكون مسببة عن ضغط الآفات لمنطقة ما تحت المهاد أو لسويقة النخامة .

*الجحوظ* : يشاهد في حوالي ١٠٪ من الحالات وهو ناجم عن الارتشاح بالخلايا المشبهة بالمنسجات في الحجاج .

*الجلد والأغشية المخاطية* : تشاهد الآفات في ٣٠٪ تقريباً من الحالات وهي مختلفة الأشكال : بقع حمراء بنية ، بقع حبرية ، وحطاطات صغيرة متوسفة ومتجلبة ذات لون أصفر فاتح إلى بني مسمر ، وتُحدث صورة مشابهة لالتهاب الجلد المثي أو داء داريه . يكون التوضع الانتقائي للآفات في الفروة ، وجانبي الوجه ، والمناطق الزهمية من الجذع وكذلك في المناطق التناسلية الشرجية . وغالباً ما يحدث خمج جرثومي أو فطري ثانوي . يحدث التراجع على شكل ضمور أو ندبات . أما الميل لحدوث الآفات النزفية فيكون أقل نسبة عما هو في داء أبت – ليترر – سيوي ، إلا أن الآفات الصفرومية قد تشاهد . تُذكّر هذه الآفات بالصفرومات المنتثرة وتكون مؤلفة من اندفاع عقيدي حطاطي واسع الانتشار بلون أصفر مسمر أو محمر وبخاصة في الأجفان ، وجانبي العنق ، والحفرتين الإبطيتين وجوانب الجذع . يمكن للارتشاح أن يطال الأغشية المخاطية وبخاصة مخاطية الفم وأحياناً المنطقة الشرجية التناسلية ويمكن أن تتظاهر على شكل ارتشاحات مؤلمة مع تقرحات . تتواجد هذه الآفات عند الكهول أيضاً .

**التشريح المرضي النسجي** : يبدي الآفات الجلدية الباكرة تزايداً في المنسجات الفتية متوضعة بشكل مسيطر حول الأوعية الدموية في الأدمة العليا ( المرحلة التكاثرية ) . وبقدر ما تتقدم الآفات ، يمكن مشاهدة عدلات وحمضات ولمفاويات

ومصوريات . ويمكن للرشاحة الحبيبومية أن تغزو عميقاً نحو النسيج الضام في الأدمة ( المرحلة الحبيبومية ) . يمكن إظهار الشحوم داخل الخلايا ( المرحلة الصفرومية ) . تتحول المنسجات إلى خلايا رغوية باحتوائها على قطرات دقيقة شحمية مختزنة ، كما أن مشاهدة الخلايا الرغوية العملاقة أمر ليس بنادر . تكون الشحوم المختزنة عبارة عن كولسترول ، وشحوم فوسفورية ، وحموض شحمية حرة مع غليسيريدات ثلاثية . وبسبب التفاعل الخلوي الالتهابي المرافق ، تبدو الصورة عديدة الألوان أكثر منها صفروماً حقيقاً . وأخيراً يميل التليف المتزايد ليحل محل النسيج الضام ( المرحلة الليفية ) وباعتبار أن التراكم الشحمي هو من طبيعة كولسترولية فقد اعتُبر الداء داء خزن للكولسترول . وعلى كل حال ، فإن خزن الشحوم هو أمر ثانوي ويسبقه دائماً تكاثر خلايا لانغرهانس الشبيهة بالمنسجات .

**السير** : شوهد تراجع عفوي للداء ، إلا أن الوفاة تحدث عادة إذا لم يعالج الداء . يكون إنذار هذا الداء المزمن أفضل حيث يترقى بمرور الزمن .

**التشخيص التفريقي** : أكثر ما يتضمن : التهاب الجلد المثي وداء داريه أو داء هيلي هيلي إذا لم يتظاهر الداء سوى في الثنيات . ويجب الأخذ بعين الاعتبار التدرن القرحي إذا ما كانت الآفات حبيبومية قرحية في المخاطيات والمناطق الشرجية التناسلية . وكذلك الأدواء الدموية والتنشؤات الخبيثة ويجب كذلك استبعاد الورام الأصفر المنتثر مع بوالة تفهة . ويجب إجراء الخزعة وتأكيد التشخيص بالمجهر الالكتروني والدراسة الخلوية المناعية ( OKT – 6, S100 ) حين الحاجة .

**المعالجة** :

*الجهازية* : تم تحقيق نجاح مقبول بمشاركة مقادير معتدلة من الستيروئيدات القشرية ( ٤٠ ملغ بردنيزولون تقريباً ، أو نبدأ بمقادير معادلة من الستيروئيدات الأخرى ) مع موقفات الانقسام الخلوي كالميتوتركسات ، السيكلوفوسفاميد ، الفينبلاستين أو الأزاتيوبيرين ) . وتتطلب معالجة البوالة التفهة بالفازوبريسين .

*الموضعية* : تعالج الآفات الندبية والمتقرحة اعتماداً على حالتها السريرية بضمادات رطبة ، ومحاليل ملونة ، وصبغات أو رهيمات حاوية على الستيروئيدات القشرية ، أو دهون الزنك ( مع ٠,٢٥ – ٠,٥٪ من الكليوكينول ) وخاصة للآفات الموجودة في المناطق ما بين الأفوات . من الهام إجراء المراقبة تحسباً للخمج الجرثومي أو الفطري – الثانوي ( المبيضات البيض ) . تعالج آفات الجلد بأشعة X الخفيفة وبالتشعيع للآفات العظمية أو للمنطقة النخامية حيث يمكن أن يؤدي إلى تراجع الداء . ويفيد الميكلوريتامين موضعياً في شفاء التقرحات .

## الحبيبوم الحمض في العظم Eosinophilic Granuloma of Bone :

**التعريف** : شكل حميد عادة من داء كثرة المنسجات X ، يشاهد في العظم وبشكل أندر في الجلد مع/أو الأغشية المخاطية . ويعد عادةً واحداً من أعراض داء هاند – شوللر – كريستيان – وليس له علاقة بالحبيبوم الوجهي مع كثرة الحمضات .

**الحدوث** : نادر ، تكثر مشاهدته عند الأطفال في سن ١ – ٥ سنوات .

**الأسباب والإمراض** : السبب غير معروف ، أما فيما يتعلق بالإمراض : فهو عبارة عن خلايا مشبهة بالمنسجات مع حبيبات خلايا لانغرهانس ، وحمضات عديدة ، وخلايا كثيرة أخرى كما هي الحال في التفاعل الحبيبومي لداء كثرة المنسجات X .

**الموجودات السريرية** :

*التبدلات العظمية* : تظهر بشكل بؤر معزولة أو متعددة وهي الأقل شيوعاً حيث تبدو بالأشعة على شكل وضوحات قد تؤدي إلى كسور عفوية . وحينما تشاهد مثل هذه الآفات في المنطقة النخامية يمكن أن تحدث بوالة تفهة .

*الآفات الجلدية* : وهي توافق ما يشاهد في داء هاند – شوللر – كريستيان . وتتطور كآفات مرتشحة التهابية شبيهة باللويحات ، جيدة التحدد ، تميل للتقرح بشكل مؤلم أو كحطاطات صفراء بنية . وإن الأماكن الانتقائية هي الفروة ، المنطقة الصدغية وبخاصة أيضاً المنطقة الشرجية التناسلية حيث يمكن أن تتظاهر على شكل آفات مرتشحة بشدة مؤلمة متقرحة وقد تبقى لفترة طويلة حتى يتم تأكيد تشخيصها بالفحص النسيجي . وقد لوحظت حطاطات متفرقة مع جلبات كتلك المشاهدة في داء أبت – ليترر – سيوي .

*آفات مخاطية الفم* : شائعة الحدوث ، تبدو على شكل رشاحات عقيدية منبسطة أو مسطحة مع ميل للتقرح .

**التشريح المرضي النسجي** : تفاعل حبيبومي مع تراكم واسع لمنسجات لانغرهانس وخلايا التهابية أخرى وعلى الخصوص عدد كبير من الحمضات . لا يشاهد تراكم الشحوم عادة في الجلد لكنه غالباً ما يشاهد في الآفات العظمية . وفي الحالات المشكوك بها قد يحتاج التشخيص للدراسة بالمجهر الالكتروني مع دراسات الأضداد ( OKT – 6, S – 100 ) .

**الإنذار** : جيد عادةً ، وبخاصة بسبب الهجوع العفوي الذي قد يشاهد خلال عدة سنوات ، إلا أنه شوهدت عدة حالات من السير نحو الوفاة .

**التشخيص التفريقي** : مماثل لداء هاند – شوللر – كريستيان .

**المعـالجة** : كما هي الحـال بـالنسبـة لداء هـانـد – شـوللر – كريستيـان . تعالج الآفات العظمية المفردة شعاعياً . وتتطلب الارتشـاحـات الجلدية تشعيعاً منخفض الطـاقة ( أشعـة X الخفيفة ) . ويمكن أن يوصى باستئصال الآفات المفردة .

## ابيضاض الوحيدات Monocytic Leukemia :

يعزى ابيضاض الوحيدات إلى داء تنشؤي مجموعي لجملة وحيدات النوى البلاعم . يفترض وجود خلية جذعية مشتركة للسلاسل وحيدة النوى والمحببات ، ولذلك يمكن فهم وجود أنماط انتقـاليـة بين الابيضـاضـات الوحيدة ، والابيضـاضـات النقيـانيـة الوحيـدة والابيضـاضـات النقيـانيـة . ومن أجل التظاهرات الجلدية ( انظر الصفحات آخر الفصل ٦٢ ) .

## كثرة المُنسجـات الشبكـي لكـروستي Crosti's Reticulohistiocytosis [ كروستي ١٩٥١ ] :

*المرادفات :* كثرة المنسجات الشبكية ، متلازمة كروستي ، شُباك كروستي .

**التعريف** : لمفومات خبيثة تتكون من ارتشاح لمفاوي يكون عادة على الظهر عند الكهول ، ويتخذ سيراً بطيئاً مترقياً ومميتاً في حده الأقصى . يناقش هذا الداء هنا فقط لأسباب تاريخية إذ أنه يدرس في فصل اللمفومات ( راجع الشكل ٦٤ – ٦ ) .

**الموجودات السريرية** : يبدي الداء تفضيلاً للذكور حيث يكون ٧٠٪ من المرضى رجالاً ، ويصـابون بعد الأربعين من العمر . ومن الخواص الوصفية له أن يبدأ على الظهر حيث يتشكل ورم مفرد أحمر بنفسجي ، ويكون حاكاً بشكل قليل جداً أو غير حاك البتة ، وقد يكون محاطاً بحمامى حلقية . وأحيـانـاً ، تتطور مجموعة من الأورام الصغيرة ، وفي بعض الأحيـان تتـوضع الآفات الأصـلية على الثدي ، والجبهـة أو الفروة ، وتبقى موضعـة لسنوات دون إصـابة العقد اللمفيـة الناحيّة أو الأحشـاء . وبعد وقت غير محدد ، تصـاب العقد اللمفية الناحيّة ثم تنتشر الإصابة بشكل معمم مع سير نحو الوفاة كما في اللمفومات الخبيثة الأخرى .

**التشريح المرضي النسجي** : يتوافق المظهر التشريحي المرضي مع مظهر لمفومات بائيـة الخلايا . ليس للارتشـاح الخلوي ألفـة للبشرة . يتطور ارتشـاح كثيف جداً في الأدمة والطبقة تحت الجلد . ويتكون هذا الارتشـاح من خلايا شبيهـة بأرومات اللمفاويات مع نوى كبيرة ونويات . ويمكن تعيين وظائف هذه الخلايا وبنيتهـا المستدقة ، في كل الأحوال ، على أنها خلايا منسجة . لذلك يعد هذا المرض مرض كثرة منسجات خبيثة عند الوصول إلى حد معين من السير . وقد أظهرت الدراسات وحيدة النسيلة واسمات خلايا بائية كما لوحظ تشابه مع ورم لمفي كبير الخلايا في حالات كثيرة .

**المعالجة** : إن الأورام الجلدية حساسة جداً للأشعة .

## كثرة المنسجـات الخبيثـة Malignant Histiocytosis

[ رابابورت ١٩٦٦ ] :

*المرادفات :* الشبـاك اللبي المنسج Histiocytic Medullary Reticulosis [ سـكـوت وروب سميث ١٩٣٩ ] ، كثرة المنسجات الشباكية الخبيثة ، الشباك اللا ابيضاضي .

**التعريف** : داء حاد إلى تحت حاد يقود نحو الموت بسبب تنشؤ تكاثري لمنسجات غير نموذجية مع بلعمة للعناصر المصورة في الدم ، وخاصة الكريات الحمر ، ولا علاقة له مع مجموعة أدواء كثرة المنسجات X .

**الحدوث** : غير شائع بتاتاً ، والعوامل المسببة غير معروفة .

**الموجودات السريرية** : المظاهر البارزة هي الحمى ، واليرقان ، واعتلال العقد البلغمية ، والضخامة الكبدية الطحالية ، وقلة الكريات ، وارتشاح نقوي . وفي سياق ذلك يمكن تمييز شكل حشوي مع إصابة باكرة للجملة المكونة للدم وشكل جلدي يلاحظ في ١٠٪ من الحالات .

*الآفات الجلدية :* وصفت الآفات التالية :

- الحمامات المرتشحة المحددة .
- حطـاطات منتثرة بنيـة حمراء أو بنفسجية حمراء مع ميل للنزف والتقرح .
- حمامى عقدة ( تشكل أحياناً التظاهر الباكر ) .
- طفحيـة عديدة الأشكـال ( حصبيـة الشكـل ، صدافية ، حطاطية بقعية ) .

**التشريح المرضي النسجي** : رشـاحة حول الأوعية خاصـة ، تعف عن الأدمة الحليمية ، عميقة في الأدمة وتحت الجلد مع كتل من المنسجات اللا نموذجية إيجابية الأستراز ، بلاعم بالعة للكريات الحمر ، محببات ، صفيحات ، هيموسيدرين وشحوم وكذلك وجود خلايا التهابية كما في داء هودجكين .

**السير** : مميت عادة خلال ستة أشهر .

**التشخيص التفريقي** : يفرق عن اللمفـومـات الجلدية ذات الخباثة العالية ، والإفرنجي الثانوي

**المعالجة** : معالجة سمية للخلايا بالمشاركة .

**اللمفوم المنسج Histiocytic Lymphoma** [ روليت ١٩٣٠ ، روسيل ١٩٣٩ ] :

*المرادفات* : الغرن الشبكي الجلدي ، غرن الخلايا الشبكية ، الغرن الشبكي المنسج الأرومي .

**التعريف** : ورم غير شائع بتاتاً مع ميل لإعطاء نقائل ، سببه تكاثر خلايا منسجة شبكية .

**الإمراض** : من المحتمل أن يكون الداء مجموعة متغايرة من الأورام الخبيثة للخلايا الشبكية ، والمنسجات أو للبلاعم الوحيدة الأخرى . وفي حالات عديدة يمكن أن تكون لمفومات مناعية أرومية . ومن المهم إظهار الإنظيات اليحلولية في الخلايا الورمية ويكون للخلايا مستضدات للوحيدات مثل OKM – 1 .

**الموجودات السريرية** : تكون الصورة السريرية متغايرة ، غالباً عبارة عن أورام مفردة ، صلبة بنية أو بنية محمرة تصل إلى حجم البندورة ، تتطور ناشئة من أعماق مختلفة في الجلد ، نامية بسرعة مع تقرح عميق في مركزها . كما يمكن أن تنشأ مجموعات من عقيدات صغيرة حمراء أو بينة غير مؤلمة ، أو تكون أحياناً عبارة عن منطقة ارتشاحية مفردة بحجم متفاوت . إن التوضع الانتقائي هو الوجه والعنق واللوزات . تنشأ بعد ذلك أورام جديدة وهنا يصبح من الصعب أن نقرر فيما إذا كانت الآفات ناتجة عن انتشار عبر الدم أو اللمف أم أنها توضعات عديدة البؤر لهذه الآفات . تصاب الأحشاء والهيكل بشكل ثانوي ، ويمكن حدوث غزو للدم بالخلايا الشبيهة بالوحيدات .

**التشريح المرضي النسجي** : تحت بشرة طبيعية ومحددة بطبقة من النسيج الضام غير مصابة ، يحل محل الأدمة كاملة ونزولاً حتى الطبقة تحت الجلد ارتشاح بمنسجات أو بخلايا شبيهة بالمنسجات شبكية . كما وتشاهد خلايا شبكية نيرة كبيرة ( صورة السماء المرصعة بالنجوم ) وترى كذلك ظاهرة البلعمة للكريات الحمر . وفي الأشكال الأكثر نضجاً ترتبط الخلايا الورمية بشبكة ألياف ولوعة بالفضة ( تلوين غوموري ) .

**السير** : لا يكون الإنذار ميؤساً منه بالكامل حينما تعالج الأورام المنفردة ، أما في الأورام الأكثر امتداداً فتكون الوفاة محتومة .

**التشخيص التفريقي** : اللمفومات الجلدية ذات الخباثة العالية ، الفطار الفطراني المفاجئ أو غرن كابوزي .

**المعالجة** : استجابة جيدة للتشعيع X ، يمكن استئصال الآفات الصغيرة مع هامش أمان واسع ، وفيما بعد ، معالجة موقفة للانقسام مشاركة ، كما هي الحال في اللمفومات عالية الخباثة ، مثلاً مع COP [ ( سيكلوفوسفاميد – أونكوفين – ( فينكرستين ) بردنيزولون ] وبخاصة مع COP – BLEO ( مع بليوميسين ) وكذلك MEV [ ميتوتركسات ، اندوكسان ( سيكلوفوسفاميد ) ، فنكرستين ] .

**الشباكات الجلدية Cutaneous Reticulosis** :

لقد استخدم تعريف الشباكات الجلدية لوصف تكاثرات تنشؤية مجموعية مستقلة غير تراجعية لخلايا منشؤها من الجملة الشبكية البطانية ، والشبكية المنسجة أو الجملة الشبكية البرّانية في الجلد .

نحن نعلم الآن أن معظم ما كان يوصف كشباكات جلدية يجب اعتباره لمفومات خبيثة وابيضاضات وحيدات ، وإن ما تبقى من شباكات جلدية هو عبارة عن تكاثرات خبيثة مجموعية يحتمل نشوؤها على حساب الخلايا المتغصنة والخلايا الشبكية الفَوْتيّة ، وهذا أمر نادر الحدوث جداً .

# الفصل الخامس والستون

# المتلازمات المواكبة للأورام

# Paraneoplastic Syndromes

د . صالح داود

يستعمل مصطلح المتلازمات المواكبة للأورام للدلالة على الآفات الجلدية المرافقة للأمراض الخبيثة الحشوية ، ولهذا فهي تعتبر ذات أهمية تشخيصية وذات دلالة على هذه الأورام . والآفات الجلدية ليست ذات صلة مباشرة بالورم الخبيث حيث أنها لا تمثل نقائل ورمية .

ويختلف إمراض المتلازمات المواكبة للأورام من حالة إلى أخرى : فيمكن أن يكون تفاعلاً أرجياً جلدياً نحو المستضد الورمي أو نتيجة وسطاء Mediators ، أو ببتيدات أو هرمونات مفرزة من الأورام .

وتظهر الأورام والآفات الجلدية معاً في نفس الوقت أو تباعاً خلال فترة وجيزة . ويستمر تواجد كل من الورم والآفة الجلدية بعد تشكلهما .

وليس من النادر ترافق بعض الخباثات بآفات جلدية نوعية ذات دلالة كبيرة عليها ، مثل ، السرطانة الغدية وترافق بداء الشواك الأسود ، أو بمتلازمة غامل Gammel . وقد تكون الآفة الجلدية شائعة نسبياً أو نادرة : مثال ، تقران النهايات لبازكس - دوبري Bazex - Dupre . وفي حالات الأورام الخبيثة الوراثية ( مثال : متلازمة غاردنر ) فإن الآفات الجلدية لا تتطور دائماً بشكل متزامن مع الأورام ، وقد لا تأخذ سيراً موازياً لهذه الأورام .

ويميز الأدب الطبي بين شكلين من المتلازمات المواكبة للأورام :

- شكل يسمى بالمتلازمات المواكبة للأورام الإجبارية Obligate ، ويعني ظهورها وجود ورم خبيث .
- وشكل آخر ويسمى بالمتلازمات المواكبة للأورام الاختيارية Facultative والتي نادراً ما تترافق بأورام خبيثة .

**الجدول ٦٥ - ١ : المتلازمات المواكبة للأورام**

| الموجودات الجلدية | الورم الخبيث أو المرض الأساسي | المشاركة |
|---|---|---|
| * **المواكبات الجلدية للأورام التي ترافق الأورام الخبيثة إلى حد بعيد :** | | |
| - الشواك الأسود الخبيث | أشكال مختلفة من السرطانات الغدية في الأحشاء على الأغلب في المعدة: ٦٤٪ - أورام في البطن ( غير المعدة ) ٢٧٪ - أورام خارج البطن : ٩٪ | ١٠٠٪ غالباً |
| - تقران النهايات المواكب للأورام ( بازكس وآخرون 1965 ) | سرطانة السبل التنفسية العليا أو السبيل الهضمي العلوي أو نقائل سرطانية في العقد المنصفية والرقبية وتشاهد فقط لدى الذكور في أعمار فوق ٣٨ سنة | ١٠٠٪ غالباً |
| - الحمامى الملتفة الزاحفة ( متلازمة Gammel 1952 ) | سرطانة غدية ( الثدي ، الرئتان ، الأمعاء ) ، وغالباً أورام غير غدية تركب عديدات الببتيد | ١٠٠٪ غالباً |
| - فرط أشعار وبري كسبي ( مرادفه : داون الخبيث ) | سرطانات : المثانة ، المرارة ، الرئتان ، القصبات ، السبيل المعدي المعوي | ١٠٠٪ غالباً |
| - متلازمة الغلوكاغونوم Glucagonoma (Becker 1942) المرادفات : التهاب الجلد بالعقديات السطحي المتحلق Rothman) 1925) ، الحمامى المنخرة الهاجرة ، الحمامى الهاجرة المنخرة في خلايا - $\alpha_2$ في ورم المعثكلة المواكب للورم الخامس الجلدي الإجباري (Röckle 1977) | سرطانات : المعثكلة ؛ التهاب المعثكلة المزمن المتكلس دون ورم | ١٠٠٪ غالباً |

| الموجودات الجلدية | الورم الخبيث أو المرض الأساسي | المشاركة |
| --- | --- | --- |
| * المواكبات الجلدية للأورام التي ترافق الأورام الخبيثة بنسب متفاوتة : | | |
| ـ السماك الكسبي ، التقرانات أو الإكزيمة المعممة | داء هودجكين ، لمفوم لاهودجكين ، سرطانة | شائعة |
| ـ ثخن الجلد والسمحاق الكسبي وجلد الرأس المتلفف ( المرادفات : متلازمة تورين ـ سولنت ـ كول | سرطانة القصبات ـ الورم المتوسطي الجنبوي | شائعة |
| ـ التقرانات الراحية الأخمصية المكتسبة | سرطانات المري ـ الرئتين ـ المعدة | شائعة |
| ـ متلازمة بلوم | ابيضاضات الدم | شائعة |
| ـ الفقاعاني الفقاعي | سرطانة ( أورام في حوالي ٢٠٪ من هذه الحالات ) | أحياناً |
| ـ التهاب الجلد الحلئي الشكل | نموذج ورمي غير محدد | غير شائعة |
| ـ التهاب الجلد والعضل عند الكهول | سرطانة : الرئتين ، الثدي ، المبيض ، المعدة ، التهاب الرئتين الخلالي المنتشر المميت | شائعة |
| ـ خلل التقرن الولادي ( متلازمة : زنسر ـ كول ـ انغمان ) | سرطانات متشكلة على بقع الطلوان في الفم أو الناحية التناسلية | شائعة |
| ـ متلازمة الوحمة البشروية ( أولندورف وكورث ) ، المتلازمة الشبيهة بالورامات العدسية | سرطانة المعدة ، الأمعاء ، الثدي | نادرة |
| ـ انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الكسبي | سرطانة وسفية الخلايا في الأغشية المخاطية | نادرة |
| ـ الثآليل المثية الطفحية والنمشات ( علامة ليزر ـ تريله 1890 ) | سرطانة غدية | نادرة |
| ـ الحمامى كمواكبة للورم | سرطانات المبيض : اعتلالات غاما غلوبولين وحيدة النسيلة | نادرة |
| ـ الحمامى الحلقية النابذة | داء هودجكين ، لمفوم لاهودجكين ، سرطانة | نادرة |
| ـ الأحمرية | ابيضاض دم لمفاوي مزمن ، لمفوم خبيث | نادرة |
| ـ داء السليلات العائلي ، داء السليلات القولوني . المرادفات : كيسات بشروية مرافقة لمتلازمة غاردنر (Cripps, Deric, Busny, Gardner and Richards) | سرطانات القولون | شائعة |
| ـ فرط التقرن خيطي الشكل في ورم المصوريات | النقيوم المتعدد | نادرة |
| ـ الداء المخاطيني الجريبي ، الأشكال الثانوية أو العرضية | داء هودجكين : اللمفوم التائي اللاهودجكيني | نادرة |
| ـ البيغ ( سيروتونين ) | أورام سرطاوية ( كارسينوئيد ) ، سرطانة المعدة | شائعة |
| ـ حلأ نطاقي معمم | نمط ورمي غير محدد ، لمفوم خبيث ، داء هودجكين ، سرطان ثدي | نادرة |
| ـ متلازمة الأورام العابية المتعددة (Weary) . المرادفات : الورام الحليمي في الشفتين والحلقوم (Loyd and Dennis) ، متلازمة كاودن | سرطانات : الثدي ، القولون ، الدرق | شائعة |
| ـ الفقاع الشائع والفقاع الورقي | ورم توتي ، لمفوم ، ونادراً سرطانة | نادرة |

| الموجودات الجلدية | الورم الخبيث أو المرض الأساسي | المشاركة |
|---|---|---|
| ـ حكة ، حكاك ، شرى | سرطانة ، داء هودجكين ، لمفوم لاهودجكيني | نادرة |
| ـ تصلب جلد كاذب | ورم المصوريات ، لمفوم لاهودجكين ، سرطانة قصبات | نادرة |
| ـ تقيح الجلد المواتي ( المرادفات : التهاب الجلد التقرحي ) | ورم المصوريات ، اعتلال غلوبوليني ، ابيضاض دم | نادرة |
| ـ كثرة المنسجات الشبكي ( المرادفات : التهاب المفاصل الجلدي الشحماني ) | غرن ، سرطانة المعدة أو القصبات ، أورام أخرى | شائعة |
| ـ وذمة مخاطية تصلبية | كثرة المصوريات ، ورم المصوريات | نادرة |
| ـ آفات جلدية مرافقة لورم محدث لبروتينات قرية : تزرق شبكي ، شرى البرد ، ظاهرة رينو ، الفرفرية ، نخر | ورم المصوريات ، الغلوبولينات الكبرية ، لمفوم بائي الخلايا لاهودجكيني | شائعة |
| ـ البثار تحت الطبقة المتقرنة ( سيندون ـ ويلكنسون ) | ورم المصوريات | نادرة |
| ـ التهاب الوريد الخثاري الهاجر | سرطانات : المعثكلة ، الأمعاء ، الجهاز البولي | نادرة |

# الفصل السادس والستون

# مبحث أمراض المستقيم وطب الجلد

# Dermatological Proctology

د . عبد الحكيم عبد المعطي

يقوم أطباء الجلد بالتعاون مع أطباء الجهاز الهضمي والأطباء الجراحين من أجل تشخيص وعلاج اضطرابات الجهاز الشرجي المستقيمي ( Anal Symptom Complex ) . تُشكل البواسير واختلاطاتها ، بالإضافة إلى الجلادات الشائعة في الناحيتين الشرجية وحول الشرج ، الحالات الأكثر أهمية في مبحث أمراض المستقيم . هذا وتعد اضطرابات الجهاز الشرجي المستقيمي المعقد وظيفياً شائعة جداً ، فحوالي ٧٠٪ من مجمل البالغين تحدث عندهم أعراض مستقيمية أو شرجية . يمكن تشخيص هذه الآفات عادة بالاعتماد على القصة السريرية الدقيقة ، مع استخدام طرائق الاستقصاء الطبي المعتدلة الكلفة والمتعددة نسبياً .

**القصة السريرية والأعراض :**

تشكل القصة السريرية الدقيقة عاملاً هاماًفي تشخيص الاضطرابات المستقيمية كما هي الحال في ميادين الطب الأخرى . ينبغي على الطبيب أن يسأل مريضه عن الأعراض التالية في الناحية الشرجية : الحكة ، وحس الحرق ، والنضح Exudation ، والنَتَن Fetor ، والألم التشنجي ، وخروج الدم الأسود أو الأحمر اللمّاع عفوياً أو أثناء التغوط . ومن المهم أيضاً الاستفسار عن عادة التغوط فيما إذا كانت طبيعية أو كان هناك أي تبدل واضح حديث فيها ، كما يُستفسر عن الإمساك والإسهال ، وسلس البراز ، وعن استعمال الملينات ( أو الإفراط في استعمالها ) . هذا ويجب أن تشمل القصة السريرية أيضاً معلومات عن الأدواء المجموعية وخاصة التهاب الأمعاء ، والاعتلالات الكبدية ، والأدواء الاستقلابية ، وفقدان الوزن دون سبب ظاهر . يمكن للقصة العائلية أن تكشف في بعض الأحيان عن وجود أهبة عائلية للإصابة بالبواسير أو الدوالي ، أي وجود « ضعف في النسيج الضام » . يجب ان تشمل القصة أيضاً معلومات عن الفحوصات والاستقصاءات المستقيمية السابقة ، والمعالجات الجراحية وغير الجراحية ، والأدوية التي استعملها المريض . كما ينبغي على الطبيب فحص مريضه للبحث عن علامات التأتب أو الصُداف .

**إجراءات الفحص في الاضطرابات الشرجية المستقيمية :**

إن فحص المريض بوضع الانحناء Stooping Position يقتصر في أحسن الأحوال على إظهار الآفات الخارجية التوضع ( المعاينة الخارجية External Inspection ) . وقد ثبت أن لوضع الانسداح Lithotomy Position بشكل خاص فائدة كبيرة عند فحص المنطقة الشرجية . ومع ذلك يفضل بعض الأطباء فحص هذه المنطقة بالوضع الجانبي Lateral Position ، أو بالوضع الركبي المرفقي Knee – Elbew Position ، لكن هذا الوضع قد يسبب إزعاجاً كبيراً للمريض . وإذا أردنا استخدام ميناء الساعة لتعيين الموجودات السريرية في الناحية الشرجية ( كقولنا مثلاً إن الآفة تتوضع في الحلقة الشرجية عند الساعة الثالثة ) ، فإننا يجب أن نضع المريض دائماً بوضع الانسداح ، أي أن العجان في هذا الوضع سوف يكون عند الساعة ١٢ .

**المعاينة Inspection :** يمكن بواسطة المعاينة تمييز التعطن والآفات التآكلية للمذح ، والتحزز ، وتوسف الإكزيمة الشرجية المزمنة ، والشقوق ، والنواسير الخارجية ، واللقموم الحليمومي المؤنف ، والخُطاط البوفناني Bowenoid Papulosis ، والخطاطات النضحية للقموم المنبسط في سياق الإفرنجي الثانوي ، والزوائد الجلدية ( الزغات ) ، والأورام الجلدية ، والوسوف الطويقية الشكل Collarette – like مع البثرات الهامشية التوضع في داء المبيضات حول الشرج . وإذا ما طُلِبَ من المريض أن يشد بلطف فإنه من الممكن أيضاً رؤية الكتل الباسورية ، أو تدلي الشرج ، أو شقوق الشرج .

**الفحص الإصبعي Digital Examination :** يمكن الجس بواسطة السبابة المستورة بالقفاز والمطلية بالوذلين حتى مسافة أعظمية تقدر بنحو ١٠ سم . يُستخدم الفحص الإصبعي لتقيم مقوية المصرة الشرجية ، ولكشف الفجوات ( الفضوات ) في المصرة الشرجية ، ولفحص سطح المخاطية المستقيمية ( للتحري عن وجود العقيدات ، أو الأورام ، أو التقرحات ) ، ولفحص الموثة أو القسم المهبلي Portio Vaginalis . وفي الأحوال النظامية ينغلق الشرج عفوياً وبشكل فوري بعد سحب الإصبع الجاس . هذا ويجب فحص السبابة الجاسة بعد سحبها للكشف عن أية آثار مخاطية او قيحية أو دموية عالقة بها . تُسبب الشقوق الشرجية ألماً شديداً وانغلاقاً تشنجياً في المصرة الشرجية ، ولذلك يجب في هذه الحالة عدم إجراء الفحص الإصبعي إلا بعد إجراء التبنيج الموضعي ، ويمكن تعيين موضع الشق الشرجي بإيلاج ماسحة قطنية Cotton Swab في الفوهة الشرجية ، فتبدي بعد سحبها خطاً دموياً في جهة الشق الشرجي .

**تنظير المستقيم Proctoscopy** : مناظير المستقيم Proctoscopes أنابيب بطول ٨ – ١٥ سم وبأشكال مختلفة . فبعضها ينتهي برؤوس مفتوحة بشكل مائل ، وبعضها له جوانب مثقبة ، وبعضها الآخر يكون على شكل مناظير جوفية Specula . تُضاء هذه المناظير بعد إيلاجها داخل الشرج ، وتسمح بتشخيص الآفات التالية : الكتل الباسورية ، والتبدلات الالتهابية في مخاطية المستقيم ، والأورام السليمة كالسلائل Polyps أو اللقمومات المؤنفة الداخلية ، والأورام الخبيثة كالسرطانات .

وعند وجود أدنى شك بتوضع آفات على مسافات أبعد من مجال الرؤية المنظاري المستقيمي ، فإنه يجب الاستعانة بتدابير تشخيصية أخرى حالاً ، مثل تنظير المستقيم والسيني Rectosigmoidoscopy . أو تنظير القولون Coloscopy ، أو التصوير الشعاعي ، أو التصوير المقطعي المُحوسب Computed Tomography ، وذلك لنفي سرطانة المستقيم أو القولون .

## البواسير Hemorrhoids :

*المرادف :* Piles « بواسير » .

**لمحة تشريحية :**

هي ليست بدوالٍ في الناحية الشرجية ( أي توسعات في الضفيرة الوريدية ) ولكنها ضخامات مرضية في التلفيفات الوعائية للجسم الكهفي المستقيمي Corpus Cavernosum recti . يقع هذا الجسم الناعظ تحت الغشاء المخاطي في الثلث القمي ( القحفي ) Cranial Third من قناة الشرج ، وينتمي وظيفياً إلى عضو الحصر ( الاحتباس ) العضلي الوعائي الشرجي المستقيمي Anorectal angiomuscular continence organ . تتميز الأوعية الدموية في هذا الجسم الكهفي بكونها ذات لمعات واسعة ، وجدران رقيقة ، فتشبه تلك الموجودة في الأعضاء التناسلية الناعظة عند الذكور . تتغذى هذه الأوعية عن طريق ثلاثة من الشرايين الانتهائية تعبر جدار المستقيم على مسافة تقدر بحوالي ٥ سم فوق الحلقة الشرجية ، أي عند مستوى الخط المسنن Dentate line الذي يُدعى أيضاً الخط المِشْطَوي Pectinate line ، ويحدث هذا العبور من الشرايين الثلاثة عادة عند الساعة الثالثة والسابعة والحادية عشر ( بوضع الانسداح ) . لذلك تعتبر هذه المناطق الثلاث من جدار المستقيم الأماكن المفضلة لتشكل الكتل الباسورية . تنزف هذه الكتل دماً أحمر فاتحاً عند حدوث أقل أذية ، وقد يتطور هذا النزف أحياناً إلى نزف نافوري شديد . قد تسبب الفروع الشريانية عند الساعة الثالثة والسابعة بوضع الانسداح عقيدات باسورية إضافية ( سواتل Satellites ) ( راجع الشكل ٦٦ – ١ ) .

**الإمراض :**

تعد البواسير من الآفات المستقيمية الأكثر شيوعاً . يلعب العامل الوراثي دوراً مؤكداً في نشوئها ، بالإضافة إلى العوامل المسببة الهامة التالية : الإمساك المزمن ( وما يرافقه من شد مديد أثناء عملية التغوط ) ، والإفراط في استعمال الملينات ، ونادراً ما يكون سببها الإسهال . قد يتعزز حدوث البواسير أيضاً باتباع بعض العادات الغذائية كتناول وجبات كبيرة غنية بالمواد الدسمة ، أو باستهلاك كميات كبيرة من الكحول لدرجة إحداث التبيغ Hyperemia ، أو ربما بالجلوس أو الوقف المديدين ، كما تُساعد العوامل الهرمونية والدينمية الدموية Hemodynamic على حدوث البواسير أثناء الحمل ولم يعد يعتبر الضغط الراجع Back pressure الناجم عن أوردة الحوض في حالات تشمع الكبد أو أورام الحوض الصغير عاملاً سببياً هاماً في حدوث البواسير .

ومن جهة أخرى ، يؤدي مرور الكتل البرازية القاسية في حالات الإمساك المزمن إلى تأذي التصريف الدموي للجسم الناعظ Erectile Body عبر التدفق المصري Sphincteral outflow ، ويعتبر هذا عاملاً إمراضياً هاماً ، فقد يؤدي إلى حدوث توسع زائد ثابت وأذية جدارية في التلفيفات الوعائية للجسم الناعظ ، ثم إلى ضخامة هذا الجسم الناعظ أخيراً .

**الموجودات السريرية :**

تُقسم البواسير إلى ثلاث درجات .

**البواسير من الدرجة الأولى** : تبرز واحدة أو أكثر من العقد الحمراء الداكنة داخل القناة الشرجية ، لكنها لا تبرز أبداً وراء الخط المِشْطَوي Pectinate line ، أي أنها تتوضع دائماً على مسافة ٥ سم على الأقل فوق الحلقة الشرجية . هذا ولا يمكن جس هذه العقد بواسطة الفحص الإصبعي لقوامها الرخو ، فتكشف فقط بتنظير المستقيم ، وقد تنزف قليلاً لكنها لا تسبب أي ألم .

**البواسير من الدرجة الثانية** : وهي تلفيفات وعائية عقيدية يمتد بعضها إلى القناة الشرجية ، ويمكن أن تتدلى أثناء عملية التغوط ، ولكنها تتراجع عفوياً بعد ذلك ، هذا وتصبح الآفات محسوسة عند حدوث التليف المترقي فيها ، وتترقى عند ذلك قليلاً .

**البواسير من الدرجة الثالثة** : تتمدد التلفيفات الوعائية على نحو شديد ، وتشكل في بعض الحالات عقداً متطاولة تبرز في اللمعة

على نحو غير عكوس . تتدلى العقد أثناء عملية التغوط ، وقد تسبب في النهاية تدلي الشرج ( الثانوي ) المزمن Chronic (Secondary) anal prolapse حيث نشاهد في هذه الحالة بروز الثنيات المخاطية المحتقنة الحمراء المزرقة مع العقد المتطاولة خارج الفوهة الشرجية . هذا وتُتلف البنية الشرجية بشكل كبير ، ويُؤكد ذلك الفحص النسجي . كما تتأذى الآلية المَصَرِّية الشرجية على نحو شديد ( راجع الشكل ٦٦ ـ ٢ ) .

## الأعراض :

العلامات الرئيسية الهامة للبواسير هي : النزف ، والألم ، والتدلي **Prolapse** . تترافق البواسير من الدرجة الأولى على نحو خاص **بنزف دموي أحمر فاتح** ، وقد يصبح هذا النزف نافورياً أثناء عملية التغوط . تترافق البواسير من الدرجة الثانية **بالصمل التشنجي Spastic Rigidty** ، والقساوة في القناة الشرجية ، كما تكون مصحوبة **بالألم** أثناء عملية التغوط وخاصة إذا أصبحت العقد الباسورية مختنقة أو مخثورة ، وهذه اختلاطات ممكنة الحدوث . قد تسبب البواسير من الدرجة الثالثة ( خاصة بوجود **التدلي الشرجي Anal prolapse** ) تأذي **الحصر الشرجي Anal continence** ، والإفرازات الدائمة والإكزيمة الشرجية المزمنة الواضحة ، والحكة الشديدة .

## الاختلاطات :

تُسبب الإفرازات الناجمة عن بواسير الدرجة الثانية أو الثالثة تخريشاً دائماً في الناحية حول الشرج ، وهذا قد يُسبب مذحاً ، أو **إكزيمة شرجية مزمنة** .

وعدا عن ذلك فكثيراً ما تؤدي الأدوية الشرجية ( المراهم أو الحمولات الباسورية ) إلى حدوث تحسس بالتماس ( **إكزيمة شرجية أرجية مزمنة** ) ، ويحدث هذا التحسس بشكل خاص تجاه السواغات ( الكحول الصوفي Wool alcohol ، وزبدة الكاكاو Cocoa butter ، وبلسم البيرو Balsam of Peru ) ، أو مضادات الحكة ( البنزوكائين ، والهاماماليس « بندقة الساحرة أو شجرة الحمام » Hamamelis » ، والمنتول ، والفينول ) ، أو مضادات الجراثيم ( اليود ، والريزورسينول Resorcinol ، والزئبق والنيوميسين ) .

قد تؤدي النتحات النازة ، وخاصة تلك الناجمة عن التهاب المستقيم المزمن ، لحدوث تعطن في الناحية حول الشرج ، وهذا قد يُسبب مذحاً شرجياً مزمناً ، أو حكة شديدة ، أو إكزيمة شرجية تخريشية ( لا أرجية ) . وليس من النادر حدوث أخماج إضافية **بالمبيضات البيض** ، تنشأ عادة في سياق داء المبيضات المعوي . هذا ويُعزز كل من المذح المزمن والإكزيمة الشرجية المزمنة انتشار اللقموم المؤنف الشرجي وحول الشرج .

قد يحدث أيضاً خُثار فجائي في البواسير . ويتصف هذا **الخُثار الحاد لما حول الشرج Perianal thrombosis** بظهور عقيدات مؤلمة جداً ، تبرز من الحلقة الشرجية وتأخذ اللون الأسود المزرق ، وقد يبلغ حجمها حبة الكرز .

## التشخيص التفريقي :

يجب عدم الخلط بين البواسير والحطاطات النازة للقموم المنبسط ( التفتيش عن العلامات الأخرى للإفرنجي ، والتحري عن اللولبيات المسببة باستخدام المجهر ذي الساحة المظلمة ، وإجراء الاختبارات المصلية للإفرنجي ) .

كما أنه من الأهمية بمكان الانتباه أيضاً إلى عدم تفسير الأعراض والعلامات السريرية لسرطانة المستقيم أو الشرج على أنها بواسير غير مؤذية .

يُفرّق التهاب المستقيم المرافق للبواسير عن السيلان المستقيمي ، وعن الخمج المستقيمي بالمتدثرات . ويشمل التشخيص التفريقي عند حدوث التقرح : الحلأ البسيط الأكّال Phagedenic Herpes simplex ، والآفات الأولية للإفرنجي ، والحلأ البسيط التقرحي في سياق الخمج بحمة العوز المناعي الإنسانية HIV ، والحبيبوم اللمفي الزهري . يشمل التشخيص التفريقي عند حدوث النواسير : التهاب الأمعاء الناحي ( داء كرون ) ، والتهاب القولون التقرحي . وأخيراً يجب تميز البواسير عن العد المقلوب Acne Inversa ، وعن السل تحت الجلد المُنوسِر Tuberclosis subcutanea et fistulosa ، وهي آفة نادرة جداً .

## المعالجة :

**المعالجة التصلبية Sclerotherapy** : تستجيب بواسير الدرجة الأولى ، وخاصة بواسيرالدرجة الثانية منها ( وبخاصة في مراحلها الباكرة ) بصورة جيدة للمعالجة التصلبية ، فيُستعمل لهذا الغرض الكِنين Quinine كمادة مُصلبة ( يُمدد ٢٠ مثل من الـ Quinine dihydrochloride مع الماء المقطر ليصبح المقدار الكلي ١٠٠ مثل ، ويُستعمل هذا المحلول الممدد مُعقماً ) . هذا ويجب إجراء الفحص الإصبعي قبل البدء بأي علاج تصلبي ، ثم يركز منظار المستقيم على العقيدات الباسورية ، وتُزرق قطرات قليلة من المادة المصلبة ( ٠,٢ ـ ٠,٥ ـ ٠,٨ مل ) بواسطة محقنة قَطّارة خاصة Dropper syringe لها قنية طويلة مُزَوَّاة المقدمة Angled ، ويتم هذا الحقن بشكل دقيق وتام تحت الغشاء المخاطي في قاعدة العقدة الباسورية . هذا وينبغي أن تقتصر المعالجة الأولى على عقيدة باسورية واحدة فقط لكي نختبر مدى التحمل عند المريض ، ويمكن بعد ذلك إجراء المعالجة التصلبية بفواصل أسبوعية تقريباً مع علاج عدة

عقيدات في كل جلسة ، ويتطلب الأمر عادة ٨ – ١٠ جلسات ، وقد يكون ضرورياً إجراء معالجات داعمة بفواصل عدة أشهر أو حتى سنوات في بعض الأحيان .

عند وجود الأرجية **Allergy** تجاه مادة الكِنين ، وهذا ما يحدث عند حوالي ١٪ من المرضى ، فإنه يمكن استبدال الكِنين بمادة مُصلبة أخرى هي زيت الفِنول **Phenol oil** بتركيز ٥٪ . كما يمكن الاستعانة أيضاً بالمواد المستعملة في المعالجة التصلبية للدوالي ، مثل مستحضرات اليود والمنظفات **Detergents** .

**المعالجة القرية Cryotherapy** : تعتبر بديلاً للمعالجة التصلبية ، فيؤدي تطبيق المسبار القري **Cryoprobe** إلى تخريب العقيدة الباسورية وذلك بإحداث النخر القري **Cryonecrosis** ، ويُستعمل لهذا الغرض الآزوت السائل ( – ١٩٦ درجة مئوية ) ، أو الأكسيد الآزوتي **Nitrous Oxide** ( – ٨٠ درجة مئوية ) ، أو ثاني أكسيد الكربون ( – ٥٠ درجة مئوية ) .

**التخثير بالأشعة تحت الحمراء Infrared Coagulation** : يمكن استعمال الضوء تحت الأحمر لتخثير البواسير باستخدام تقنية البصريات الليفية **Fiber Optics** .

**المعالجة الجراحية** : تحتاج البواسير الضخمة ، وخاصة بواسير الدرجة الثالثة منها ، وكذلك تدلي الشرج الصريح **Prolapse** ، لإجراء العمل الجراحي من قبل جراح مُختص خبير في مبحث أمراض المستقيم **Proctology** ، تؤدي عملية **Whitehead** ، التي تتألف من استئصال حلقي غير فيزيزلوجي لكامل الجسم الناعظ ، إلى تأذٍ واضح في عملية الحصر **Continence** . لذلك حلّ محلها في الوقت الحاضر عملية **Milligan – Morgan** ، التي تعتمد على استئصال قطعة إسفينية الشكل من الباسور ، مما يسمح بالحفاظ على مساحات جلدية ومخاطية تكفي للحصول على نتائج وظيفية جيدة .

## الإكزيمة الشرجية Anal Eczema :

**التعريف** : مذح حاك مزمن في الناحية الشرجية .

**الإمراض** : تنجم هذه الحالة عادة عن النتحات أو الإفرازات الناتجة عن التهاب المستقيم المرافق للداء الباسوري ؛ فقد تؤدي هذه الإفرازات إلى حدوث تخريش تآكلي تعطني في النواحي الجلدية المتلامسة حول الشرج . قد يعتبر الشرج القمعي من الشكل المنخمص عميقاً عاملاً تشريحياً مُؤهباً لحدوث المذح حول الشرج . هذا ويساعد على حدوث الإكزيمة الشرجية أيضاً الاضطرابات الهضمية ، وسوء العناية الصحية بالناحية الشرجية ، والتفاعلات التخريشية المزمنة ، والمؤرجات بالتماس **Contact allergies** .

**الموجودات السريرية :**

يمكن أن تتجلى الإكزيمة الشرجية بأي شكل من أشكال الإكزيمة المعروفة ، ابتداء بالشكل الحاد الناز ، وانتهاءً بالشكل المزمن المتحزز ، وغالباً ما تترافق هذه الإكزيمة بحكة شديدة . قد تكون الإكزيمة الشرجية المزمنة شكلاً من أشكال التهاب الجلد التأتبي .

**الاختلاطات :**

كما هي الحال في البواسير ، ( **اختلاطات البواسير** ) .

**التشخيص التفريقي :**

تُفرّق الإكزيمة الشرجية عن الصداف الشائع حول الشرج ، وعن الحزاز المسطح ، والحزاز التصلبي الضموري ، وداء باجت خارج الثدي ، والتهاب الجلد التأتبي ، وكثرة المنسجات **X** ، والفقاع التنبتي ، وداء هيلي – هيلي **Hailey – Hailey** .

**المعالجة :**

يُعد التخلص من الإفرازات الناتجة عن المستقيم العابرة للقناة الشرجية الإجراء العلاجي الأهم في الإكزيمة الشرجية . وقد أدت بعض العلاجات المصلّبة **Sclerosing Treatments** ، بما فيها المستعملة في علاج البواسير المهملة سريرياً ، إلى تحسن لافت للنظر . هذا ويجب الاعتناء التام بنظافة المنطقة الشرجية ، فتُغسل هذه المنطقة بعد كل عملية تغوط وتُجفف بعناية ، كما يجب الامتناع كُلياً عن استعمال المراهم ذات النسبة المرتفعة من الدهون ، وخاصة تلك التي تبين أنها مُستأرجات **Allergens** باختبارات الرقعة **Patch tests** . تستجيب الإكزيمة الشرجية الحادة النازة بشكل جيد للرفادات الرطبة ، أو لطلائها بالمحاليل الصباغية ( بنفسجية الجنسيان ١,٠٪ – ٥,٠٪ ، محلول مائي ) ، مع أنه توجد صعوبة كبيرة في تطبيق هذه العلاجات من الناحية العملية أما الستيرويدات القشرية فإنها تؤدي عادة إلى تحسن سريع في الأعراض ؛ وتُطبق لفترات قصيرة على شكل دهون ، أو رغوة **Foam** ، أو مُستحلب ، كما يمكن استعمالها بشكل عجينة **Paste** في الحالات تحت الحادة . ( راجع الشكل ٦٦ – ٣ ) .

ينبغي وضع قطعة من القطن ، أو قماش الموسلين **Muslin** ، أو الشاش في الطية الشرجية كي تبقى النواحي الجلدية المتقابلة جافة . كما ينبغي معالجة **المبيضات البيض** عند اكتشافها في البراز باستعمال النستاتين **Nystatin** ، أو

الأمفوتريسين ب Amphotericin B بطريق الفم ولمدة أسبوع واحد تقريباً .

## الأرغوتية المواتية الشرجية الجلدية Anocutaneous Gangrenous Ergotism [ Wienert و Grussendorf ١٩٨٠ ] :

**التعريف** : داء معروف في الوقت الحاضر ، ينجم عن الإسراف في استعمال الحمولات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين Ergotamine لعدة سنوات ، ويتصف بظهور تقرحات مزمنة ومؤلمة .

**الحدوث** :

نادر جداً . ومع ذلك يبدو أن الحالة أكثر شيوعاً مما هو متوقع وأنها في الغالب لا تُشخص ، مع أن القصة السريرية تكون وصفية جداً ، فهي تَكْشِف عن استعمال المريض للحمولات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين لمعالجة الشقيقة عادة ، ومن هنا فإن الحالة قد تكون أكثر شيوعاً عند النساء .

**الإمراض** :

يبدو أن معالجة الشقيقة لفترة طويلة من الزمن بالحمولات الشرجية المحتوية على الأرغوتامين ، إلى جانب وجود آفات جلدية صغيرة غير ملحوظة في النواحي الجلدية وحول الشرج ، قد تؤدي إلى حدوث تضيق في الأوعية الدموية يتلوه المُوات الثانوي والتقرحات . تحدث هذه القرحات العميقة في الناحيتين الشرجية وحول الشرج ، وتترافق بمفرزات مخاطية قيحية ، وقد تمتد في بعض الحالات حتى مستوى عضلة المصرة الشرجية . تتصف هذه القرحات بكونها مؤلمة جداً عند اللمس ، وذات حدود واضحة ، ولا تترافق بارتشاحات عميقة أو بتلف في الأنسجة التحتانية .

**التشريح المرضي النسجي** :

تُبدي الصورة النسيجية التهاباً لا نوعياً يترافق بثخانة وارتشاح في جدر الأوعية الدموية ، وقد نجد في بعض الأحيان أوعية دموية مسدودة .

**السير** :

يتصف هذا الداء المؤلم بسيره المزمن إذا لم يُعرف السبب . يؤدي التوقف عن استعمال الحمولات الشرجية المحتوية على الأرغوماتين إلى خمود سريع وتام للآفات .

**التشخيص التفريقي** :

تُفرّق الأرغوتية المواتية الشرجية الجلدية عن التقرحات الأخرى الممكن حدوثها في الناحية الشرجية كتلك المرافقة لداء كرون ، والإفرنجي ، والحلأ البسيط في سياق العوز المناعي الثانوي ( حمة العوز المناعي الإنسانية HIV ، واللمفوم الخبيث ) ، والتدرن ، وكثرة المنسجات X ، والحبيبوم اللمفي الزهري ، والأورام الخبيثة .

**المعالجة** :

تكوّن بالتوقف عن استعمال الأرغوتامين مع بعض التدابير العلاجية العرضية .

## الشق الشرجي Anal Fissure :

**التعريف** :

شق شُعي في القناة الشرجية شبيه بالقرحة ، ذو قابلية ضعيفة للشفاء .

**الإمراض** :

قد يساعد على حدوث الشق الشرجي : البراز القاسي ، والبواسير ، والتهاب الوريد الخثاري ، والتشنجات الإقفارية Ischemic spasms في القناة الشرجية . كما يمكن أن تتطور الشقوق الشرجية بدءاً من التآكلات السطحية .

**الموجودات السريرية** :

يمتد الشق الشرجي عادة من الخط المِشْطَوي Pectinate lin حتى حدود الجلد الخارجي دون أن يمتد إليه . وهو ذو قاعدة صلبة ، ويُقدر طوله بنحو ١ سم ، وقد يصل عرضه حتى ٠,٥ سم . وغالباً ما توجد طية جلدية مقابل سطح الشق تُدعى باسم « طية الحارس Sentinel fold » ، وتعتبر من العلامات الهامة الدالة على وجود الشق . تتوضع الشقوق الشرجية غالباً عند الساعة السادسة بوضع الانسداح Lithotomy Position .

العرض الرئيسي في الشقوق الشرجية هو الألم التشنجي الشديد جداً ، إما أثناء التغوط أو بعده ، وقد يكون من الشدة لدرجة إحداث الهَلَع Panic قبل كل حركة معوية ، وهذا قد يفضي إلى تأثيرات نفسانية هامة لا يستهان بها . تُجرى الاستقصاءات الشرجية فقط بعد إجراء التبنيج الموضعي ، وذلك بسبب الانغلاق التشنجي الدائم في المصرة الشرجية .

**المعالجة** :

غالباً ما يؤدي توسيع الشرج بعد إجراء التبنيج الموضعي أو العام إلى تحسن ملحوظ في الشقوق الشرجية ، والشيء نفسه ينطبق على زرق مادة مُصلبة ، أو معلق ستيروئيدي بلوري ممدد تحت الآفة . ومن المعالجات التي يُنصح بها أيضاً بضع المصرة

الشرجية الوحشي أو الأنسي ، أو استئصال الشق الشرجي ، أو المعالجة القرية . هذا وتؤدي المعالجة التصلبية الناجحة للبواسير عادة إلى إزالة الشقوق الشرجية المرافقة في الوقت نفسه .

## الخُثار حول الشرج Perianal Thrombosis :

**المرادف** : الخُثار الوريدي الشرجي الحاد .

**التعريف** :

جُلْطة Colt وريدية ، خُثارية ، مؤلمة جداً ، تتطور بشكل حاد في المنطقة حول الشرج . قد تحدث أحياناً خُثارات متعددة . ( راجع الشكل ٦٦ — ٤ ) .

**الإمراض** :

يؤدي الضغط الناتج عن عملية التغوط ( وخاصة عند تأذي التصريف الدموي بوجود البواسير ) ، والجلوس المديد لحدوث تهتكات في جدران الأوردة حول الشرج ، مما يؤدي إلى تشكل الأورام الدموية و/أو الخُثارات .

**الموجودات السريرية** :

يشعر المريض ببروز كتلة من الفوهة الشرجية ، قد تبلغ حجم حبة الكرز ، وتسبب له ألماً شديداً جداً . يتفاوت لون هذه الكتلة بين الأحمر المزرق والأسود . هذا ويجب عدم إجراء الفحوصات الشرجية إلا بعد إجراء التبنيج الموضعي .

**المعالجة** :

يؤدي الاستئصال الجراحي باستعمال التبنيج الموضعي أو بدونه ، وإزالة الدم المتخثر إلى تحسن الأعراض بشكل فوري ، ويُفضل أن يكون الاستئصال باكراً قدر الإمكان ، كما يجب استئصال جزء من الجدار المتوسع الكيسي الشكل بواسطة المقص لمنع انغلاق الجرح بشكل باكر ، إذ أنه يؤدي لحدوث النكس . تُطبق المراهم المطهرة بعد الاستئصال الجراحي ، وتُغسل الناحية الشرجية بمحلول برمنغنات البوتاسيوم الممدد .

## الزنمات ( الزوائد الجلدية ) الشرجية Anal Tags :

وهي طيات جلدية رخوة غير مؤلمة ، تتوضع خارج الشرج ، أي أنها لا تكبر أو تصغر بالجهد أو الضغط ، وتتلو غالباً الخُثارات حول الشرج . تُشكل الزوائد الجلدية الكبيرة الحجم نسبياً عائقاً أمام الاعتناء بنظافة المنطقة الشرجية ، وهذا قد يُساعد على استمرار الإكزيمة الشرجية المزمنة . يمكن إزالة الزوائد الشرجية بواسطة المشرط ، أو بواسطة سكين نفوذ للحرارة Diathermal Knife وذلك بعد إجراء التبنيج الموضعي .

## النواسير الشرجية والخراجات حول الشرج Anal Fistulas and perianal Abscesses :

غالباً ما تُسبب النواسير الشرجية والخراجات حول الشرج النجيج Discharge ، وسلس البراز ، والحكة الشديدة ، والإكزيمة الشرجية المزمنة ، والألم الشديد أحياناً . وقد يصعب تشخيص هذه الآفات ، فيُستحسن لذلك التعاون مع خبير بطبابة المستقيم Proctologist لتشخيص مواضع هذه النواسير أو الخراجات على نحو دقيق ، ومعالجتها بالشكل الأمثل .

# الفصل السابع والستون

## المعالجة الموضعية للجلادات

## Topical Treatment of Dermatoses

د . عبد الرحمن القادري

إنه لأمر غريب جداً أن يُقتصر في معالجة الأمراض الجلدية على المعالجات الجهازية فقط . إذ من الغالب أن تقوم تلك المعالجة على مشاركة الإجراءات الجهازية والموضعية معاً، وكثيراً ما تكون المعالجة الموضعية كافية بمفردها . ولذا كان ضرورياً على الأطباء الإلمام بالخطوط العامة في تطبيق الأدوية في المعالجات الموضعية للأمراض الجلدية .

وليس هناك مثيل للمعالجة الموضعية للأمراض الجلدية في الحقول الطبية الأخرى . ويجب أن نعتاد على قبول الفكرة القائلة بعدم وجود علاج موضعي يكون محتملاً في جميع الأمراض الجلدية أو أنه ذو فائدة مضمونة . كما أنه لا يوجد شكل مطلق من المعالجة الموضعية . فقد تُحدث المعالجة الموضعية نتائج جيدة في العديد من الحالات ، غير أنها قد تفشل ، أو تؤدي إلى تفاقم الآفة في الحالات الأخرى . وإن من بين الأسباب المتعددة لذلك الفشل أو التفاقم : السواغ ، أو الأساس ، في المعالجة الموضعية ، كالمسحوق والدهون والرهيم والمرهم ، والذي قد يقع عليه الاختيار بشكل غير صحيح . ومن أسباب الفشل أيضاً ، المواد التي قد توجد في السواغ كمواد فعالة ، أو السواغات التي قد يتحسس المريض منها مما يؤدي إلى حدوث التهاب جلد تماسي أرجي حاد .

وتوخياً لإحراز معالجة مثالية ، فإنه يجب تعلم المعالجة الموضعية في الجلادات مع الانتباه الكبير لكل التفاصيل ، والخبرة الفائقة . ويتجلى ذلك بما يلي :

- معلومات عن الأساس ( السواغ ، الحامل ) وتركيبه ، وفعليه الفيزيائي والدوائي الجلديين .
- معلومات عن الأدوية والمواد الفعّالة المشتركة ، البنية الكيميائية ، والكيميائية الفيزيائية والتأثيرات الدوائية الجلدية .
- معلومات عن الاستطباب الصحيح فيما يتعلق بتدابير المعالجة الموضعية .

ولمعرفة هذه المعلومات نقسم هذا الفصل إلى :

- الأساسيات في المداواة الجلدية الموضعية .
- المعالجة الموضعية غير النوعية : المعالجة بالأسس ( السواغات ، الحوامل ) .
- المعالجة الموضعية النوعية : استعمال الدواء أو المواد الفعالة .

### الأساسيات في المداواة الجلدية الموضعية

### Fundamentals of Topical Dermatopharmacology

يبلغ سطح الجلد من ١,٥ ــ ٢ م٢ ، ولذا فهو عضو كبير هام لامتصاص المستحضرات المطبقة موضعياً . وهذا يمكن أن يحدث بطريقين : الأول عبر البشرة ، أما الآخر فيكون عبر جذور الجريبات . وقد تصل المواد الفعالة بواسطة ذلك الامتصاص إلى داخل الجسم ، سواء عن طريق اللمف أو الدم وتؤثر مجموعياً ، كما يحدث في التسمم بحمض الصفصاف والحماض التالي لتطبيق وذلين حمض الصفصاف على مناطق واسعة من الجلد ، كما وإن الأحداث التالية ذات أهمية :

- *التحرر* ***Liberation*** : أي تحرر المادة الدوائية من العقار الموضعي على سطح الطبقة القرنية .
- *الامتزاز* ***Adsorption*** : الربط الفيزيائي الكيميائي السطحي أو التصاق الدواء أو المستحضر الموضعي ببنية الجلد ، وخاصة مع الطبقة القرنية . هذا وغالباً ما تعمل الطبقة القرنية كمؤنة احتياطية للدواء . مثال : الستيروئيدات القشرية المختلفة ، التي تنطلق ببطء من هناك إلى الطبقات الأعمق من الجلد .
- *النفوذية* ***Penetration*** : ينفذ الدواء عن طريق الطبقة القرنية إلى البشرة الحية في حين تبقى البقية المتبقية من الدواء على سطح الجلد ( معدّل الطرح ) .

وتعمل الطبقة القرنية ، كمنطقة حائلة تجاه الأدوية المختلفة ، وخاصة الطبقة المتاخمة ما بين الطبقات السفلية للطبقة القرنية والطبقة الحبيبية ( المنطقة المولدة للقراتين ) . فالشحوم والإنظيمات التقويضية المتعددة كالاسترازات والفوسفوليبيدازات تكون في فعاليتها العظمى في هذه الطبقة ، وتعمل على تحطيم الأدوية كإسترات الهدروكورتيزون .

- *الاختراق ( التوَغُّل )* ***Permeation*** : ويتضمن الحدثيات المعقدة للنفوذية عبر البشرة وجريبات الجلد لمادة أو أكثر . كما وتُعارض هذه النفوذية العديد من الأنظمة ، وذلك بسبب وظيفتها المعيقة في الجلد : كمستحلب سطح الجلد من الشحميات والعرق ، الطبقة القرنية ، المنطقة المتقرنة في قاعدة الطبقة القرنية ، البشرة الحية ، منطقة الغشاء القاعدي للموصل

البشروي الأدمي ، النسيج الضام مع العناصر الأساسية اللحمية المتوسطية ، وجدران الأوعية الدموية واللمفية . هذا وإن النفوذية خلال الجلد محددة أساساً بالعوامل النوعية للجلد نفسه ، والبنية الجزئية ، والسلوك الكيميائي – الفيزيائي ، وتركيز المواد النفوذة .

– *الامتصاص* ***Absorption*** : يتم امتصاص المواد بعد نفوذها ويجري تمثلها في الأوعية الدموية واللمفية .

– هذا ويمكن إحراز معلومات دقيقة جداً عن الفائدة الحيوية للدواء المطبق موضعياً وذلك باستخدام الطرائق الحديثة للإجراءات وخاصة النظائر المشعة . كما يعتمد الامتصاص ، والنفوذية ، والاختراق ، وامتصاص الدواء من سطح الجلد إلى داخله على وظائف الجلد المختلفة .

*عمر المريض* : تتصف جلود الأطفال بنفوذية كبيرة ومتميزة نسبة إلى جلد الكهول . وتبعاً لذلك فإن امتصاص السموم يكون أسهل عند الأطفال ، كما لو عولجت مناطق واسعة من الجسم بكمادات مرطبة من حمض البوريك أو بالوذلين الصفصافي . ويظهر عند الأطفال أعراض تأذ للجملة العصبية المركزية نتيجة امتصاص الهكساكلورفين .

*المنطقة الجلدية* : إن المنطقة من الجلد التي يطبق عليها الدواء ، تلعب دوراً هاماً في درجة اختراق وامتصاص الدواء الجلدي . فكلما ازدادت كثافة الأشعار ، أو جريبات الغدد الزهمية كلما ازداد الامتصاص . ويكون الامتصاص كبيراً في جلد الصفن ( ١٠٠ ضعف مقارنة مع مناطق الجلد الأخرى ) . كما تعدُّ سماكة الطبقة القرنية أيضاً عاملاً حاسماً ، إذ يكون اختراق الأدوية ، كالستيروئيدات مثلاً ، قليلاً نسبياً على الراحتين والأخمصين ، وفي الأمراض الجلدية مفرطة التقرن . وعلى الأطباء الجلديين معرفة ذلك بشكل جيد حين معالجتهم للإكزيمة مفرطة التقرن أو الإكزيمة المتشققة على اليدين . هذا ويمكن الحصول على نفوذية أفضل بانتخاب الأساس الملائم . .

*التغيرات المرضية للطبقة القرنية* : يزداد امتصاص الدواء بوضوح بعد إزالة الطبقة القرنية بواسطة شريط لاصق أو بعد إزالة الدهن . كما يحدث ازدياد في الامتصاص إذا ما تبدّل التقران نفسه . وهكذا مثلاً ، فإن الامتصاص يزداد في الآفات الصدافية عدة مرات نسبة للجلد السويّ ، كما أن الامتصاص يكون أكبر بسبب تفرق الخلايا المتقرنة المتبدلة وغياب العائق .

*إماهة الطبقة القرنية وحرارة الجلد* : لكلا العاملين تأثيرات هامة في نفوذية المواد المطبقة على سطح الجلد ، إذ يزداد نفوذ الستيروئيدات القشرية مثلاً ما بين ١٠ – ١٠٠ مرة وذلك عند إماهة الطبقة القرنية ، والذي قد يتم تحت ضماد كتيم . ويحدث الفعل الانسمامي للأنترالين ( ديترانول ) في المناطق المذحية ، رغم أن تركيزه يكون حسن التحمل في المناطق الأخرى من الجلد . وحين يُعاق تبخر الماء من سطح الجلد ، تزداد رطوبة الطبقة القرنية ( تأثير انتباجي تورمي ) ودرجة نفوذيتها .

*الإمداد الدموي الجلدي* ***(Cutan. Blood Supply)*** : إن فرط الإمداد الدموي للجلد ( فرط الدموية ) يزيد عموماً من امتصاص الدواء المطبق موضعياً .

*تأثير الأساس ( السواغ ، الحامل )* : تكون المركبات نفوذة في الجلد في حالة ما إذا كان الدواء ذواباً في الأساس . وهذا يعني وجوب اختيار السواغ المناسب لكل دواء والموافق للشكل الدوائي المرغوب فيه . وأكثر من ذلك يجب أن نتذكر بأن الأساس ( بعد تطبيقه على الجلد ) قد يكون مؤثراً على الطبقة القرنية وذلك بتغيير مقدار الماء المتبخر والحرارة المنبعثة من الجلد ( يزيد في الإماهة ) . هذه التغيرات نفسها قد يكون لها تأثير على اختراقية الدواء ، علماً بأن العديد من الأدوية يمكن أن تخترق البشرة بفاعلية أكبر حينما تطبق على شكل مستحلب ، أي في سواغ ( دهن في الماء ) ، مما لو طبقت على شكل مرهم دهني صافٍ . وإن لكل من الوزن الجزيئي ، والبنية الكيميائية ، وخواص المادة القابلة للذوبان ، والتركيز ، وإلفتها بأساس المرهم إلخ ... تداخلاً على التأثير النهائي للمواد الفعّالة .

وقد يتحرك الدواء بسهولة من الطبقة القرنية إلى المناطق العميقة من الجلد نتيجة النفوذية ، كما أن المشاركة مع حمض الصفصاف أو البولة قد تحسن النفوذية . وتمتلك البشرة وظائف إعاقة مختلفة ، كما أن للعديد من الأدوية خاصة مقوضة للإنظيمات ( الأكسدة ، الإرجاع ، الإماهة ، تشكل الغليكوزاميدات ، المعالجة بالسولفا ، المعالجة بالمثيل ، الاقتران ) ، سواء على الجلد أو داخله . وعلى سبيل المثال : فإن الأنترالين يتأكسد في القسم العلوي للبشرة متحولاً إلى مادة غير مؤثرة ، ولهذا السبب فإنه لا يوجد له تأثيرات جانبية مجموعية فعلية . ومن المحتمل إحراز فعل موضعي دون تأثيرات مجموعية أو عكوسة اعتماداً على النمط الدوائي المرغوب به . وهكذا فإن إمكانية الوصول إلى معالجة موضعية نوعية يعتمد على معرفة بنية الجلد إضافة إلى استقلاب الدواء والتحول الحيوي له .

## المعالجة الموضعية اللا نوعية :
## المعالجة بأساسات ( سواغات ) جلدية
## Treatment with Dermatological Bases

يعتبر انتقاء الأساس الأكثر ملاءمة مطلباً رئيسياً في المعالجة الموضعية المثالية ، علماً بأن الأساس يدعى أيضاً « السَّواغ

« Vehicle » أو « الحامل Carrier » . هذا ولا تقوم الأساسات الجلدية بمهمة حوامل لضم الدواء أو تصنيعه فحسب ، مثال : حمض الصفصاف ( دواء ) في الوذلين ( أساس ) ، بل تبدي تأثيرات علاجية أيضاً بسبب خواصها الفيزيائية ـ الكيميائية . ولذلك فإن السواغ هو دواء بحد ذاته . فالوذلين قد يسبب زيادة في الانقسام الخلوي وشُواك بشروي . وإن للأساس الجلدي المنتقى بشكل صحيح فعلٌ شافٍ ، في نفس الوقت الذي يؤدي فيه استعمال « أساس » غير صحيح إلى تفاقم المرض .

وغالباً ما يكون تركيب الأساس معقدٌ جداً ، وقد تكون بعض مكوناته مستأرجات بالتماس ، ولذا كان من الضروري إجراء اختبار على الحالات الإفرادية لتبيان إمكانية تحمل المريض للأساس الخاص ، ولتبيان مدى ملاءمته في معالجة التغيرات الجلدية . هذا ولا يعتبر شاذاً الشروع بالمعالجة الموضعية بالأساس فقط دون إضافة مواد فعالة عليه ، وذلك بغية إحراز نتيجة علاجية جيدة ، ومن ثم يمكن إضافة العناصر الجلدية الفعالة المختلفة بعد ذلك : كأن تضاف الأدوية إلى الأساس الذي ثبت تحمله . هذا وتوجه التقانة الدوائية ( Pharmaceutical Technology ) خاصة نحو هذه النقطة . ونذكر على سبيل المثال : تأمين الستيروئيدات القشرية في الوقت الحاضر في سواغات مختلفة للاستعمالات الموضعية من دهونات ومعاجين ورهيات ومراهم ومراهم دهنية وهلامات ومحاليل غولية .

**المحاليل المائية Aqueous Solutions :**

**التعريف :** تحضر هذه المحاليل من الماء ، بمساعدة الإضافات مثل الحافظات ، الدوارىء Buffers أو المذيبات ، أو دون مساعدتها .

ونذكر مثالاً على ذلك محلول برمنغنات البوتاسيوم المطهر ( ١ : ٣٢٠٠٠ في الماء ) والمستخدم في الضمادات الرطبة وذلك بغية الحصول على تبخر سريع للمحاليل من الجلد ، هذا وقد يضاف تركيز مخفف ( ٢٠ ـ ٣٠٪ ) من الغول ( الإيتانول ) إلى المحاليل المائية . علماً بأن المحاليل Solutions تطبق بأشكال علاجية مختلفة .

**الحمّامات Baths :**

كثيراً ما توصف هذه الحمّامات دافئة ( ٣١° ـ ٣٥° سنتغراد ) أو حارّة ( ٣٦° ـ ٤٠° سنتغراد ) وقد توصف جزئية أو شاملة لكامل البدن .

**التأثير الدوائي :** للحمامات تأثير منظف حيث أنها تطري وتحل التراكات كالجلبات والوسوف والمفرزات وبقايا المراهم . ويزداد تميّة الطبقة القرنية في الحمامات الطويلة الأمد نتيجة للانتفاخ . هذا وقد تضاف موادّ فعالة إلى الحمّام .

**التأثيرات الجانبية :** يؤدي الإكثار من الحمامات ، وخاصة عند استعمال المنظفات إلى جفاف الجلد نتيجة لاستنزاف المكونات المنحلة في الماء في الطبقة القرنية .

**الاستطبابات :** يشار بالحمامات الجزئية أو الكاملة لتنظيف وإزالة التراكات المرضية على الجلد . كما يستطب بالحمامات العلاجية بعد أن يضاف إليها مضادات الالتهاب ، زيوت ، معقمات أو مواد حالة للقرنين .

**السرير المائي لهبرا Hebra Waterbed :** وهو حوض طويل ، ويجرى على شكل دائم من الحمام الكامل ، وقد أصبح استخدامه نادراً في الوقت الحاضر . وهو سرير مائي مصمم على شكل أرجوحة شبكية خاصة يمكن استعماله كحمامات مستمرة في معالجة الجلادات ذات الضياع البشروي الواسع ، كما في الفقاع الشائع أو الحروق المتقيحة . ويمكن إجراؤه للمرضى الذين لا يمكنهم استعمال الحوض العادي أو المألوف لأسباب فيزيائية ، حيث يمكن رفعه بواسطة منضدة لتطبيق حمام مهدىء ومنظف ومعقم وذلك لبضع ساعات .

**الضمادات الرطبة Wet Dressing :**

ويعرف هذا النمط من الضمادات بالكمادات الرطبة . وتتركب هذه الضمادات من الموصلين الرطب ، أو من طيّات متعددة من الشاش المغسول ، تطبق على جلد المريض بعد ترطيبها مراراً بمحلول مائي .

**التأثير الدوائي :** تقوم الكمادات الرطبة الباردة بإنقاص التورم ، كما أنها مضادة للالتهاب ومخففة للحكة نتيجة البرودة المحدثة بالتبخر . كما تعمل الضمادات الرطبة كجبيرة تؤمن الراحة لجزء من الجسم . وهي ملائمة للتطرية ، وفي إزالة التراكات ، مثل الجلبات والوسوف أو المفرزات ، بغية تنظيف القرحات المغطاة بالمفرزات وإحداث تظهرن الجروح السطحية . علماً بأنه يجب إعادة ترطيب الضمادات بانتظام بسبب جفاف العصابة Bandage الرطبة السريع .

**التأثيرات الجانبية :** قد تنزح المكونات المنحلة في الماء من الجلد بواسطة التناضح Osmosis وذلك إذا ما استعملت الضمادات الرطبة لأيام عديدة متكررة ، إضافة لإحداثها جفافاً في المناطق المعالجة من الجلد . كما أنها قد تحدث تعطيناً وزيادة في نمو الجراثيم .

**الاستطبابات :** يستطب تطبيق الضمادات الرطبة في معالجة الآفات الجلدية الفقاعية ـ الحويصلية السطحية ، المتجلبة والنازة والملتهبة ، أو الآفات الجلدية التآكلية Erosive . كما

وتستخدم في تنظيف الآفات المتقرحة والحث على التحبب Granulation . هذا ويتضمن الجدول ( ٦٧ – ٣ ) المحاليل المستخدمة في الضمادات الرطبة واستطباباتها .

**الضمادات الرطبة المغطاة ( الضمادات الرطبة الجلدية لمايو كلينيك Mayo Clinic )** : يطبق على الجلد قطع مطواة من الشاش المغسول ( انظر الجدول ٦٧ – ٢ ) وبعدها تغطى بنسج قطني ناعم معيق للتبخر . هذا وترفع الضمادات وترطب كل ٣ ساعات ، ويعاد تطبيقها باستمرار .

**التأثير الدوائي** : إن للضمادات الرطبة المغطاة تأثيراً مخففاً للالتهاب في الجسم ، كما أنها تُنقص الحكة والألم ، وهي مبردة ومضادة للالتهاب . أما التأثير الثانوي فهو إزالة الوسوف والمفرزات والجلبات .

**التأثيرات الجانبية** : قد تؤدي الرطوبة المستمرة إلى بعض التعطين . وقد يساعد في عدم إحداث التعطن فترات الجفاف ما بين الضمادات .

**الجدول ٦٧ – ١ : استطبابات الحمامات الجلدية والمواد المضافة الفعّالة**

| المواد الفعالة | المستحضرات التجارية | التأثير الدوائي | الاستطبابات |
|---|---|---|---|
| المواد السطحية الفعالة | Dermowas<br>Seba med<br>Liquid<br>Sebopona | منظف<br>قابض<br>مجفف | حلّ الوسوف والجلبات<br>منظف كما في الجلادات الالتهابية المتجلبة والنازة |
| الشحوم | Alpha Keri<br>Balneo<br>Conzen<br>Balneum<br>Hermal F<br>Domol<br>Liquidin oil<br>Linola oil<br>Bath<br>Kerasol<br>Cordes Oil<br>bath<br>Mello bath<br>Oleobal<br>Robathol<br>Disperso<br>Lubath<br>Olatum Oil<br>Norell Bath<br>oil | منظف ، إعاضة الدهون ، مضاد لانعدام الزهم | انعدام الزهم<br>جلادات انعدام الزهم<br>السماك<br>إكزيمة تأتبية<br>إكزيمة مزمنة أو تحت الحادة<br>معالجة ضوئية |
| المطهرات | Chinosol<br>Potassium<br>Permanganate | منظفة<br>مطهرة | إزالة الروائح ، مثال الفقاع الشائع<br>الجلادات التآكلية النازة – التآكلات المذحية<br>الجلادات الحمجية أو السطحية |
| القابضات | Salhumin<br>bath<br>(Salicylic<br>acid and<br>humic acids)<br>Oak bark<br>ext.<br>Tannolact<br>Tannosynt<br>Camomile<br>ext. | قابضة ، مضادة للالتهاب ، مجففة | الجلادات الالتهابية لليدين والقدمين ، الإكزيمة النازة ، فرط التعرق |
| المطريات | Aveenobath<br>Aveeno –<br>oilated<br>Soyalaid<br>Topfer Clay<br>skin bath | قابض خفيف ، مضاد للالتهاب | الإكزيمة تحت الحادة وجلادات التهابية أخرى<br>المجففة للجلد ، كما ويشار بمزجها بالشحوم |
| القطران | Balnetar<br>Lavatar<br>Ichtho –<br>Bad<br>Polytar<br>Zetar<br>emulsion | مضاد للالتهاب ، مضاد للحكة | إكزيمة مزمنة – صداف<br>إكزيمة شرجية<br>أمراض حكاكية<br>الحزاز المسطح |

| الكبريت | Liquidin Sulfur Sulfur bath | مجفف مطهر | الجلادات الحاكة الالتهابية تحت الحادة أو المزمنة ، تقيحات الجلد ، المث Seborrhea |
|---|---|---|---|
| حالات الطبقة القرنية | Sodium Chloride – Ide (3% – 5% addition) | حالّة للطبقة القرنية مجففة | السّماكات الإكزيمة المزمنة التأتبية |

**الجدول ٦٧ ـ ٢ : الضّمادات**

**الضمادات الرطبة :**

**الضمادات الرطبة المفتوحة ( رطبة حتى الجفاف )** : شاش مغسول ، الموصلين الرطب ، والتي يجب ترطيبها مراراً من جراء تبخرها السريع .

**الضمادات الرطبة المغلقة** : يغطى الشاش المغسول أو ضمادات الموصلين الرطب بملاءة قطنية ، تعيق التبخر ( ضمادات Mayo الجلدية ) .

**الضمادات الرطبة الكتيمة** : يغطى الشاش المغسول أو ضمادات الموصلين الرطبة بغطاء كتيم ( ملاءة مطاطية أو لدينية Plastic ، كما يمكن لوسادة دافئة أن تجعل هذا الضماد رطباً كتيماً دافئاً .

**الضمادات الجافة :**

**لصوقة** : شاش موصلين ، شبكة ( شريطة Permicel ) .

**غير لصوقة** : اللدائن (Vigiton, Opsite, Plastic Tefla ) .

**غرائية مائية** : (Debrisan, Duoderm) .

**كتيمة** : ضمادات روبرت جونس Robert – Jones .

**الاستطبابات** : التهاب الجلد السطحي ، جلادات متقيحة ، الأمراض الفقاعية الحويصلية .

### الضمادات الرطبة مع المراهم Wet Dressing with Ointment :

تغطى المنطقة المراد معالجتها أولاً بمرهم أو برهيم محب للدهن ، ثم بعد ذلك ، تطبق ضمادات رطبة . ويمكن لبس بيجامة رطبة لفترة محددة عوضاً عن العصابات Bandages عندما يكون المرض واسع الانتشار كما في الإكزيمة التأتبية المعممة .

**التأثير الدوائي** : للضمادات الرطبة مع المراهم نفس الفعل المعهود في الضمادات الرطبة ، إلّا أنه يتحسن التأثير المزيل للجلبات والوسوف بسبب الحيلولة دون الجفاف السريع الناجم عن المراهم أو الرهيمات المحبة للدهن . ومن المحتمل أن تكون التأثيرات المضادة للالتهاب أكبر من جراء تزويد الطبقة السفلى بالستيروئيدات القشرية التي تحتويها المراهم أو الرهيمات المحبة للدهن .

**التأثيرات الجانبية** : يمكن السيطرة على التعطنات الزائدة بواسطة فترات الجفاف ما بين الضمادات .

**الاستطبابات** : تتطابق استطبابات الضمادات الرطبة مع المراهم في الأصل مع استطبابات الضمادات الرطبة ، وخاصة في معالجة التغيرات الجلدية عند المرضى الذين يعانون من انعدام الزهم أو من جفاف الجلد ، وفي الحالات التي يتوجب فيها إزالة التراكمات بسرعة .

### الضمادات الرطبة الكتيمة Occlusive Wet Dressing :

نطبق الضمادات الرطبة كالعادة ثم نمنع التبخر بتغطيتها بمواد كتيمة مثل بيللروت كامبريك Billroth Cambric أو القماش القطني أو الكتاني ، أو المطاط أو المواد اللدينية Plastic . هذا ويجب أن نغطي الطبقة الكتيمة بالشاش أو الموصلين الرطب تغطية كاملة . ويمكن أيضاً تدفئة الضمادات الرطبة الكتيمة بدثار مدفأ عند الرغبة في الحصول على ضمادات كتيمة حارة .

**التأثير الدوائي** : للضمادات الرطبة الكتيمة فعلاً هاماً في إحداث التورم وفي زيادة حرارة الجلد من جراء حصرها للدفء والماء المنطلقين من سطح الجلد . كما ويؤثر فرط التبيغ على الأمراض التي تتوضع في العمق مثل التهاب الأوردة أو خمج الهلل العميق أو الأمراض العامة كالآفات المفصلية أو التهاب القصبات من خلال المنعكس الحشوي الجلدي .

**التأثيرات الجانبية** : هنالك خطر التعطن أو تخريش الجلد إذا ما استعملت الضمادات الرطبة الكتيمة بكثرة ، كما أن هناك خطراً كبيراً من الخمج ، ولذا فإن هذه الضمادات لا تستعمل إلا تحت المراقبة .

**الاستطبابات** : تستعمل الضمادات الرطبة الكتيمة في معالجة الالتهابات العميقة والسطحية وفي القرحة الآكلة Phagedena ( الدمامل ، داء الشعرويات العميقة ) ، والتهاب الأوردة التي يكون فيها التبيغ مرغوباً .

### المحاليل الغولية ( الكحولية ) : Alcoholic Solutions

هي محاليل تتكون عادة من مزيج الإيتانول ( ٥٠ ـ ٧٠٪ ) والماء أو الإيزوبروبانول

الجدول ٦٧ ـ ٣ : محاليل الضمادات الرطبة

| المحلول | المكونات | التمديد | الاستطبابات |
|---|---|---|---|
| ماء الحنفية | ماء بدرجة حرارة الغرفة | كما هو | التهابات الجلد الخفيفة |
| خلّات الألمنيوم ( محلول Burrow ) | أوكسيد الألمنيوم ١,٣٪ ( حمض الخل ٥٪ ليعطي محلول خلات الألمنيوم ٥,٣٪ ) | مخفف ١ : ١٦ أو ١ : ٣٢ | التهابات الجلد |
| تحت خلات الألمنيوم | تحت خلات الألمنيوم ٨٪ | مخفف ١ : ١٦ ، ١ : ٣٢ | التهابات الجلد |
| ألويت Aluwets (Stiefel) | هكساهيدرات كلوريد الألمنيوم | كما في التعليمات | التهابات الجلد |
| حبوب ، مسحوق بلوبورو Blueboro (Dome) | محلول بورو Burowالمعدّل | ممدد ١ : ٤٠ | التهابات الجلد |
| دومبورو الخل Vinegar | حمض الخل ٤ ـ ٥٪ | ممدد ١ : ١٠٠ | التهابات الجلد |
| ماء داليبور ( محلول Sweitzer ) | كبريتات النحاس ١٠ غ/ليتر<br>كبريتات الزنك ٢٠ غ/ليتر<br>كافور ٢ غ/ليتر | ممدد ١ : ١٦ ، ١ : ٣٢ | قابض<br>مضاد للجراثيم<br>مضاد للحمات الراشحة |
| مسحوق داليدوم (Dome) | كبريتات النحاس | كما في التعليمات | قابض |
| برمنغنات البوتاسيوم | $KMnO_4$ ٠,٦٪ | ممدد ١ : ١٦ أو ١ : ٣٢ | قابض ، ومؤكسد مضاد للجراثيم |
| نترات الفضة | ١ : ١٠٠٠ ـ ١ : ١٠٠٠٠٠ | كما هو | خمج سلبي الغرام |
| محلول Vleminckx | محلول مشبع من بولي سولفيد الكالسيوم وثيوسولفات الكالسيوم | ممدد ١ : ٣٢ | كمادات حارة في العد<br>العد الندبي |
| Vlemdome | بولي سولفيد الكالسيوم ٦٠,٥٪<br>ثيوسولفات الكالسيوم ٤,٥٪<br>كبريت ٤,٥٪ | كما هو في التعليمات | كمادات حارة ، العدّ |
| Vlemasque | محلول الجير الكبريتي ٦٪<br>غول ( كحول ) في الصلصال ٧٪ | كما هو | العدّ |

| المحلول | المكونات | التمديد | الاستطبابات |
|---|---|---|---|
| شينوزول | ٨ ـ كبريتات الكينولينول | ١ : ١٠٠٠ | الخمج |
| محلول Dab | ٥٠٠ ملغ نيومايسين/١<br>١٠٠٠ ملغ بولي مكسين/١<br>٨٠ ملغ جنتامايسين/١<br>سالين نظامي | كما هو | خمج ـ المعالجة لفترة قصيرة فقط |

( ٢٥ ـ ٣٥٪ ) والماء ، والتي من خلالها تنفذ الأدوية الجلدية ذات الفعل المضاد للحكة ، والقابضة ، والحالة للقرنين ، والمبيّغة ، والمضادة للالتهاب ، والمضادة للجراثيم .

**التأثير الدوائي** : إن المحاليل الغولية مذيبة للدهون ، وهي تتبخر بسرعة . ولذلك فلها تأثير مجفف عدا عن إزالتها للدهون وفعلها المطهر الذي يعتمد على تركيز تلك المحاليل .

**التأثيرات الجانبية** : تستخدم المحاليل الغولية بشكل خاص في معالجة الأجزاء المشعرة من الرأس وعلى الوجه ، واليدين والقدمين ، وفي المناطق المذحية ، ويوصى بها في معالجة المث . ولها مضاد استطباب وهو حالة انعدام الزهم .

**الصبغات الجلدية Dermatological Tinctures** : وهي محاليل غولية في أساس ، إذ تتركب من أساس ( حامل ، سواغ ) ودواء جلدي ، ويكون معظمها على شكل محاليل سائلة جداً في حرارة الغرفة ، لأدوية أو لخلاصات دوائية إضافة إلى مذيب غولي أو مذيبات سائلة أخرى ، أو مخففات مائية لها . وتستعمل الصبغات Tinctures عادة في الآفات الجلدية الموضعة فقط وفي معالجة الثآليل .

**التأثير الدوائي** : تتبخر الصبغات بسرعة تاركة النسبة العالية من المواد الفعالة في مناطق استعمالها لتنفذ إلى طيات الجلد .

**التأثيرات الجانبية** : من المتوقع حدوث تخريش للجلد ، وخاصة عند استعمالها المديد من جراء تخفيفها وفعل الدواء المجبول فيها

*محلول اليود* : يجب عدم استخدام صبغة اليود بشكلها المركز ، وإنما تستخدم فقط بعد تخفيفها بالإيتانول .

**Rx. Iodine Solution 3.0**
**Ethanol 60% to 100.0**
**M.D.S. Diluted iodine Tincture**

تمتلك هذه الوصفة خواصاً مطهرة جيدة . وعلى كلّ ، فإن التحسس لليود يشكل معضلة أحياناً .

*محلول آرنينغ (Arning Solution)* : وهو محلول رسمي في دستور الأدوية الأمريكي ، ويستعمل في معالجة الفطارات السطحية ، أو الإكزيمة المزمنة ، وخاصة في المنطقة التناسلية الفرجية . أما مساوئه فهي تلوين الجلد والملابس بالصبغة البنفسجية الزرقاء الشديدة . هذا وإن هناك محلولاً آخر لآرنينغ لا يتضمن على صبغة الجاوي (Benzoin Tincture) ، وهو أفضل تحملاً من الأول لأن خطر حدوث التحسس التماسيّ أقل .

**Rx. Anthrarobin 2.0**
**Tumenol 8.0**
**Ether 20.0**
**Benzoin tincture 30.0**
**MDS Arning Solution**
**Rx. Anthrarobin 1.0**
**Tumenol**
**Glycerol áá 3.0**
**Ethanol 60% – 20.0**
**M. D. S. Arning solution without benzoin tincture**

*محلول كاستيلاني (Castellani's Solution)* : وهي صبغة ذات لون أحمر غامقاً تتكون من حمض الفوكسين والفينول المائع ، وحمض البوريك والأسيتون والريزورسينول . ولهذا المحلول تأثيرات مجففة ، مضادة للالتهاب ، مضادة للجراثيم . وهو فعال بشكل واضح في الحالات المذحية النازة ، والإكزيمة المذحية ، والصداف المذحي ( الثنيات ) ، وأخماج القدم سلبية الغرام ، كما أنه ذو فعالية كبيرة في الفطار المذحي بالمبيضات . ومن المهم الإشارة إلى أن محلول كاستيلاني يتضمن حوالي ١٠٪ من الريزورسينول ، وهذا قد يكون مسؤولاً عن بعض التفاعلات اللا تحملية والتهاب الجلد الأرجي التماسي ، كما أنه

يجب أن يستعمل بحذر عند الأطفال .

*محلول كاستيلاني عديم الصباغ :* يحضر هذا المحلول دون حمض الفوكسين . وبما أن حمض البوريك لم يعد مستعملاً ، فإنه يمكن تصنيع محلول كاستيلاني دون حمض البوريك أيضاً .

*صبغات الثآليل (Wart Tinctures) :* وتحتوي هذه الصبغات على مواد مبيدة للحمات Verrucidal ( أدوية كاوية أو مثبطة للتكاثر الخلوي ) ضمن محاليل غولية . وتستخدم موضعياً فقط وعلى مناطق مؤوفة صغيرة ( يحذر من أن امتصاصها العام له تأثيرات جانبية ) . ولذا يجب إحاطة الآفة بمعجونة الزنك . كما يجب أن تستعمل هذه المحاليل بعد تقليم الثؤلول .

**Rx. Poclophyllin 2.5**
**Ethanol 60% to 50.0**
**MDS. Wart tincture**

للاستعمال الخارجي فقط مع وضع معجونة الزنك في المناطق المحيطة

**Rx. Liquified Phenol 2.0**
**Ether 10.0**
**MDS:** دهون لمس الثآليل فقط

*صبغة البودوفيللين Podophyllin Tincture :* قد تستعمل صبغة البودوفيللين في معالجة الحالات ما قبل السرطانية ( التقرانات السفعية ، داء بوفن البدئي ، أو اللقمومات المؤنفة (Condyloma acuminata) . هذا وإن صبغة البودوفيللين بتركيز ٢٥٪ لا يجوز أن يعالج بها أكثر من مساحة ٧ سم٢ من سطح الجلد . وعند معالجة اللقموم بها يجب غسلها بعد حوالي ٢ – ٣ ساعات .

**Rx. Podophyllin 12.5**
**Ethanol, absolute to 50.0**
**MDS:** صبغة البودوفيللين ( ٢٥٪ )

**المستحضرات التجارية :** الـ Duofilm ( ١٥٪ حمض الصفصاف ، ١٥٪ حمض اللبن في كولوديون لين ) ، وهناك شريط حمض الصفصاف ٤٠٪ (40%: Salicylic Acid Plaster) .

**الطلاءات Varnishes :** وهي شكل خاص من الصبغات ، إلا أنها تنقلب بعد جفافها إلى طبقة رقيقة جداً ( فِلْم Film ) . وهكذا يمكن للطلاءات من جلب أدوية مختلفة إلى مناطق موضعة وضيقة من الجلد دون أي تلوين . وأكثر حداثة من هذا ، فقد استخدمت المكاثير Polymers التركيبية أيضاً في تصنيع الطلاءات التي تجف إلى طبقة رقيقة جداً ( فِلْم Film ) عند إرذاذها على الجلد . كما أن ثمة طلاءات للجروح وذلك لتغطية الجرح دون عصابة ودونما حاجة لتثبيت هذه العصابة .

تطبق الطلاءات عادة على الموضع المحدد للجلد المصاب بوساطة فرشاة . وهكذا يتشكل غشاء شبيه بالجلد ملتصق به بشدة بعد جفاف المذيب . ويكون للتأثيرات الجانبية الناجمة عن الامتصاص أهمية قليلة بسبب صغر مساحة المناطق المستورة بالطلاء . وإليك أهم الأساسات المستعملة في الطلاءات :

*التروماتيسين Traumaticin :* وهو محلول الطبرخي Gutta Percha أو ( الكاوتشوك ) في الكلوروفورم .

*الكولوديون Collodion :* وهو محلول البيروكسيلين Pyroxilin في الغول والإيتر .

*الكولوديون المرن Flexible Coll. :* وهو محلول البيروكسيلين في الغول والإيتر مع إضافة زيت الخروع (Castor oil) بنسبة ٣٪ .

تستعمل الطلاءات خاصة في معالجة التغيرات الجلدية المحددة مثل الثآليل والأثفان والأشثان .

**المستحضرات التجارية Cantharone :** وهو طلاء الذراح Cantharides .

**Rx. Salicylic acid 1.0 – 2.0**
**Lactic acid 1.0**
**Flexible Collodion to 10.0**
**MDS Corn Collodion**

**الاستطبابات :** تستعمل الطلاءات لمعالجة الآفات الفردية للصداف . وقد يكون الأنترالين ( ديترانول Dithranol ) ٠,١ – ١٪ أو أكثر مع الكولوديون أو التروماتيسين علاجاً جديراً بالاهتمام لمعالجة الصداف بعد إزالة الوسوف .

## الرذاذات Sprays :

وتقوم على إرذاذ أو مجّ مواد فعّالة بواسطة مضخّة آلية . ويكون فعل الإرذاذ على الجلد سطحياً ، مبرداً ، وقصير الأمد .

**الاستطبابات :** يستفاد من الرذاذ كمطهر سطحي أو كمسحوق يحتوي على أوكسيد الزنك أو رذاذات المرهم (Ointment Sprays: Desitin) . وللرذاذ مكانة معتبرة في معالجة التأذيات الجلدية السطحية ، وتطهير المناطق الجلدية وفي معالجة قرحات الاستلقاء Decubitus والجدوع الباترة . وتستعمل رذاذات الستيروئيدات القشرية في معالجة الحمامى الحادة ، مثل حرق الشمس .

## المساحيق Powders :

هي جزئيات حبيبية جافة ، قابلة للتبعثر . ويمكن استعمال

المســاحيق الغبــارية ( التعفـيرية ) من وعاء التعفـير . أما في المساحيق المكتنزة ، فإن لجزيئات المسحوق الصـلبة عملاً في الأسـاس نصف الصلب ، ويستفاد منها في معالجة الاحتكاك فقط . وقد تتضـمن المســاحيق على عوامل علاجيـة نوعيـة كالصّادّات .

**التـأثير الدوائي** : للمسـاحيق تأثير مبرد ، وحافظ ، ومضـاد للالتهاب ، ومضاد للاحتكاك ومجفف للجلد من جراء وجود سـطـوح التماس الواسـعـة ، مع جزيئـات المسحوق . ويمكن للمساحيق أن تمتص مقادير ضئيلة من المفرزات ، وتطري الجلد وتجعل الأظفار ناعمة ( تأثير صاقل ) .

**التأثيرات الجانبية** : للمساحيق تأثير سطحي فقط ، ولها تأثير مجفف عند استعمالها لفترة طويلة ، لأنها تمتص الماء والدسم من سطح الجلد . وتبعاً لذلك ، فإن المصــابين بانعدام الزهم لا يتحمـلـون استعمـال المســاحيق لمدة طويلة . كما أن المعـالجة بالمســاحيق تكون غير فعّـالة في الحالات الجلدية المرتشحـة ، والشديدة الالتهاب ، ويجب تجنبها في الجلادات المتآكلة النازة والمتجلبة بشدة ، لأنها تؤدي إلى تجلب أسهل مع خطر حدوث خمج ثانوي .

**الاستطبابات** : تطبق المساحيق في معالجة الطفحيات الحمامية الحادة طالما لا نجد فيها ارتشاحاً ولا تترافق بآفات ثانوية .

**المســاحيق المعدنيـة** : وتتضمن بشكـل عام على الطلق Talc ( مـاءات عديد سيـليكـات المغـنزيوم ) ، أوكسيد الزنك ، كاؤلين ثقيـل ، أوكسيد المغـنزيوم ، ثاني أوكسيد التيتانيوم . ومن الاستطبابات الخاصة – في منطقة القلفة مثلاً – ويمكن أن تتضمن هذه المساحيق على تحت نترات البزموت أيضاً . هذا وقد يسبب الطلق أو النشاء أحياناً حبيبومات في الجلد المفتوح . ويمكن أن يضاف العديد من المواد الفعالة إلى المساحيق ، مثل : الصادات ، المطهرات ، ومضادات الفطور .

**Rx. CMTZ Powdre**
**Corn Starch 50.0**
**Magnesium Carbonate 2.0**
**Talc 24.0**
**Zinc Oxide 24.0**
**مسحوق تعفيري MDS**

**Rx. Talc**
**Zinc Oxide áá to 50.0**
**مسحوق طلقي تعفيري MDS**

**Rx. Zinc Oxide 20.0**
**Wool Fat 5.0**
**Talc to 100.0**
**مسحوق طلقي دهني MDS**

**Rx. Tannic acid**
**Salicylic acid áá 1.0**
**Talc**
**Zinc Oxide áá to 50.0**
**مسحوق حمض الصفصاف التنيكي للأخماج الخمائرية والمذح MDS**

**Rx. Bismuth Subgallate 5.0**
**Zinc Oxide, Crude 10.0**
**Talc to 50.0**
**مسحوق تحت غالات البزموت : MDS**

**Rx. Tannic Acid 3.0**
**Talc**
**Zinc Oxide aá to 50.0**
**مسحوق قابض لمعالجة التهاب الحشفة التآكلي MDS**

**المساحيق النباتية** : إن الممثل الرئيسي لهذه المساحيق هو كلٌّ من نشاء القمح ونشاء الرز ، وهما لا يستعملان في معالجة المناطق المذحيـة ( الثنيـات ) من الجلد . أما ذُرَةُ الغبـيراء Zea Sorb فتحتوي على ميتيل السللوز وليس لها تلك المساوىء .

**المساحيق ذاتية الذوبان Self – Dissolving Powders**: هي أدوية تطبق على شكل مسحوق لأنها تذوب لوحدها – ومردُّ ذلك على الأغلب للأساس اللاكتوزي – في المفرزات الرطبة . أما من الناحية العملية فتصلح هذه المساحيق لمعالجة الجروح والحروق والتقرحات ، وفي المعالجة المضادة للجراثيم .

**رذاذ المسحـوق Powder Spray** : يشـكـل رذاذ المسحوق طبقـة على غاية من الرقة على سطح الجلد ، مثـال : ضَبوب Aerosol النيومايسين .

**مسحـوق الفـراش** : شـكــل خـاص ولطيف من المعـالجات الجلدية ، حيث ترش ملاءة ( غطاء ) الفراش كاملة بمسحوق ، ثم يُقَلَّب المريض على المسحوق المغطي للملاءة . ويوصى بهذه الطريقـة العلاجية في الأمراض الالتهابية السطحية ، والحادة ، والمعممـة ، وغير المختـلطـة بنجيج ، أو نفاطات أو تشكلات تجلبية .

## الدهونات Lotions :

إن الدهونات أو الدهونات المخفوقة Shake Lotion هي معلقات Suspensions لمواد صلبة في الماء أو في مزيج الإيتانول المائي ، حيث تكون الدهونات ذات نظام ثنائي الطور . وهي بنـاءً على ذلك تدعى أيضـاً بمزيج المسحوق المـائع Liquid Powder Mixtures . وبسبب انفصال الدهون عند تركه إلى

طورين : مائع وصلب ، يجب خض المستحضر قبل تطبيقه ، ومن هنا جاءت تسميته بالدهون المخفوق أو المخضوض . كما أن استعمال تسمية الطلاء الجاف جاء من جراء إمكانية تطبيق المستحضرات على الجلد بواسطة فرشاة حيث يجف بعد ذلك . ويمكن أن تغسل الدهونات بالماء . هذا ويشتد التصاق تلك الدهونات بإضافة الغليسيرول أو اللثأ Mucilages أو الغول الصوفي إليها ، ويمكن تبعاً لذلك الحصول على تراكيب لزجة .

ويرجع الاستعمال المزوّق لمصطلح الدّهون إلى نظام تعدد الأطوار والذي يتدفق في حرارة الغرفة . ويتم ذلك بإضافة أسس محبة للماء لإنتاج مستحلب محب للماء ( مثل حليب نيفيا Nivea Milk أو مستحلب الأوسيرين Eucerin emultion .

**التأثير الدوائي** : للدهونات المخفوقة تأثيرات مبردة ، مقبضة ومجففة ، ومضادة للالتهاب السطحي . أما فعلها المضاد للالتهاب فيكون أكبر من فعل المساحيق وذلك لأنها تجف على الجلد مشكلة طبقة رقيقة من المسحوق الملتصق بعد تبخر الجزء المائع من الدهون ( منتجة تبريداً بالتبخر ) .

**التأثيرات الجانبية** : إنّ الدهونات غير ملائمة في معالجة الآفات الجلدية المتجلبة والنازة ، وذلك لأن طبقة المسحوق الملتصقة والتي تتشكل على سطح الجلد تؤدي إلى خطر إعاقة المفرزات وإلى الأخماج الثانوية .

ويوصى بالدهونات بتطبيقها لفترة قصيرة فقط عند المرضى ذوي الجلود الجافة بسبب فعلها المجفف الإضافي . أما فعلها المضاد للالتهاب فيقتصر على التغيرات الجلدية الارتشاحية . ويتضمن المزيج المخفوق الشائع الاستعمال دهون الزنك الأبيض المائي ( دهون الزنك ) ودهون الزنك الأبيض الغولي ، ودهون الزنك الطري ( مع أساسات متعددة ) .

Rx. Zinc Oxide
Talc áá 20.0
Glycerol 30.0
Ethanol 60%
Distilled Water áá to 100.0
MDS دهون الزنك الغولي

Rx. Multibase
Zinc Oxide
Talc áá 25.0
Glycerol 15.0
Ethanol 60% 15.0
Distilled Water to 240.0
MDS دهون الزنك الطري

Rx. Zinc Oxide
Talc áá 20.0
Glycerol
Purified Water áá to 100
MDS دهون الزنك

هذا وقد تضاف الأدوية مثل المطهرات والستيروئيدات القشرية والقطران والكبريت إلى الدهونات المخفوقة . علماً بأن العديد من المستحضرات التجارية لمعالجة العد قد تم تحضيرها على هذا الأساس .

Rx. Clioquinol 0.5
Aqueous Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون الكليوكينول

Rx. Ichthammol 5.0
Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون الإكتامول

Rx. Liquor Carbonis detergens 5.0 – 10.0
Aqueous Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون السائل الكربوني المنظف

Rx. Menthol 0.د
Phenol 0.75
Lime Water 60.0
Olive Oil 60.0
Zinc Oxide 10.0
MDS دهون شامبرغ

Rx. Cinnabar 0.5
Precipitated Sulfur 5 – 10.0
Resorcinol 2.0
Alcoholic Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون الزنجفر لمعالجة العد الشائع أو الإكزيمة المثية

Rx. Prednisolone 1.0
Alcoholic Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون البريدنيزولون

Rx. Resorcinol 2.60
Sodium biborate 1.63
Starch 7.50
Calamine 7.50
Alcohol 70% q. s 120.0
MDS دهون نوملاند

**المستحضرات التجارية** : تتميز دهونات ا لكالامين ( الشكل الصيدلاني المتاح في دستور الأدوية الأمريكية USP ) والمسمى

Caladryl بأن لها نماذج جاهزة ومعايرة . أما الدهونات المزوقة والموضوعة تحت الاستعمال ، فتتضمن على زيت نيفيا ، دهون شيبرد Shepard ودهون حمض اللوز .

*الدهونات ذات الإضافات النوعية :*

*دهونات العد :* دهون الزنجفر (Cinnabar) ، ومنها مستحضرات تركيبية كمحلول الفانوكسيد Vanoxide ومحلول 5 – Oxy ، ومحلول أكنيديرم Acnederm ومحلول Fostex ومحلول Loroxide ومحلول Clearasil .

*الصّادات :* التراسكلين ٥٪ ، إريترومايسين ٠,٥ – ٢٪ ، كليندامايسين ١٪ .

*مضادات الحكة :* كافور ٥٪ ، فينول مائع ٢٪ .

*المطهرات :* كليوكينول ٠,٥ – ١٪ ، هكساكلورفين ٠,٠٥٪ ، محلول Neo – Pyodron المخفوق (Hydroxybenzoate, Chlorphenesin, dequalinium) .

*التانّين :* حمض التّنيك Tannic Acid ( ١ – ٢٪ ) .

*الستيروئيدات القشرية :* هدروكورتيزون ١ – ٥٪ (Texacort – Hytone, Dermacort, Cortdome) .

*الكبريت :* كبريت مصعد ٥ – ١٠٪ ( Fostex ، دهون Acnederm المخفوق ) .

*القطرانات :* إكتامول ٥٪ ، محلول قطران الفحم الحجري ( ٥ – ١٠٪ ) السائل الكربوني المنظف .

**الاستطبابات :** يستطب بالدهونات المخفوقة Shake Lotions في معالجة الجلادات الالتهابية السطحية ، الحادة وتحت الحادة ( الطفحيات الحمامية ، التهاب الجلد التماسي الحاد ، النخالية الوردية إلخ ... ) . ويمكن للدهونات المخفوقة أن يكون لها أهمية كبيرة في تجفيف النفاطات البدئية ( كخلل التعرق Dyshidrosis ) . كما تصلح الدهونات المخفوقة خاصة لتكون أساساً في معالجة الجلادات المثية والمذحية ( الثنيّة ) بسبب تأثيراتها المجففة .

## هلام الزنك Zinc Gelatin :

وهو مادة هلامية مائية يجب تمييعها بالتسخين قبل تطبيقها . ويستعمل هلام الزنك لتحضير ضمادات هلام الزنك الدائمة ( المثبتة ) . ويتميع هلام الزنك في الماء الساخن لكنه يتصلب في درجة حرارة الغرفة . ويتركب من أوكسيد الزنك والغليسيرول والهلام والماء حسب الوصفة المذكورة :

**Rx. Zinc Oxide 10.0**
**Glycerol 85% 40.0**
**Gelatin 15.0**
**Water 35.0**
**هلام الزنك MDS**

**المستحضرات التجارية :** يكون هلام الزنك في العادة جاهزاً على شكل عصائب Bandages منها عصابة هلام الزنك ، وعصابة معجونة Dome ( عصابة هلام الزنك الرطبة المرنة ) .

**الاستطبابات :** تستخدم العصابات الكتيمة في معالجة التهاب الجلد المفتعل ، كما تستخدم العصابات الضاغطة في معالجة قصور الأوردة المزمن والقرحات الدوالية .

## الشرائط اللاصقة Plasters :

هي في الأساس مواد لدينية Plastic قابلة للالتصاق على الجلد ، وتتضمن كأساس على أملاح الرصاص لحموض دهنية ، ودهون وزيوت وشموع إلخ ... ويمكن اعتبار الشرائط اللاصقة كمستحضرات تلتصق على الجلد كطبقة صلبة ، وقد تكون محتوية على أدوية .

**الشريط اللاصق الرصاصي Lead Plaster :** ويتركب من مرهم الدياخيلون Diachylon الذي يستعمل بعد إضافة حمض الصفصاف ( ٥ – ٢٠٪ ) في المعالجة الحالّة للقرنين وذلك في تقرانات اليدين والقدمين .

**Rx. Salicylic acid 5.0 – 10.0 – 20.0**
**Diachylone Ointment to 100.0**
**مرهم هيبرا بحمض الصفصاف MDS**

**عصابة الشرائط اللاصقة (Elastoplast, Bandaids) Bandage Plasters :** وتتركب من قماش لديني ، أو من صفيحة Foil مع غطاء لاصق يتحمله الجلد ، الذي يمكن أن يكون مجروحاً ويغطى بالقطن أو الكتان إلخ ... تُصنّع هذه الشرائط اللاصقة المرنة تجارياً وتكون متضمّنة على أوكسيد الزنك وراتنج Resin ، ولانولين ومطاط ، كمكونات أساسية . وهي لا تحتوي على أملاح الرصاص . وغالباً ما تستعمل اليوم المكاثير Polymers أيضاً . و قد تطبق المواد الفعالة مباشرة على الجلد على شكل شريط لاصق .

**الاستعمال :** غطاء يلتصق بنفسه .

**الاستطبابات :** التغطية السريعة للجروح ، عصابة شريط لاصق ، عصابة لاصقة . ويحتوي بعض هذه الشرائط على مواد فعّالة ، مثل الشرائط اللاصقة الروماتيزمية ، والشرائط الحاوية على حمض الصفصاف والمستعملة في معالجة التقرانات ، كما تستخدم الشرائط التي يضاف إليها الستيروئيدات القشرية في معالجة التغيرات الجلدية الموضعية المحددة .

**التأثيرات الجانبية** : قد تحدث الشرائط اللاصقة تخريشاً جلدياً يعرف بتخريش الشرائط اللاصقة أو التهاب جلد تماسي حاد ، وذلك لاحتوائها على راتنج . وقد تؤدي إلى حدوث أخماج جلدية ثانوية عند تطبيقها المديد ، ونادراً ما تحدث نقص تصبغ ثابت .

**المستحضرات التجارية :**

*شريط حمض الصفصاف اللاصق* : يحتوي على حمض الصفصاف بتركيز ٤٠٪ ويستعمل لتطرية فرط التقرن الموضع من شثن أو ثفن ، ومن ثآليل وثآليل مسطحة (Gutltaplast) .

*الشريط اللاصق الرثوي* : ويحتوي على زيت راتنج الفليفلة وخلاصات نباتية أخرى أو ميغاً (Rheumaplast, Capsiplast, ABC – Pflaster) . وينصح باستعماله في معالجة الحالات الرثوية .

*شريط الستيروئيدات القشرية اللاصق* : ويحتوي هذا الشريط على الستيروئيدات القشرية مع المادّة اللاصقة . وله استطباباته المحددة (Sermakafolie, Cordran tape) .

**الهلامات Gels :**

وهي عبارة عن سواغات شفافة حاوية على الماء ، حيث يمكن أن تمتزج فيه الأدوية .

**الهلامات المائية Hydrogels :**

وهي هلامات غنية بالماء وخالية من المواد الدهنية أو الشحوم . وتتركب من مواد قابلة للانتفاخ بالماء لتعطي أساساً مخاطياً أو قابلاً للتهلب (Brushable) . وتصنع تجارياً من مواد تشكل هلامة عضوية كالميتيل سيللوز ، كاربوكسي ميتيل سيللوز ، وحمض الألجينيك Alginic Acid أو البولي أكريليت Poly Acrylate كأساس .

أما ما يدعى بالمراهم الخالية من الدهن فهي المراهم المستعملة في تكوين غروانيات Colloids قابلة للانتفاخ مثل الجيلاتين والصمغ العربي وصمغ الكثيراء ( مخاطين نباتي ) ، بكتين أو التيلوز tylose والتي تشكل مع الماء والغليسيرول هلامة شفافة أو أساساً جيلاتينياً . وتلعب هذه الهلامة المائية دوراً هاماً في المزوقات .

**التأثير الدوائي** : إن للهلامة المائية دوراً مبرداً ، ومضاداً للالتهاب السطحي ، كما أن لها تأثيراً مضاداً للحكة وهي نفوذة للحرارة والماء والمفرزات ويمكن غسلها بالماء .

**التأثيرات الجانبية** : للهلامات المائية تأثير مجفف عند تطبيقها بشكل مديد . وتبعاً لذلك فهي أقل ملاءمة للجلد الجاف . أما الحلات الزهمية فتتحمل هذه الهلامة بشكل حسن .

**مثال** : مرهم الغليسرول غير الشاردي .

**Rx. Wheat Starch 10.0 Parts**
**Water 15.0 Parts**
**Glycerol 100.0 Parts**
**Ethanol 96% 5.0 Parts**
**Finely Powdered Tragacanth 2.0 Parts**
*مرهم الغليسيرول* **MDS**

**المستحضرات التجارية** : هي هلامات محتوية على إضافات .

*المستحضرات المضادة للعد* : **Akneroxid Gel, Bensagel, Clinesfar Gel, Benzagel, Desquamex, Panoxyl – Gel** .

*الصادات والمطهرات* ***Terracortril Gel*** : ( أوكسي تتراسيكلين ، بولي ميكسين – ب ، والهدروكورتيزون ) .

*الستيروئيدات القشرية* : **Uticort Gel, Topicort Gel, Lidex Gel, Benisone Gel** .

*مضادات فطرية* : **Fungiplex Gel** .

*مضادات الحكة* : **Estar Gel, Camphophenique Gel** .

*حالات القرنين* : **Hydrosalic Gel, Kerolytic** .

*مزيلات التصبغ* : **Solaquin Gel** .

**الاستطبابات** : تستخدم الهلامات المائية عادة لتأثيراتها المضادة للحكة والمبردة ، حيث تطبق موضعياً في معالجة التهاب الجلد الضيائي ، وعضّات البعوض ، والطفحيات الشروية الحاكة أو الحمامية ، هذا وإن فعلها على الجلد يكون سطحياً جداً .

**الأساسات [ السواغات ] الذوابة في الماء ( الهلامات الشحمية ) Water – Soluble Bases (Lipogels)** : وهي سواغات شفافة أيضاً ، لكنها خالية من الماء ، وتتضمن دهوناً أو مواد دهنية كالبرافين وماءات الفحم وبولي إيتيلين غليكول (Carbowax) ، لانولين ، وحمض الصفصاف الغرواني ، وهي أساسات تمتص الماء ، وتطبق على شكل رهيات أو هلامات قابلة للغسل .

**المستحضرات التجارية : Plastibase, Propylene Glycol, Cetaphil (Texas), Unguentum Cords, Vehicle, N (Nitrogena)** .

**المعاجين Pastes :**

وهي مراهم تحتوي على كمية كبيرة من المسحوق . ويمكن أن تعرف المعاجين على أنها جملة ذات طورين أو معلقات ذات تركيز عالٍ . وهي تحتوي على مزيج من مكون مسحوق

ومرهم أو رهيم ، أما مقدار المسحوق المكوّن فلا يقل عن ١٠٪ . ويمكن أن نميز أصنافاً مختلفة من المعاجين استناداً على تركيز المكون المسحوق فيه :

*معجون عادي :* تكون نسبة المسحوق المكون إلى المرهم هي ١ : ١

*معجون قاسي :* وتكون نسبة المسحوق المكون إلى المرهم هي ٢ : ١ .

*معجونة طرية :* وتكون نسبة المسحوق المكون إلى مرهم الأساس هي ١ : ٢ .

**التأثير الدوائي :** للمعاجين تأثيرات مبردة ، مضادة للالتهاب ، ماصة للمفرزات ( مجففة ) وواقية للجلد . ويكون للمعاجين القاسية فعل مبرد أصفري ، لكن فعلها الحافظ للحرارة والواقي للجلد يكون أعظمياً .

*المعاجين القاسية : تصلح المعاجين الصلبة أو القاسية لتغطية* حواف التقرحات الركودية بشكل خاص ، كما تفيد لمنع حصول تعطين أو تفاعل إكزيمائي تماسي خلال المعالجة الموضعية للتقرحات . وينصح في تطبيقها لحماية الجلد حالة الاضطرار للاستلقاء المديد .

*المعاجين الطرية :* تناسب المعاجين الطرية الجلد ، وذلك لفعلها الكبير المضاد للالتهاب وفعلها المطري الممتاز ، لكن خواصها الحافظة للحرارة تكون أقل من المعاجين الصلبة . وهي تلائم المرضى غير المصابين بمث نموذجي أو الذين لا يعانون من انعدام الزهم الشديد .

**التأثيرات الجانبية :** تمتلك المعاجين الصلبة تأثيراً حافظاً للحرارة بشكل خاص ولذلك فهي مضادة للاستطباب في حالات التهاب الجلد الحاد ، وحالات الجلد التقرحية أو التآكلية ، علماً بأنه قد يحدث خمج جرثومي ثانوي تحت المعجونة المغطية . هذا وقد تؤدي المعاجين المحبة للدهن إلى حبس الحرارة مع إحداثها لتفاعلات على شكل خلل التعرق في الراحتين والأخمصين . ويجب أن لا تستعمل المعاجين على الرأس بسبب التصاقها بالأشعار وصعوبة إزالتها . هذا وتحتوي العديد من المعاجين على غول الشمع الصوفي أو اللانولين . علماً بأن تلك العناصر تزيد فعل المعاجين الماص للمفرزات ، كما وتزيد إمكانية تطبيقها ، غير أن أهميتها تبرز من خلال كونها كمستضدات بالتماس كامنة ، وإنه قد يتوقع تبعاً لذلك ، إحداثها لتفاعلات غير محتملة .هذا وإن معجونة الزنك مع الوذلين النقي لا تعمل كمستضد بالتماس .

**المعاجين المعيارية Standard Pastes :** إنّ هذه المعاجين هي معجونة الزنك ، معجونة الزنك الطريّة والمعجونة الجافة .

**Rx. Zinc Oxide**
**Talc áá 25.0**
**Yellow Petrolatum to 100.0**
**MDS معجونة الزنك**

**Rx. Zinc Oxide**
**Wheat Starch áá 25.0**
**White Petrolatum to 100.0**
**MDS معجونة الزنك ( أو معجونة لاسار )**

علماً بأن معجونة لاسار الحقيقية تحتوي على ٢٪ حمض الصفصاف

**Rx. Zinc Oxide**
**Talc áá 30.0**
**White Petrolotum to 100.0**
**MDS معجونة الزنك الصلبة**

**Rx. Zinc Oxide**
**Talc áá 15.0**
**Arachis Oil 10.0**
**Soft Ointment to 100.0**
**MDS معجونة الزنك الطرية**

**Rx. Zinc Oixde**
**Talc áá 25.0**
**Soft Ointment to 100.0**
**MDS معجونة الزنك مع اللانولين**

**Rx. Olive Oil 30.0**
**Zinc Paste to 100.0**
**MDS معجونة الزنك الطرية**

**Rx. Bismuth Subgallate 10.0**
**Zinc Oxide**
**Talc áá 25.0**
**linseed Oil 20.0**
**lanolin to 100.0**
**MDS المعجونة المجففة لخلل التعرق**

**Rx. Zinc Oxide 15.0**
**Olive Oil 10.0**
**Lanolin to 50.0**
**MDS معجونة الزنك الطرية**

**المستحضر التجارية :**

*معجونة الزنك الطرية :* **Desitin Oint, Zinc Oxide Oint USP, Hermal paste .**

*معجونة الزنك :* ( متاحة تجارياً تحت هذا الاسم ) .

*معاجين تحتوي على مضافات نوعية :* .

*مضـــادات الفـطـور :* منهـا Sterosan Paste الحـاويـة على كلوركينالدول ، ومنها التالية :

**Rx. Precipitated Sulfur 10.0**
**Soft Zinc Paste to 100.0**

معجـونة الزنك الكـبريتيـة لمعـالجة الفطور الشعروية العميقـة
**MDS**

*مضادات الصداف :* الأنترالين (Dithranol) Anthralin في تـركيزات مـتزايدة من معجـونـة الزنك المحتـويـة على حمض الصفصـاف ( معجونة لاسـار مع ٢٪ حمض الصفصاف ) ، معجونة Stielasan أو معجونة Lasan .

*المطهرات :* كليوكينول ٠,٥ ـ ١,٥٪ ، كلوركينـالدول أو معجونة ستيروسان Sterosan .

*الكبريت :* هناك معجونة الزنك بالكبريت وحمض التانيك ، لها فعل مجفف ومضادة للجراثيم ، ويمكن أن تعالج بها أكزيمة اليدين المزمنة .

**Rx. Tannic Acid 1.0**
**Precipitated Sulfur 2.0 – 10.0**
**Soft Zinc Paste**
**Soft Ointment áá to 100.0**
**MDS** معجونة الزنك بالكبريت وحمض التانيك

*معـــاجــين حــافظــة :* Kerodex, Hydrope, Siliderm, Covicone .

**الاستطبابات** : يُشـار بالمعـاجين القـاسيـة لتغطية التقرحات وإحاطتها ، وخاصة تقرحات الساق وقرحات الاستلقاء . كما يوصى بالمعـالجة البدئيـة بالمعاجين مع/أو دون مضـافات فعّالة منـاسبـة وذلك في الحالات الجلدية تحت الحادة أو المزمنـة ، وخاصـــة في الإكزيمة المترافقة بارتشـاحات شديدة أو بتحزز ثـانوي ، وفي الحالات الالتهـابيـة تحت الحادة أيضـاً . وتفيد المعاجين الطرية ، وخاصة عند الاقتراب من الشفاء الكامل ، لحالات التهاب الجلد التماسي . إذ يمكن تطبيقها بعد انقضاء طور المعـالجة بالضمادات Dressing أو الرهيات المبردة . ويشـار بالمعالجةبها عند عدم تحمل المراهم . ويكون التحمل للمعاجين الطريـة حسنـاً في حـالة انعدام الزهم . ولكن يجب تجنب استعمالها في حالات المث .

إن المعاجين مهمة أيضاً في المعالجة ثنائية الطبقات ، حيث تعني تطبيق معالجتين خارجيتين معاً . ففي الإكزيمة التأتبية مثلاً تطبق على الأماكن المصـــابة رهيات محتوية على ستـيروئيدات قشـريـة ، وبعد ذلك ، تغطى الطبقـة المذكورة من الرهيات بمعـاجين طرية . تزال المعـاجين الطرية بالزيوت أو بالبـارافين المائع بشكل حسن ودون فرك عنيف .

## الزيوت Oils :

إن الزيوت الطبية هي مستحضرات تحتوي أدوية منحلة في زيت دسم ، أو معلقات لمساحيق في الزيت أو الأساس الدهني ، وهي مائعة بدرجة حرارة الغرفة .

**التأثير الدوائي** : تستعمل الزيوت في تزييت الجلد ولإزالة بقايا المعالجات الجلدية مثل المراهم والمعاجين والدهونات ، ولتطرية التراكمات مثل الجلبات والوسوف ، كما تفيد في المعالجة المضادة للالتهابات السطحية الخفيفة ، وخاصة عند الأطفال .

**التأثيرات الجانبية** : لا يشـار باستعمال الزيوت عند الكهول المصابين بالمث أو بجلادات مثية .

**الزيوت المعدنية Mineral Oils** : وهي ماءات فحمية مشبعة من النفط ، وأهم أنماطها المعروفة هي البارافين المائع والبارافين المـائع الخفيف . هذه الزيوت المـائعـة ، والتي لا تصبح زنخة Rancid كإضافات للمراهم الطرية كمراهم أو دهون الشفة .

**Rx. Light Liquid Paraffin 10.0 – 20.0**
**Ointment Base to 50.0**
**MDS** دهون طري للشفة

*مرهـم الشـفـة التجـاري :* Bepanthen with Sunscreen, Ilvido .

**الزيوت النبـاتيـة Plant Oils** : إن هذه الزيوت في معظمها ثلاثية الغليسيريدات لحمض زيتي أو لحموض مشبعة أخرى ، أو لحموض دسمة غير مشبعة ذات سلاسل طويلة مختلفة .

*زيت الزيتون Olive Oil :* وهذا كثير ما يستخدم كسواغ :

**Rx. Zinc Oxide**
**Olive oil áá to 100.0**
**MDS** زيت الزنك

**Rx. Tumenol 5.0**
**Zinc Oxide**
**Olive oil áá to 100.0**
**MDS** زيت الزنك مع التومينول

**Rx. Talc 35.0**
**Olive Oil to 100.0**
**MDS** زيت الطلق

**Rx. Olive Oil**

lime Water áá to 100.0

MDS يجب خضه قبل الاستعمال

*زيت فستق العبيد السوداني Arachis Oil* : وهو زيت الفول السوداني ويعتبر مكوناً هاماً للأساسات الدهنية .

*زيت لابا Lappa Oil* : وهو زيت جذر نبات الأرقطيون ( راعي الحمام ) ويستخدم في تصفيف الأشعار ، كما يستعمل كمضافات للشامبوات Shampoos .

*زيت اللفت Rape Oil* : يستخدم هذا الزيت أيضاً في المستحضرات الدوائية المختلفة .

*زيت الخروع Castor Oil* : ويستخدم كمضاعفات لمقويات الشعر الغولية .

*زيت الزنك* : ويستعمل خاصة في حالات الجلد الالتهابية المغطية لمناطق واسعة من البدن . ونظراً للامتصاص السريع لمكون الزنك الزيتي بالضمادات وأقمشة السرير فإن الذي يبقى هو المكون المسحوق لزيت الزنك على الجلد . وهكذا تتشكل رسوبات سطحية جافة ، مضادة للالتهاب . وتبعاً لذلك فيجب إعادة تطبيق زيت الزنك عدة مرات في اليوم .

**التأثيرات الجانبية** : إحداث جفاف في الجلد مع طول فترة المعالجة .

**الاستطبابات** : يستعمل زيت الزنك خاصة في طفحية الحفاض عند الرضع وصغار الأطفال ولمعالجة الالتهابات أيضاً ، وجلادات المناطق الكبيرة كما في معالجة الإكزيمة المذحية ( إكزيمة الثنيات ) .

**زيت حمض الصفصاف** : ويستعمل هذا الزيت لتليين الوسوف أو الجلبات المتوسفة المتوضعة على الرأس .

Rx. Salicylic Acid 3.0

Olive Oil to 100.0

MDS زيت حمض الصفصاف

**الزيوت الحيوانية :**

*زيت السمك Cod Liver Oil* : يدخل هذا الزيت في تركيب العديد من المراهم التي تفيد في معالجة الجروح والتقرحات والحروق : مثل ضمادات Medicone و Desitin ومستحلب سكوت Scott .

**زيوت الحمّام Bath Oils** : كثيراً ما تستعمل الزيوت كمضافات للحمّام ، ذلك أن الحمام والرشاش Showers كلاهما يؤدي إلى جفاف الجلد ، وتعيض زيوت الحمّام عن الدهن للجلد الجاف . ويشار بزيوت الحمّام للمرضى الذين يعانون من حالة انعدام الزهم أو المصابين بالتهاب جلد تأتبي .

ويعتبر زيت فول الصويا Soya bean Oil والزيت السائل (Isopropyl Myristate) من أهم زيوت الحمام الطبية ، ومنها ( Alpha Keri ، Domol ، Oleobal ، Lubath ، Lubrasol ، Mellobath ، Nutraspa ، Robathol ، Surfol ، Tolakol ، Ultraderm ، Norell Bath Oil ) .

**المراهم والمستحلبات Ointments and Emulsions :**

مستحضرات مائعة أو طرية تطلب للاستعمال الخارجي بتطبيقها أو دعكها ، وتمتلك خواصاً فيزيائية أو كيميائية مختلفة استناداً إلى تركيبها . وهي تلعب دوراً مهماً لكونها حوامل للدواء في المعالجات الجلدية الموضعية . ولا يوجد ثمة تسمية منسقة لهذه الزمرة من جراء تركيبها المعقد جداً ، وغير المعروف أحياناً . ومن الناحية الجلدية هناك أهمية كبيرة في الممارسة للتعرف على هذه العوامل الجلدية من خلال تراكيبها الكيميائية ، وتمييز فعلها الدوائي Pharmacological على الجلد ، لأن انتخاب السواغ الملائم في معالجة الشكايات الجلدية يتحدد بذلك . وهكذا مثلاً ، فإن المراهم الستيروئيدية يمكن تحضيرها على أساسات مختلفة من قبل مصانع الدواء ( مرهم دهني ، رهيم ، مستحلب ، هلامة ) . ويجب على أطباء أمراض الجلد معرفة القاعدة لانتخاب الأساس ( السواغ ) الملائم لحالة الجلد . كما يجب عليهم معرفة ما إذا كان ذلك الأساس متضمناً على مستضد كامن بالتماس مثل ( اللانولين ، أغوال الشمع الصوفي ، العوامل المستحلبة ، العطورات ، الحافظات إلخ ... ) والذي قد يؤدي إلى تفاعل غير محتمل في الحالة المعالجة .

وتتركب الأساسات المختلفة من سواغات مع مكونات أساس ، أما الرئيسية منها والمستعملة حالياً فهي :

*ماءات الفحم* : مثل الوذلين ، البارافين اللزج أو المائع والبولي إيتلين غليكول .

*الأغوال* : مثل الغليسيرول ، السوربيتول ، الغول السيتيلي Cetyl Alcohol ، الكولسترول البولي إيتلين غليكول .

*الحموض* : مثل الحمض الدهني Stearic Acid أو حمض النخل .

*الأسترات* : مثل ثلاثي غليسيريد إيزوبروبيل Isopropyl Myristate ، الشموع .

*العوامل المستحلبة لمختلف الأنماط .*

*المثبتات Stabilizers* : كالحافظات ومضادات الأكسدة. ومن المهم جداً التحذير من إمكانية فعل السواغات المختلفة أيضاً كمستضدات كامِنَة بالتماس .

ولأغراض عملية بحتة يمكن تصنيف مختلف أنواع المراهم والمستحلبات كما يلي :

**المراهم الدهنية أو نفورة الماء Fatty or Hydrophobic Ointments :**

تكون هذه المراهم عملياً لا مائية ، محبة للدهن ، نافرة للماء ، ذات أساسات عالية الدهن ، قابلة للتفشي في درجة حرارة الغرفة ، تتلين أو تذوب عند ارتفاع حرارة الجو ، ولا يمكن غسلها بالماء ، ولذلك فهي تقي الجلد من المواد المحبة للماء . وهي تتركب من زيوتٍ معدنية ، أو نباتية ، أو حيوانية ، أو من زيوت صنعية خاملة .

**التأثير الدوائي** : تشكل المراهم الدهنية طبقة ساترة كتيمة على الجلد ، ولها خواصّ مدفئة وحابسة للماء ، ومطرية للجلد ، كما أنها تحض على نفوذ الدواء الذي يملك إما خاصة حالة للقرنين ( مثل حمض الصفصاف ) أو خاصة مضادة للالتهاب ( مثل الستيروئيدات القشرية ) .

**التأثيرات الجانبية** : تحدث أثناء المعالجة بهذه المراهم الدهنية إعاقة كبيرة في تحرر كل من الماء والحرارة . وهذا يمكن أن يزيد الالتهاب وخاصة في حالات التهابات الجلد الحادة ، ويجب توقع حدوث طفوح خلل التعرق Dyshidrotic Eruption عند تطبيق هذه المراهم على اليدين والقدمين ، وخاصة في الطقس الحار ، بسبب انسداد أقنية الغدد العرقية الناتجة .وقد يحدث خمج ثانوي إذا ما انسدت الجريبات . ويكون تحمل المراهم الدهنية أقل عند المرضى المصابين بمث أو بجلادات مثية .

**الاستطبابات** : إن مجال استطباب المراهم الدهنية ضيق تماماً ، فهي تستخدم في إزالة الوسوف ( مثل وذلين حمض الصفصاف ) ، وفي معالجة فرط التقرن وإكزيمة اليدين المتشققة ( مثل مراهم الستيروئيدات المحتوية على دهن ) . وتستخدم أخيراً في معالجة المرضى المصابين بانعدام الزهم ، وحالات جفاف الجلد مثل السُّماك والإكزيمة التأتبية . علماً بأن هذه المراهم مضادة للاستطباب في الآفات الجلدية الالتهابية الحادة .

**المراهم Ointments** : المراهم عوامل تتلين وتذوب في حرارة الجسم ، ويمكن تطبيقها أو دلكها على الجلد . وتتضمن من الناحية الكيميائية سواغات دهنية محبة للدهن ، نافرة للماء ، وهي تمتزج بالدهون دون تحديد ، ولها خاصية امتصاصية للماء ، ولكن بشكل طفيف .

ويستعمل مصطلح « المرهم » أيضاً للمستحلبات المحبة للدهن من نمط الماء في الزيت ( م/ز ) (W/O) مثل الرهيمات المحبة للدهن . وتمتزج هذه الجملة ثنائية الطور أيضاً بالدهون وهي قابلة لامتصاص مقدار قليل من الماء ( يصل حتى ٣٠٪ ) . أما الكريمات المزوقة مثل الرهيمات المسائية ، رهيم الأوسيرين Eucerin ، نيفيا ، Linola Fett ورهيم Keri Lipo Cordes – فهي أمثلة على ذلك ، حيث أنها متعددة الامتصاص وحاملة للماء عندما تكون الإماهة مكافئة .

**التأثير الدوائي** : تشابه في تأثيرها المراهم الدهنية ، فهي مشحمة ، ومطرية وتشكل غطاء كتيماً ، مع حفظها للحرارة وحبسها للمفرزات ( خطر الخمج الثانوي ) ، كما أن لها تأثيراً مبرداً خفيفاً ، ولا يمكن غسلها إلا بصعوبة .

**التأثيرات الجانبية** : لهذه المراهم ميلٌ لتحريش الالتهاب في حالات التهابات الجلد الحادة بسبب تأثيراتها الكتيمة ، كما أنها تحضُّ على إحداث خلل التعرق على الراحتين والأخمصين في الصيف .

**الاستطبابات** : أكثر ما تستخدم المراهم في التهابات الجلد المزمنة ( صداف ، إكزيمة مزمنة ) ولتطرية الوسوف والجلبات أو لتشحيم المرضى المصابين بانعدام الزهم أو الجلادات منعدمة الزهم . ولا يجوز تطبيق المراهم عند المصابين بالمث أو الحالات المثية ، كما لا تطبق في الحالات الالتهابية الحادة .

**الرهيمات Creams** : وتطلق على المراهم المتضمنة على الماء . إلا أن هذه التسمية لا يمكن تقييدها بنمط واحد . ويتركب الرهيم في الأساس من مستحلب كجملة ذات طورين للماء والمواد الدهنية . هذا ويمكننا تميز نمطين من المستحلبات أو الرهيمات :

*مستحلبات من نمط الماء في الزيت ( م/ز ) :* وهي عبارة عن قطيرات من الماء موزعة بطور زيتي خارجي متجانس ( مواد دهنية ) . هذا وإن الزبدة ، والرهيمات ، ورهيمات المزوقات الليلية من هذا النمط من المستحلب . ويدعى هذا النمط حسب أساسه بالرهيم المحب للدهن بسبب إمكانية امتصاصه للدهن . وتمتلك هذه الرهيمات خواصًّا منفرة للماء وتتصرف كمرهم بشكل جوهري ، وكمثال على ذلك هناك Cold Cream USP ( مرهم ماء الورد ) .

*مستحلبات من نمط الزيت في الماء ( ز/م ) :* وهي عبارة عن قطيرات من الزيت أو الدهن موزعة في طور مائي خارجي . وفي الحقيقة في حليب البقر ، والعديد من المزوقات المرطبة أو الرهيمات النهارية تكون من هذا النمط ، ويدعى هذا النمط حسب أساسه ، بالرهيم المحب للماء من جراء مقدرته الماصة للماء ، كما أنه قابل للغسل بالماء ، لكنه لا يمتزج بالدهن . ويملك هذا الرهيم خواصاً دوائية تختلف عن الرهيمات المحبة للدهن .

**التأثير الدوائي** : تحتوي الرهيمات المحبة للماء ، أي مستحلبات ز/م على مواد دهنية وماء كافٍ ( يصل حتى ٧٠٪ ) وموادّ مستحلبة . ولا تمتلك أسس هذه الرهيمات خواصاً دهنية كما أنه

ليس لها تأثيرات كتيمة . إلا أن لها تأثيراً مبرداً ومضاداً للالتهاب ينجم عن تحرر الماء ( مبردة بالتبخر ) ، وهي تلتصق بالجلد الرطب وتنفذ بسرعة إلى الجلد ، وهي قابلة للغسل بالماء . وتتطلب هذه الرهيمات إضافة مواد حافظة لها بغية وقايتها من نمو الجراثيم .

**التأثيرات الجانبية** : لهذه الرهيمات تأثير مجفف ، وأحياناً حاك عند تطبيقها لفترة طويلة وذلك بسبب ميلها للتبخر ، وهي تحرض على حدوث الجفاف والتوسف في حالات جفاف الجلد أو انعدام الزهم .

**الاستطبابات** : يوصى بهذه الرهيمات في الجلادات الالتهابية الحادة أو النازة في جميع حالات الإصابة بالمث . ويتحملها عادة المرضى المثيين بشكل حسن .

**مضادات الاستطباب** : يوصى بعدم استعمال هذه الرهيمات عند المصابين بانعدام الزهم وفي حالات جفاف الجلد مثل السماك ، والتهاب الجلد التأتبي ، كما أنها غير مناسبة لإزالة التراكمات ( وسوف ، جلبات ، فرط تقرن ) .

**المستحلبات المائعة ( الدهونات ) – Liquid Emulsion (Lotions)** : ليست المستحلبات سوى مزوقات شديدة الميوعة ، ومن المهم تميز هذه المستحلبات من الدهون الأبيض أو الدهونات المخفوقة ، وهي ذات أساسات سائلة ، حليبية اللون والكثافة ، وتتكون في الأساس من ماء مع عوامل محدثة للاستحلاب ومواد دهنية قليلة ، أي أنها مستحلبات محبة للماء من نمط ز/م . كما أن لها أهمية معتبرة في المزوقات لكونها منظفة وتستخدم كدهونات للجسم . أما في الطب ، فهي أساسات مألوفة وتستعمل كحوامل للستيروئيدات القشرية ، وفي معالجة الحالات الجلدية وتأهيلها . ويجب إضافة الحافظات لهذه المستحلبات لمنعها من التلوث الجرثومي والتفكك .

**التأثير الدوائي** : تملك هذه الأساسات فعلاً سطحياً جداً على الجلد . إذ أن لها تأثيراً زيتياً خفيف مع فعل مبرِّد نتيجة تحرر الماء من المستحلب التالي لانتشاره على الجلد ، محدثاً تأثيراً مضاداً للالتهاب في الجلادات الحمامية الالتهابية الحادة . وهي لا تثبط انطلاق الحرارة أو المفرزات أو تحرر الماء ، وتمتاز بالتصاق جيد على الأغشية المخاطية والتآكلات .

**التأثيرات الجانبية** : لهذه الدهونات فعل مجفف للجلد لدى استعمالها لمدة طويلة بسبب تخربها السريع .

**الاستطبابات** : تطبق في أمراض الجلد الالتهابية الحادة الناتحة أو المنفطة ، كالتهاب الجلد التماسي الحاد ، وخلل التعرق الحاد ، وإكزيمة خلل التعرق . وتصلح أيضاً لمعالجة المناطق المذحية والأمراض الالتهابية للمخاطيات .

**مضادات الاستطباب** : لا يجوز تطبيق هذه الدهونات في حالات التهابات الجلد المزمنة ، أو عند وجود جلبات أو توسف وذلك بسبب فعلها السطحي والمجفف . وتعتبر مضادة استطباب عادة بالنسبة للمصابين بانعدام الزهم وحالات جفاف الجلد مثل السماك .

## التراكيب والصِّيغ

## Composition and Formula

*المواد الدهنية المعدنية :*

*البارافينات :* وهي ماءات فحم مشبعة تنتج عن تقطير النفط ، وكثيراً ما تدخل في تركيب أساسات المراهم ، وهي كتيمة منفرة للماء وذات خواص شبيهة بالوذلين .

*البارافين المائع والبارافين المائع الخفيف :* وهي تفيد لكونها لزجة أو كوذلين مائع شديد السيولة ( زيت معدني ) . ويفيد أيضاً البارافين الصلب .

*الوذلين Petrolatum (Vaseline) :* ويستحصل كفضلات من النفط المقطر ، ومن هنا جاءت تسميته **Petrolatum** ، ويتجمد بدرجة حرارة ما بين ٣٨° و ٥٦° . وهو مادة سادرة ( عديمة التخرب ) ، لينة ، وغير مؤرجة وتمتزج مع معظم الأدوية وتبقى ثابتة فترة طويلة . وباعتبار أن الوذلين لا يمتص الماء بشكل خاص فهو عندما يغطي الجلد يمنع انطلاق الحرارة وتحرير الماء ، مما يساعد على الاحتباس ، كما أن له فعلاً ملطفاً . وقد يؤدي استعماله المديد ، متضمناً المزوقات المضاف إليها ، إلى ما يسمى بالجلد الوذليني **Vaselinoderm** .

*الوذلين الأصفر :* وهو مفضل على الوذلين الأبيض في المعالجات الجلدية ، وذلك لأن إضافة المواد القاصرة ، ولو بمقادير زهيدة . قد يؤدي إلى تخريش الجلد . ويدخل الوذلين في تركيب عدد من المستحلبات .

*المراهم الوذلينية Petrolatum Ointments :* وتتضمن الوذلين **USP** والوذلين أليف الماء ، حيث أن هذا الأخير يأخذ مقادير كبيرة من الماء لاحتوائه على الكولسترول وعلى غول ستيريلي **Stearly alcohal** وشمع أبيض .

*المرهم الطري Soft Ointment :* وهو نمط بدئي لمرهم دهني يتركب من أجزاء متساوية من الوذلين الأصفر واللانولين .

*مرهم لزقة الرصاص لهبر Diachylon Oint (Hebra) :* ويتركب من ٣ أجزاء من الوذلين وجزءين من لصوق الرصاص **Lead Plaster** . وهو مرهم كثير الدهن ويفضل استعماله في

المعالجة الحالّة للقرنين على الراحتين والأخمصين ، و هو نادر الاستعمال .

*الدهون الصنعية :* وهي عبارة عن مواد دهنية مثل : دي ميتيل بولي سيلوكسان Dimethylpoly – Seloxane تضاف إلى المراهم الدهنية والمراهم الواقية للأنسجة (Covicone, Silicoderm) . كما تستعمل أيضاً أسترات حمض الزيت في صنع أساسات المراهم مثل (Oleyl Oleate DAB – Cetiol, Isopropyl myrisate, Isopropyl Palmitate) .

*الشحوم النباتية والحيوانية :* وهي عبارة عن ثلاثية الغليسيريدات لحموض دسمة عالية ( دسم وزيوت ) أو أسترات لحموض دسمة عالية مع أغوال دهنية . أما لزوجتها فتعتمد أساساً على وزن الجزيئات ودرجة التشبع . وهذه الشحوم شديدة الدهن ، غير أن تأثيرها الكتيم أقل من تأثير المواد الدهنية المعدنية ، وهي قليلة الالتصاق على الجلد الرطب . كما أنها لا تغسل بالماء بشكل جيد ، أما محاسنها فهي أنها شبيهة بدسم الجلد . وأما مساوئها فهي حساسيتها الشديدة للتأكسد في بعض الحالات ، ولأن استقرارها يجعلها زنخة . إلا أن الشحوم التالية لا يزال لها دور مهم .

*شحم الخنزير* ***Pig Lard*** : يعامل شحم الخنزير مع حمض الجاوي ٢٪ لمنع التزنخ . ويستعمل شحم الخنزير الجاوي في تحضير مراهم الرأس .

**Rx. Salicylic Acid 5.0**
**Dissolve in Olive Oil q.s.**
**Benzoinated Lard to 100.0**
**MDS** لتطرية الجلبات والوسوف على الرأس

إنّ هذه الصيغة ، طرية وهي تزيل الوسوف والجلبات بشكل جيد ويمكن غسلها بالصوابين والمنظفات وهي لا تلتصق على الفروة مثل الوذلين .

*الزيوت النباتية والحيوانية :* وقد جاء ذكرها سابقاً .

*شحم الصوف* ***Wool Fat*** : وهو عبارة عن شحم صوفي مائي .

*شحم الصوف اللا مائي* ***Anhydrous Wool Fat*** : يمكن أن يمتص شحم الصوف اللا مائي المنقى بقدر حوالي حجمه ماء وهكذا يتشكل المستحلب الدهني من نمط م/ز ، مثل الرهيم أليف الماء . وتنجم هذه المقدرة عن تضمنه لعوامل الاستحلاب من الغول الصوفي الشمعي .

*اللانولين :* يتكون هذا الأساس المحب للدهن من ١٣ جزءاً من شحم الصوف اللا مائي مع ٤ أجزاء ماء و ٣ أجزاء بارافين مائع . ويمكن للانولين أن يشكل مستحلباً دهنياً م/ز مثل الرهيم المحب للدهن وذلك من جراء امتصاصه المحدود للماء . ومن المهم أن نذكر إمكانية حدوث تفاعل أرجي تماسي عن اللانولين .

*الأوسيرين* ***Eucerin*** : عزل لايفشوتز **Liefschutz** جزيئات غول شحم الصوف من شحم الصوف وأسماها بالأوسيرين . وهو يصنع دوماً كأساس ماصٍّ للماء . ويتركب الأوسيرين اللاماني من ٩,٥ جزءاً من مرهم البارافين و ٠,٥ جزء من الأوسيرين . ويستطيع أن يمتص حوالي ١٠٠٪ ماء .

*ناطف الحوت* ***Spermaceti*** : وهو عبارة عن زيت نطف الحوت ويتكون من بالميتات الإيتيل **Ethyl Palmitate** ، أي يشبه ما في شمع اللانولين الصنعي ( مزيج من السترين وغول العاليتين ) أي غول دهني عالٍ . وتكوّن مراهم اللانولين مستحلبات مع كبريتات ستريل أستيل الصوديوم . وهي تصلح أيضاً لضم الماء وهكذا يمكن أن تستخدم في صنع المستحلبات .

*مرهم غول الصوف* ***Wool Alcohol Oint*** : ويحتوي على غول الصوف وغول **Cetyl Stearyl** ووذلين أبيض . يمتص هذا المرهم الماء ليكون مستحلباً دهنياً ( م/ز ) محباً للدهن : مرهم غول الصوف المائي .

*المرهم المستحلب* ***Emulsifying Oint*** : يحتوي هذا المرهم المحب للماء على غول ستيريلي ستيلي ووذلين أبيض وبارافين لزج ، ويمكن الحصول على مستحلب ز/م أليف للماء بإضافة كمية لا بأس بها من الماء . مثل : الرهيم القابل للغسل ، والمرهم المستحلب المائي .

**مستحلبات الماء في الزيت (Water in Oil Emulsions) :**
وهي مستحلبات محبة للماء وتدعى مثل هذه الأساسات الدهنية اليوم بالرهيات أو المراهم المحبة للدهن ( المراهم المستحلبة ) . وتتركب من دهون مختلفة ، ويحدث تشكل المستحلب عندما يضاف العامل المستحلب ويطرح الماء .

*المستحلب النافر للماء* ***Aquaphor*** : يتركب أساس هذا المستحلب من جزء من الأوسيرين وجزء من الماء ، وهو غير مخرش ، ويتضمن ماءً ، ورهيماً محباً للدهن ذو تحمل حسن وخاصة في الجلد عديم الزهم .

*مرهم* ***Leniens*** : وهو مرهم مبرِّد ويتكون من التركيبة التالية :

**Rx. Yellow Beeswax 6.5**
**Spermaceti 8.0**
**Arachis Oil 60,0**
**Glycerol Monostearate 0.5**
**Distilled Water 25.0**

مرهم مبرد MDS

*مرهم غول الصوف المائي* : ويتركب من أجزاء متساوية من كلّ من مرهم غول الصوف والماء .

*مراهم العوامل المستحلبة المركبة* : وتحتوي إما على استرات حمض بولي إيتيلين غليكول الدهني ، مثل : سترات البولي إيتيلين ٤٠٠ أو استرات حمض الزيت سوربتان بولي إيتيلين غليكول (Polyethylene glycol, Tween 80) وهي تصلح لصنع مستحلبات م/ز الدهنية مثل الرهيمات Sorbitan Oleate أليفة الماء كما أنها سهلة الغسل .

**المستحضر التجاري** : يتكون مرهم كوردس Ung Cordes من استرات حمض بولي إيتيلين غليكول الدهني ، واسترات مولعة بالغليسيرول ، وماءات الفحم البارافيني وشحم الصوف . أما مستحلب م/ز ، فيتشكل بإضافة ٢٠ – ٣٠٪ من الماء .

Rx. Citric acid Sol 0.5% 30.0
Glycerol 10.0
Ung Cordes to 100.0
مرهم قابل للغسيل على الجلد MDS

*غليكولات البولي إيتيلين في الاستعمالات الموضعية* : يتكون معظم تلك الغليكولات من أساسات إيتيرية متعددة الأكاسيد لدرجات عالية مختلفة من التكوثر Polymerization ، وبالتالي تشكل غليكولات البولي إيتيلين (Carbowax Polywax) ذات وزن جزيئي ما بين ٢٠٠ – ٦٠٠٠ . أما قوامها فيختلف ما بين المائع والشمعي . وهي لا مائية وذات دهن محدد ، وقابلية للذوبان غير محددة . هذا وإن قابليتها للغسل بالماء ذات محاسن عظيمة لأنها تصلح خاصة في معالجة أمراض الرأس لإمكانية إزالتها بالماء من الفروة ، كما أن لها تأثيراً مجففاً عند استعمالها المديد ويتحملها المصابون بالمث بشكل حسن عادة . وقد يحصل تنافر إذا ما تضمنت أدوية ما .

**الاستطبابات** : تطبق بشكل أساسي في معالجة حالات الفروة ، كما تفيد في معالجة الحالات الالتهابية تحت الحادة . ومثالها مرهم بولي إيتيلين غليكول .

Rx. Polyethyline Glycol 800
Polyethyline Glycol 1500 áá to 100 g
مرهم بولي إيتيلين غليكول MDS

**مستحلبات الزيت في الماء** : وهي الرهيمات محبة الماء والمستحلبات عبارة عن مستحلبات من نمط ( ز/م ) وهي تحتوي على الماء دائماً ، وتبدي بشكل أكبر قابلية لامتصاص كمية من الماء غير محددة ، وهي ذات فعل دهني قليل وتملك خواصّ ربطٍ وهنية ضعيفة . إنّ المستحضرات نصف الصلبة القابلة للانتشار هي رهيمات ، أما المستحضرات ذات القوام المائع فهي المستحلبات أو الدهونات ، في حين تكوّن الأجسام الصلبة المعاجين الطرية . وأخيراً فإن المستحضرات القابلة للانتشار هي رغوات غازية Gases Foams . وعادة ما تكون رهيمات المزوقات النهارية أو المطريات هي مستحلبات ز/م . وبسبب احتواء هذه المستحلبات على الكثير من الماء ، فإنها تتعرض للتفكك الجرثومي ، وتحتاج بسبب ذلك لإضافة مواد حافظة ، ويمكن أن يحدث فيها تنافر ، إلا أن المهم أن تكون كل من الرهيمات والمستحلبات معلبة في حاويات مناسبة أو أنابيب Tubes بحيث لا يمكن أن يحدث من خلالها تبخر الماء .

ومن أجل تحضير الرهيمات أو المستحلبات ، يمكن استعمال عوامل مستحلبة غير مشردة مثل بولي إيتيلين غليكول أو التوين Tween ، أو عوامل مستحلبة مشردة مثل اللانيت ن Lanette N ( ٩ أجزاء غول ستيرول ، ستيل ، وجزء من كبريتات ستيرول الصوديوم ) أو كبريتات لاريل الصوديوم Sodium Lauryl Sulfate أو أملاح الأمونيوم ثلاثي الإيتانول لحموض دسمة غير مشبعة .

*المرهم المستحلب Emulsifying Oint* : ( كتاب الأدوية الألماني DAB8 ) : يحتوي هذا المرهم على غول سيتريل أستيل مستحلب ، وبارافين مائع لزج ووذلين أبيض . هذا وينجم عن نزع الماء رهيم أليف للماء : مرهم مستحلب مائي .

Rx. Emulsifying oint DAB8 30.0
Distilled Water to 100.0
مرهم محب للماء مائي MDS

وهذه صيغ أخرى :

Rx. Sodium Lauryl Sulfate 1.0
Propyl glycol 12.0
Stearyl alcohol 25.0
Petrolatum 25.0
Water 37.0
Methyl hydroxybenzoate 0.025
Propyl hydroxybenzoate 0.015
مرهم محب للماء MDS USP

Rx. Lanette N 10.0
Spermaceti 5.0
Arachis oil 10.0
Nipagin 0.5
Distilled Water to 100.0
رهيم بارد MDS

**القواعد في انتخاب السواغات المناسبة** : يجب على كل طبيب أن يستفيد من خبرته الخاصة . وينصح باستخدام أساسات ( حوامل وسواغات ) قليلة معروفة بالتفصيل . ويجب أن نتذكر دوماً بأن للأساس نفسه تأثيراً دوائياً على الجلد ، علماً بأنّ انتخاب السواغ غير الملائم قد يؤدي إلى تأخر الشفاء ، أو إلى سورة **Exacerbation** الجُلاد المعالج ، أو إلى أرجية بالتماس إضافية ، قد يُحبط الفعل المقصود للأدوية المتضمنة . ولا شك أن انتخاب الأساس الملائم يحض على الشفاء ويعتمد ذلك على ما يلي :

- نمط الجلد ( حالة إفراز الغدد الزهمية ) .
- درجة حدّة التغيرات الالتهابية الجلدية .
- شكلياء الأدواء الجلدية المعالجة .

**نمط الجلد** : يجب ، من حيث المبدأ ، انتخاب الأساس ذو الفعل المغاير ، وهكذا ، وعلى سبيل المثال ، لمعالجة المرضى المثيين ( ويشكلون حوالي ٥٠٪ من المرضى ) ، أو المصابين بجلادات مثية ، يتم انتخاب أساسات خالية من الدهن ، أو ذات دهن خفيف كالمساحيق ، والمحاليل الغولية والدهونات المخفوقة أو المعاجين الصلبة . كما أن المستحلبات أو الرهيمات المحبة للماء ذات تحمل حسن عندهم . ويوصى بشكل أقل في حالة الجلد المثي ، تطبيق أساسات عالية الدهن مثل مرهم الدهن اللا مائي ( كالوذلين والمرهم الطري ) ، أو المستحلبات المحبة للأدهان كالأوسيرين المائي أو مرهم شحم الصوف المائي . أما المرضى المصابون بانعدام الزهم ( ويشكلون حوالي ١٠ – ٣٠٪ من مجموع المرضى ) وهم ذووا الجلود الجافة ، أو المصابين بجلادات انعدام الزهم ( السماك ، الإكزيمة التأتبية ) فيوصى في البدء بمعالجتهم بسواغات دهنية : مراهم دهنية لا مائية ، معاجين طرية ، أو مستحلبات محبة للدسم ( مراهم ) . في حين أن المجففات ، والأساسات الأقل دهناً ، مثل المساحيق والمحاليل الغولية والدهونات المخفوقة والمعاجين الصلبة والمستحلبات المحبة للدهن ( رهيمات ) هي ذات تحمل سيء ، وخاصة عند استعمالها المديد . أما ما يدعى بالأنماط المتوسطة للجلد فنجدها لدى المرضى الذين لا توجد أدلة على إصابتهم بالمث أو بانعدام الزهم ( ويشكلون حوالي ٢٠٪ من المرضى ) . ويفضل معالجة هؤلاء المرضى بسواغات دهنية منخفضة أو بمستحلبات محبة للدهن ( رهيمات ) وذلك كقاعدة أساسية في المعالجة .

**درجة حدة التغيرات الجلدية الالتهابية** : تكفي المعالجة المضادة للالتهاب السطحية في معالجة الالتهابات الحادة ، وحالات الجلد السطحية مثل الأخماج أو الطفحيات الانسمامية ، والنخالية الوردية ، أو التهاب الجلد التماسي الحمامي الحاد . هذا وقد تكون هذه المعالجة ، مساحيق أو دهونات مخفوقة ( دهون أبيض ) أو مستحلبات أليفة الماء ( رهيمات ) . كما أن لكل من المعاجين الطرية ، والمستحلبات أليفة الماء ، والمراهم أو المراهم الدهنية اللا مائية تأثيراً كتيماً أيضاً ، فهي تمنع التبخر والتبريد المضاد للالتهاب . وتتطلب حالات الجلد الالتهابية المزمنة أو الحالات المترافقة بارتشاحات التهابية مزمنة – كما في الإكزيمة المزمنة ، والمتحززة ، والحزاز اليبسيط المزمن أو الصداف – سواغات تسمح بنفوذ كاف للأدوية الفعالة وتمكّن من الوصول إلى مكان فعلها . علماً بأنه يوصى بدئياً بالمعاجين الطرية ، أو المستحلبات المحبة للدهن ( المراهم أو المراهم الدهنية اللا مائية ) ، في حين تكون المستحضرات الخارجية ذات التأثير السطحي فقط مثل المساحيق والدهونات المخفوقة أو المستحلبات المحبة للدهن ( رهيمات ) أقل ملاءمة .

**الجدول ٦٧ – ٤ : شكلياء الآفات الجلدية والأساسات الملائمة لمعالجتها**

| الشكلياء | التوصية | الأقل ملاءمة |
|---|---|---|
| احمرار حاد | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، مستحلبات ، رهيمات | معاجين ، مراهم ، مراهم دهنية |
| احمرار مع تورم | كما ذكر أعلاه ، ويمكن تطبيق ضمادات رطبة | كما ذكر أعلاه |
| حويصلات | مساحيق ، دهونات الزنك المخفوقة ، هلامات | مراهم ، مراهم دهنية ، معاجين طرية |
| نفاطات | ضمادات رطبة ، مراهم مع ضمادات رطبة | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، رهيمات محبة للدهن ، مراهم ، مراهم دهنية |
| تآكلات | ضمادات رطبة ، مراهم مع ضمادات رطبة | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، مراهم دهنية |
| الجلبات | ضمادات رطبة ، ضمادات رطبة مع مراهم ، معاجين طرية ، مراهم ، مراهم دهنية | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، معاجين صلبة ، رهيمات محبة للماء ، هلامات |
| الوسوف | ضمادات رطبة ، ضمادات رطبة مع مراهم ، معاجين طرية ، مراهم دهنية | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، هلامات ، معاجين صلبة ، رهيمات محبة للماء |

| | | |
|---|---|---|
| التقرانات | ضمادات رطبة ، ضمادات رطبة مع مراهم ، مراهم دهنية ، معاجين طرية | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، معاجين صلبة ، هلامات ، رهيات محبة للماء |
| ارتشاحات التهابية مزمنة مع تحزز | معاجين طرية ، رهيات محبة للدهن ، مراهم ، مراهم دهنية | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، معاجين صلبة ، هلامات ، رهيات محبة للماء |
| الندبات | معاجين طرية ، مراهم ، مراهم دهنية | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، هلامات ، رهيات محبة للماء |
| الضمور | معاجين طرية ، رهيات محبة للدهن ، مراهم | مساحيق ، دهونات مخفوقة ، معاجين صلبة ، رهيات محبة للماء ، مراهم دهنية |

**شكلياء الآفات الجلدية المعالجة** : يختلف انتخاب أساس الدواء بناء على شكلياء الجلاد المراد معالجته . ولقد أشار الجدول ( ٦٧ — ٤ ) إلى القواعد التي يجب إتباعها . ومن المهم أن نعلم كميات كبيرة كافية من الأساسات يجب أن تحضر لكامل المعالجة :

- يلزم من المرهم لاستعمال مرة واحدة لكامل الجسم مقدار ٣٠ — ٦٠ غرام .
- يلزم من المراهم لمعالجة اليدين والوجه والرأس والمنطقة التناسلية الشرجية ، حوالي ٢ غ لمعالجة كلٍّ منها .
- يلزم من المرهم لمعالجة الطرف العلوي ، ومقدم أو مؤخر الجذع ، ٣ غ لكل منها ، ويلزم حوالي ٤ غ لمعالجة الساق .

كما يجب وصف مقادير مناسبة إذا ما دعت الضرورة الاستمرار في المعالجة لفترة من الوقت .

## المعالجة الموضعية النوعية

## Specific Topical Treatment

**انجبال الأدوية ضمن الأساسات Incorporation of Drugs into Bases** : تتألف المعالجة الموضعية النوعية من أدوية تطبق موضعياً ، مُتضمنة في أساس ملائم ( سواغ حامل ) . وسوف نذكر هنا فقط الأدوية الأكثر أهمية ، والتي توصف بشكل متكرر لكثرة استطباباتها . ومن الضروري التآلف مع التأثيرات الوصفية لكل مستحضر . ويعتمد التأثير الدوائي على طريقة نفوذ الأدوية الجيّد وعلى تأثيرات الأدوية المجموعية .

**الملونات Dyes :**

لا يزال استعمال الملونات شائعاً رغم أنها تحجب منظر الآفة ، حيث أنّ لها تأثيراً قابضاً ومطهراً . هذا وقد استبعدت من الاستعمال كثير من الملونات الأكريدينية Acridine مثل : لاكتات الأكريدين (Rivanol) بسبب فعلها التماسي المحسس . تستخدم ٨ — كبريتات الكينولينول ( شينوسولوم ٠,٠١٪ Chinosolum ) في الضمادات الرطبة . ويستعمل كل من ميتيل روسانيلين كلورايد ( البنفسجية المبلّرة ، بنفسجية الجانسيان ، Pyoctanin ) ، وب — دي إيتيل أمينوتريفينيل ميتانول ( الأخضر المتألق Brilliant green ) بتركيز ٠,١٪ — ١٪ في الماء ، وذلك لتأثيرها الجيد المضاد للجراثيم والمبيضات البيض . ولذا فهي تستعمل في معالجة الحالات المذحية ، والإصابات الشرجية — التناسلية ، كما تفيد في تجفيف الآفات التآكلية . إلا أنه يجب أخذ الحذر عند المعالجة بهما عند صغار الأطفال والرضع لإمكانية حدوث نخرة بنفسجية الجانسيان ، ولذلك فلا يجوز أن يزيد تركيزها في مثل هذه الحالات عن ٠,١٪ .

**القطرانات Tars :**

وتنتج عن التقطير الجاف لكل من الفحم والخشب والخث Peat ( مواد نباتية غير متفحمة ) . والقطرانات مواد شديدة التعقيد وتحتوي على ألوف المركبات الكيميائية .

**التأثير الدوائي** : للقطرانات فعل مضاد للحكة ومضاد للالتهاب ، كما أنها مضادة للتأكزم بشكل خاص ، ومضادة للشواك Antiacanthotic ، لدينية التقرن Keratoplastic ومضادة للأخماج . ويوصى بالقطرانات في معالجة الإكزيمة المرتشحة أو المتحززة المزمنة ، وتفيد في معالجة الحزاز البسيط المزمن والإكزيمة التأتبية والصداف الشائع . هذا وإن القطرانات مضادة للاستطباب في الحالات الجلدية الناتحة أو الخمجية .

**قطرانات الفحم Coal Tars :**

*قار الفحم الحجري Lithanthracis Pix* : وينتج عن التقطير الجاف للفحم الحجري ، كما في صنع غاز المدن ، ويباع في الصيدليات مثل الدواء . وهو أسود لزج ، مائع ، معتدل إلى القلوي الخفيف وذو رائحة وصفية جداً .

*قطران الفحم الحجري* : ينتشر فوق الجلد المصاب ، يغطى بضماد ، حيث يشكل مع طبقة الجلد السطحية طبقة قطرانية توسف بسرعة .

*القطران كإضافات Tar as Additive* : يوصف القطران الفحمي الحجري بتركيز ٢ ـ ١٠٪ ضمن الدهونات المخفوقة ، أو المعاجين والمراهم وشامبوات الأشعار وزيوت الاستحمام .

**التأثيرات الجانبية** : يجب إجراء اختبار التحمل للقطران من أجل المعالجات الجلدية بواسطة اختبار القطران الذي يقيد بتطبيق موضع وذلك قبل تطبيقه في معالجة واسعة ونظراً لاحتواء القطران على مواد انسامية محرشة بالضياء ، فيجب تجنب حدوث التهاب الجلد الانسامي الضيائي بتطبيق دارئات أو ضمادات . وتعتمد طريقة جويكرمان Goeckerman في معالجة الصداف على هذا المبدأ . وقد يحدث بعد التطبيق المتكرر للقطرانات ، التهاب جريبات قطراني أو عدّ ( عدّ زفتي Acne picea ) وذلك كتأثير جانبي موضعي . لكن هذه التأثيرات الجانبية تزول عند التوقف عن المعالجة بالقطران . كما عرفت تأثيرات قطران الفحم الحجري المسرطنة جيداً من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات ولفترة طويلة . غير أن هذه التأثيرات المسرطنة لم تلاحظ لدى الإنسان عند استعماله للقطرانات لفترة قصيرة . ويجب أن لا يغيب عن البال التأثيرات الامتصاصية للقطران عند استعمال مراهمه فوق مناطق جلدية واسعة وكبيرة . ويوصى بإجراء تحليل للبول أثناء المعالجة ، لأن ثبات اللون الغامق للبول فترة طويلة يشير إلى ( بيلة فينولية ) .

**المستحضرات التجارية** : مرهم Bossi ( ٥٪ ) ، Supertar ( ١,٢٥٪ ) ، Pragmatar ( ٤٪ ) Ester Gel ( ٥٪ ) ، Fototar ( ١,٥٪ ) ، مستحلب Zetar ، Clinitar ، Berniter .

**صبغة القطران Tar Tincture** : محلول قطران الفحم الحجري ( أو سائل قار الفحم الحجري ) : إن صبغة القطران هي عبارة عن محلول قطران الفحم الحجري في خلاصة غولية لصابون الدبغ Soap Bark ، وتدعى بالمطهر الفحمي السائل (Liquor Carbonis detergens) LCD . علماً بأن هذه الصبغة أو المطهر أقل شدة أو فعالية في التأثير من القطران نفسه . تجف هذه الصبغة بعد فرشها ، ويمكن مزجها بنسبة ٥ ـ ١٠٪ مع الوذلين . وقد تستخدم أحياناً للحصول على مرهم غول الصوف الدهني ، كما يمكن جبله في مرهم نيفيا .

**الاستطبابات** : تستخدم هذه الصبغة في معالجة الإكزيمة المزمنة المرتشحة والمتحززة ، والحزاز البسيط المزمن ، والصداف .

**القطرانات الحجرية Shale Tars** :

**الإكتامول Ichthamol** : وهو ناتج تقطير مكبرت لزيت الصخر المكربن بحرارة منخفضة أما **الإكتيول Ichthyol** ، فهو شكل من الإكتامول ويستحصل من سيلفد ( تيرول ، النمسا ) .

**التأثير الدوائي** : للإكتامول تأثير قطراني وكبريتي خفيف ، ولذا فهو يفيد كمضاد للالتهاب حيث أنه يمتص الارتشاح ، كما أنه ذو تأثير مضاد للشواك ولدني التقرن .

**التأثيرات الجانبية** : أقل من التأثيرات الجانبية المشاهدة من جراء تطبيق القطرانات الفحمية الحجرية النقية ، ولكنها شبيهة بها .

**الاستعمال** : يستعمل الإكتامول النقي ٢ ـ ١٠٪ في الدهونات المخفوقة ، والمعاجين والمراهم ، وخاصة بعد المعالجة الأولية بالستيروئيدات القشرية الموضعية . ويمكن أن يمزج معها أيضاً ، كما يستعمل كإضافات إلى زيت الحمّام .

**المستحضرات التجارية** : مرهم إكتامول ، Derma Medicone ، Derma Medicone HC ، ومرهم Ichtholan .

**الاستطبابات** : يطبق الإكتامول في المعالجة المحافظة للإكزيمة المزمنة ، الجدرات البدئية ، كما أن الإكتامول النقي يستعمل لمعالجة الدمامل .

**التومينول Tumenol** : وهو التومينول الأمونيائي ، والمنتج الشبيه بالاكتامول من المصانع الأخرى .

**قطرانات الخشب Wood Tras** : وتحتوي على المنتجات النهائية للخشب المقطر ، وهي عادة ذات تفاعل حامضي خفيف .

**قطران العرعر Juniper Tar** : وقلما يستخدم حالياً كدواء ويدعى أيضاً بقار الصنوبر المُسَنَّم ، أو زيت العرعر .

**Rx. Juniper Tar 0.2**
**Salicylic Acid 2.0**
**Benzoinated lard to 30.0**
**MDS** مرهم لمعالجة الآفات المفردة في صداف الفروة

**Rx. Juniper Tar 20.0**
**Sulfur 10.0**
**Salicylic Acid 5.0**
**Qualatum to 100.0**
**MDS** مرهم لصداف الفروة

**قطران البتولا Brich Tar** : أو قار البتولا ( شجر حراجي ) ، قار البتولينا أو زيت قطران شجر البتولا ) . وقد كان يستعمل كثيراً في السابق لسهولة مزجه في الأساسات ، إلا أن له رائحة

قوية . كما أنه مخرش جداً للجلد . ويطبق في المراهم أو المعاجين بتركيز من ٠,٥ – ١٪ وذلك في معالجة الإكزيمة المزمنة المثية أو معالجة مث الفروة ( شحم الخنزير الجاوي ) .

**الأدوية المطهرة Antiseptic Drugs :**

لهذه الأدوية فعل مطهر و/أو موقف لنمو الجراثيم . ويشترط أن لا تكون مستأرجات بالتماس . هي تفضل الآن في طب الجلد على تطبيق الصادات موضعياً ، وذلك لتجنب معضلة المقاومة للصادات . ويمكن تميز الزمر المطهرة التالية :

- الغوليات .
- الفينولات البديلة .
- الفينولات .
- الهالوجينات أو المركبات المهلجنة .
- العوامل المؤكسدة .
- مركبات المعادن الثقيلة .
- العوامل الفعالة بالسطح .
- الملونات .

**الغوليات Alcohols** : إن الفعل المطهر للغول ( الكحول ) ، معروف بشكل جيد ، كما أن لمزيج الإيتانول – الماء ، عادة ٧٠٪ وللغول الإيزوبروبيلي ومستحضراته الأخرى فوائد جمة .

**التأثيرات الجانبية** : للمحاليل الغولية تأثيرات مجففة على الجلد .

**الاستعمال** : كثيراً ما تطبق المحاليل الغولية مع إضافة الصادات ( كلورتتراسيكلين ٠,٥٪ ) .

**الاستطبابات** : تستخدم المحاليل الغولية مع إضافة مطهرات أو صادات بدئياً في معالجة التقيحات الجلدية السطحية ، العد الشائع ، العد الوردي ، أو في معالجة أمراض الفروة .

**Rx. Erythromycin 0.5 – 2.0**
**Salicylic Acid 2.0**
**Ethanol 50% to 100.0**
**MDS** غول مطهر للوجه في العد الشائع

**الفينولات Phenols** : للفينول فعل شائع سامّ وكاوٍ إذا استخدم بتراكيز عالية ، بينما يكون له تأثير مثبط للتكاثر الجرثومي ، ومضاد للحكة إذا استخدم بتراكيز منخفضة ، كما ينضم الفينول إلى زمرة المطهرات الموسّعة الخفيفة .

وقد صيغت ( غول فابري ) لتعطي توسفاً خفيفاً في العد الشائع والثآليل الأخمصية والنخالية المبرقشة .

**Rx. Salicylic Acid 2.0**
**Resorcinol 2.0**
**Liquified Phenol 1.0**
**Ethanol 60% to 100.0**
**MDS** غول فابري

**التيمول Thymol** : ويستخدم التيمول مشابهاً في محلول غولي بتركيز ٠,٥٪ ، كمطهر ، وخاصة في معالجة التهاب ما حول الأظفار .

**الهالوجينات والهالوجينات المركبة** : إن الكلور واليود مواد مطهرة قوية .

**محلول اليود الغولي** : وهو سائل أحمر بني ، له رائحة اليود والإيتانول . وهو ملون بشدة وغالباً ما يلجأ حالياً بالاستعاضة عنه بأدوية أخرى .

**الاستطبابات** : يستعمل محلول اليود الغولي في تطهير الجلد ومعالجة الفطارات السطحية .

**يود البوفيدون Povidone Lodine** : وهو مركب من اليود والبولي فينيل بيروليدون ( البوفيدون ) حيث ينطلق اليود منه . ولهذا المستحضر تأثير مطهر قوي ضد الجراثيم والفطور والحمات الراشحة والحيوانات الأوالي .

**التأثيرات الجانبية** : قد يحدث في بعض الأحيان التهاب جلد أرجي بالتماس إضافة للتحسس لليود . كما أن اليود قد يؤثر على الغدة الدرقية من جراء امتصاصه عندما نعالج به مناطق واسعة .

**المستحضرات التجارية** : محلول ومرهم Betaisodona, Betadine .

**الاستطبابات** : تطهير الجلد والجروح والتقرحات والحروق والجلادات المصابة بخمج ثانوي .

**اليودوفورم Iodoform** : تتفكك محاليل هذه المواد في الضوء وعند التعرض للهواء وغالباًما يستخدم اليودوفورم على شكل شاش يودوفورمي .

**الكلورامين Chloramine** : وهو كلوراميد توسيل الصوديوم ، وهو كلوراميد كريه الرائحة ، يشتق من التولوئين . وهو مطهر شديد الفعالية ، يستخدم في طب الجلد ( كلورامين ٨٠ ) بشكل محلول مائي مخفف بنسبة ١ : ١٠٠٠ على شكل ضمادات رطبة . ويطبق في معالجة الجلادات المصابة بأخماج ثانوية ، والفطارات الجلدية النجيجية ، والإكزيمة المتقوبئة وخلل التعرق المختلط بخمج ثانوي ، وتقرحات الساق .

**السترميد Cetrimide** : وقد استعمل سنيناً عديدة في التطهير الجلدي ، كما استعمل كثيراً في الجراحة التصنيعية Plastic Surgery . أما التركيز العادي لمحلوله المائي فهو ١٪ .

**المستحضرات التجارية** : سيتافلون Cetavlon .

**خلات كلور الهكسيدين Chlorhexidine Acetate** : يبدو

أن إمكانية هذه المادة لإحداث أرجية بالتماس أقل بكثير من هكساكلورفين ، وهي تستعمل كمطهرات لتطهير اليدين ، وتستعمل أيضاً كحافظات كما في القطرانات العينية وفي تطهير الجلد في الجلادات الجرثومية . هذا ولا يجوز تطبيق هذه الخلات بتراكيز عالية في معالجات العين ومجرى السمع .

**المستحضرات التجارية** : محلول Hibiclens ومحلول Hibitane المطهر الجلدي .

**الاستطبابات** : تستعمل هذه المادة في تطهير اليدين لغايات جراحية أو لحفظ الصحة . كما تستعمل أيضاً لتطهير الجلد عند المصابين بتقيحات جلدية .

**هيدروكسي كينولين Hydroxyquinoline** : لهذه المادة فعالية جيدة وواسعة الطيف ضد الجراثيم . وكثيراً ما تفضل على الصادات . لكنها أقل فعالية في تضادها للفطور الجلدية . وتمثل هذه المادة بديلاً للصادات لأنها ليست بمستأرج تماسي غالباً .

**كبريتات ٨ - هيدروكسي كينولين** : يستخدم المحلول المائي ١ : ١٠٠٠ لهذه المادة في الضمادات الرطبة لتطهير الجلد ، وكإضافات للحمامات الجزئية أو الكاملة ( مطهرة ومضادة للفطور ) .

**الكليوكينول Iodochlorhydroxyquinoline** : أو الفيوفورم ، وله قيمة في طب الجلد باعتباره مطهراً خفيفاً ، ومن المحتمل كونه مضاداً للالتهاب ، حيث يضاف بنسبة ٠,٥ - ١٪ إلى الدهونات المخفوقة ، وزيت الزنك ، والمعاجين ، والمراهم . إلا أنه قد يسبب أرجية بالتماس أحياناً .

**المستحضرات التجارية** : مسحوق الفيوفورم ، رهيم الفيوفورم ، رهيم ومرهم فيوفورم هدروكورتيزون .

**الاستطبابات** : الإكزيمة المترافقة بخمج ، الإكزيمة المثية ، مذح المبيضات ، الإكزيمة المذحية ، طفح الحفاض .

**الكلوركينالدول Chlorquinaldol** : يستخدم عامل المعالجة الكيميائي ( دي كلوروهدروكسي كينولين ) في المعالجات الموضعية لكل من الأخماج الجلدية الجرثومية والفطرية . ومستحضره التجاري Sterosan .

**العوامل المؤكسدة Oxiding Agents** : تستخدم العوامل المؤكسدة أيضاً كمطهرة في المعالجات الجلدية الموضعية .

**برمنغات البوتاسيوم** : وهي ذات تأثير مطهر خفيف . ويطبق محلولها المائي الممدد جداً .

**التأثيرات الجانبية** : لونه البني وقلويته تمنعان استخدامه مع الصوابين وخوفاً من إحداث تصبغات في الجلد والأظفار ، وهي قابضة وكاوية في تراكيزها العالية .

**الاستطبابات** : تستعمل في التنظيف والمعالجة المضادة للجراثيم حيث تطبق في الحالات الجلدية النجيجية والمتجلبة ضمن حمامات كاملة أو جزئية ( محاليل قرنفلية شاحبة ) . كما تطبق في الضمادات الرطبة ١ : ١٦٠٠٠ . ويجب أن يكون تحضير المحاليل طازجاً وذلك لتفككه السريع .

**بنزوئيل بيروكسايد Benzoyl Peroxide** : وهو عامل مؤكسد قوي، مطهر يحرض على التحبب ورأبي تقرن خفيف، وذلك باستخدام تركيزه المتراوح ما بين ٢,٥ - ١٠٪ .

**ومن تأثيراته الجانبية** : إمكانية إحداثه لأرجية بالتماس وتبيضه للملابس (Bleaching) .

**المستحضرات التجارية** : Aknefug - oxid ، Akneroxid ، محلول Benoxyl ، Vanoxide ، Oxy - 10 ، Loroxide ، رهيم Fostex - Benzoyl Peroxide ، محلول Clearasil Benzoyl Peroxide ، Panoxyl ، Klinoxide ، Sanoxit ، Scherogel .

**الاستطبابات** : في معالجة العد وأمراض الرأس المثية ، وفي قرحة الساق .

**أملاح المعادن الثقيلة Heavy Metal Salts** : تعمل هذه الأملاح بترسيب البروتين أو تثبيط إنظيمات السولفيدريل ، ولها تأثيرات ضعيفة مضادة للجراثيم .

**الزئبق Mercury** : وقد استعمل في السابق بشكل واسع في طب الجلد . وقد خف استعماله حالياً بشكل كبير للتأثيرات المحسسة بالتماس لأملاحه المتعددة وبسبب الانسمام الزئبقي الناجم عن استعماله المديد رهيم التمش ، والتأثيرات الامتصاصية على سبيل المثال . وعلى كلٍ فإن لبعض مركبات الزئبق العضوية تأثيرات مطهرة جيدة تستخدم كمطهرات عامة وفي تطهير الجلد .

***الزئبق الأمونيائي Ammoniated Mercury*** : ويدعى بالراسب الأبيض ، ويطبق في مرهم دهني ١٠٪ لا يتحمله الجلد مع اليود لأنه بشكل مركبات يود الزئبق الأكالة . ونادراً ما يستعمل اليوم لفعله الأرجي بالتماس الشائع ( التهاب الجلد الزئبقي ) وبسبب تأثيراته الناجمة عن الامتصاص ويستعمل لمعالجة الثآليل تحت شريط لاصق على مساحات صغيرة جداً .

***سولفيد الزئبق الأحمر Red Mercuric Sulfide*** : ويدعى أيضاً بالزنجفر Cinnabar وهو أحمر اللون ، وما يزال يستعمل في المراهم المطهرة والدهونات المخفوقة لمعالجة العد الشائع ، والعد الوردي ، والإكزيمة المثية ، والقوباء أو النخالية الوردية .

**Rx. Red Mecuric Sulfide 0.5**

**Precipitated Sulfur 5.0**

Alcoholic Zinc Lotion 100.0
دهون مخفوق لكبريت الزنجفر MDS

Rx. Red Mercuric Sulfide 0.5
Precipitated Sulfur 10.0
Soft Ointment to 100.0
مرهم كبريت الزنجفر MDS

*الزئبقيات العضوية* : ومنها الفينيل الزئبقي البوراتي ( ميرفن ) Phenylmercuric borate (Merfen) : وقد ورد ذكره كمطهر للجلد لفعاليته المطهرة والمضادة للفطور . وإن دهونات الفينيل الزئبقي البوراتي عديمة اللون ، لكن مستحضراتها الملونة ملحوظة ، وقد تحدث أرجية بالتماس . هذا ويجب استخدام Merfen فقط لمعالجة الجروح الجلدية أو الآفات الجلدية .

*الميربرومين Merbromin أو الميركرو كروم – 2.7 : Dibromo – 4 – Hydroxymercurifluorescein* ويستخدم في معالجة الجروح وجلباتها إضافة للآفات المتجلبة السطحية ، ويوصى به في معالجة الحروق والفقاع الشائع وقرحات الساق . ويتحمل الجلد الميركرو كروم بشكل جيد ، ويبدو أن إمكانية إحداثه لأرجية بالتماس هي أقل مما يحدثه الميرفن .

**أملاح الفضة Silver Salts** : وتوصف بتراكيز مختلفة ولحالات مختلفة .

*نترات الفضة* : وتطبق أقلامها مسّاً لمعالجة تحببات الجروح المفرطة أو الزائدة . ومن المهم عدم مس التظهرن الطازج بتلك المادة لأن لها فعلاً قوياً في إزالة البروتين .

*محلول نترات الفضة* : ويستخدم بتركيز ٠,٠١ – ١٪ في الضمادات الرطبة لفعلها المضاد للجراثيم نتيجة لتأثيرها المخرب للبروتين . ويتصف هذا المحلول بعدم إحداثه للأرج عملياً . ويثبط هذا المحلول نمو المتعضيات كالزائفة الزنجارية وذلك بتركيز ٠,٥ – ٢٪ . كما أنه مناسب للمعالجة الاستمرارية لتقرحات الساق . هذا وقد يؤدي استعمال أملاح الفضة الطويل الأمد إلى التفضض Argyria والذي ينجم عن ترسب الفضة وتوضعها في الجلد والعين والأغشية المخاطية مما يؤدي إلى تلون الجلد والأظفار .

*سلفاديازين الفضة Silver Sulfadiazine* : أو السلفادين Silvadene وقد استعملت لمعالجة كل من أخماج الجروح وعقب الحروق والكي ولمعالجة قرحات الساق . وهي مادة غير ملونة ، غير أنه ينبغي الانتباه لتأثيراتها الجانبية .

**المعالجات الفعّالة بالسطح Surfactants :**

**كلوريد دي كوالينيوم Dequalinium Chloride** : تستعمل هذه المادة ، مثل كلوريدسيتيل البريدينيوم كدواء مضاد للجراثيم . إلا أن معالجة منطقة القضيب والمنطقة المذحية بأملاح الدي كولينيوم والستيروئيدات القشرية يمكن أن تؤدي إلى تنخر ( تنخر الدي كوالينيوم ) يتظاهر بتقرح مبيض في منطقة القلفة ، وهو ذو ميل قليل للشفاء .

**المواد الأخرى :**

**البزموت Bismuth** : نادراً ما تستعمل أملاح البزموت حالياً في المعاجين والمساحيق ( معجونة جافة ، ومعاجين عجانية ) .

Rx. Bismuth Subgallate 10.0
Zinc Oxide
Talc áá 25.0
Linseed Oil 20.0
Wool Alcohol Oint to 100.0
معجونة بزموت التوتياء MDS

**المينتول Menthol** : بسبب تأثير المينتول المضاد للحكة ، فإنه يضاف وبتراكيز خفيفة ( ٠,٢ – ٠,٥٪ ) إلى المحاليل الغولية ، والدهونات المخفوقة أو المعاجين ، حيث يعطي إحساساً بالبرودة مضاداً للحكة .

**الكبريت Sulfur** : لقد استخدم الكبريت سابقاً كدواء لمعالجة الآفات الزهمية كالعد والتهاب الجلد المثي . ويدخل الكبريت في تكوين العديد من الصيغ . وقد قل استعماله في هذه الأيام لأنه لا يملك فعلاً مضاداً للزهم . وأقل من ذلك فقد استعملت بعض الصيغ المحتوية على الكبريت مثل دهون مخفوق الزنجفر الذي ذكر سابقاً .

Rx. Resorcinol 1.0
Precipitated Sulfur 2.5
Olive Oil 5.0
Soft Zinc Paste to 50.0
معجونة العد الوردي MDS

*محلول فيلمنكس Vleminckx* : وهو محلول الكلس المكبرت ، ويتركب من كلس متعدد الكبريت وتيوسلفات الكالسيوم . ولم يعد يستعمل الآن في معالجة الجرب ، بل يستعمل اليوم في معالجة العد الشائع المتفاقم حيث يطبق على شكل لفافات ساخنة لمدة ١٠ – ٢٠ دقيقة عدة مرات يومياً ، إذ تبين أن له فعلاً مجففاً قوياً ، وآخر مضاداً للالتهاب . أما مساوئه فهي رائحته القوية .

*سولفيد السيلنيوم Selenium Sulfide* : وله تأثير مضاد

للجراثيم ، ويستعمل في معالجة الآفات المثية للرأس كشامبو ، وفي معالجة النخالية المبرقشة كشامبو لكامل الجسم . وأهم مستحضراته التجارية السلسن Selsun .

**الصّادات Antibiotic Durgs :**

للصادات مكان راسخ في المعالجة الموضعية ، إلا أن العديد منها لم يعد يوصى به اليوم ، كالبنسلين مثلاً ، لقدرته العالية في إحداث التحسس بالتماس ، أو لعدم إمكانية امتصاصها . ولذا فقد اقتصر بحثنا على بعض الزمر الهامة منها .

**التراسيكلينات** : وهي موقفة لنمو العديد من الجراثيم سواء منها سلبيات الغرام وإيجابيات الغرام . إلا أن هناك العديد من العقديات والعنقوديات المقاومة للتراسيكلينات . وهذا ما يجب أخذه بعين الاعتبار عند استعمالها . إذ يجب أن تناقش المقاومة للصاد قبل الشروع بالمعالجة .

*التتراسكلين* :ويمكن أن يستعمل في المراهم بتركيز من ٠,٥ – ٥٪ .

**Rx. Tetracyclin hydrochloride 1.0**
**Liquid Paraffin 10.0**
**Yellow Petrolatum to 100.0**
**MDS مرهم تتراسكلين ١٪**

*كلورتتراسكلين* :يُحلّ ٢٥٠ ملغ في ٥ مل ماء ويترك في الفم مدة خمسة دقائق ، ٤ مرات يومياً وذلك لمعالجة القلاع الناكس المزمن . ويطبق أيضاً بتركيز ٥،٠٪ مع الغليسيرول لطلي القلاع .

ميكلوسكلين ***Meclocycline*** : يستعمل هذا التراسيكلين موضعياً فقط حيث يماثل بفعله بقية التراسيكلينات .

**المستحضرات التجارية** : مرهم Topicycline, Achromycine ، محلول التتراسيكلين الغولي ، مسحوق ومرهم Aureomycine ( كلورتتراسيكلين ) ، مرهم Terramycine ( أوكسي تتراسيكلين ) ، Meclan ، رهيم Meclosorb ( ميكلوسيكلين ) .

**الكلورامفينيكول** : بالرغم من هجر استعمال الكلورامفينيكول داخلاً ، عدا إبقائه كعلاج نوعي للتيفية والتهاب السحايا الناجمين عن المستدمية النزلية Hemophilus Influenzae وذلك بسبب تأثيراته الجانبية ( نقي العظام ) ، فإنه لا يزال الصاد ، الواسع الطيف في المعالجة الموضعية . كما أن إمكانية حدوث أرجية بالتماس نادرة في تطبيقه الموضعي ، ومع هذا فإننا لا ننصح بتطبيقه .

**المستحضرات التجارية** : رهيم الكلوروميسيتين .

**النيومايسين والفراميسيتين** : هناك مستحضرات خارجية عديدة وأشكال صيدلانية مختلفة كالمساحيق والرذاذ والمراهم ، الحاوية على النيومايسين أو الفراميسيتين Framycetin ، حيث أن لهذه الصادات تأثير واسع الطيف ، إلا أنه شاع إحداثها لتفاعلات أرجية بالتماس . وهذه المواد غالباً ما تضاف إلى المراهم المستخدمة في معالجة القرحات ، كما تتضمن ضمادات Sofra – Tull على الفراميسيتين .

**المستحضرات التجارية** : Nebacetin, Neopolycin, Cortisporin, Neosporin .

**الأمينوغليكوسيدات Aminoglycosides** : ولها جميعها فعل واسع الطيف ضد الجراثيم سلبية الغرام وإيجابية الغرام .

**الجنتامايسين** : وهو فعال ضد الزوائف الزنجارية ، وهذا هو سبب كثرة استعماله في معالجة التقرحات الركودية ، والتقيحات الجلدية ، والحروق ، إلخ ... حيث يطبق على شكل مساحيق قابلة للامتصاص أو رهيمات أو مراهم . هذا وقد يؤدي الاستعمال المديد للجنتامايسين إلى أرج بالتماس .

**المستحضرات التجارية** : رهيمات Garamycin ، G – Myticin ، Refobacin ، Sulmycin .

**الحمض الفوسيدي Fusidic Acid** : وله فعالية كبيرة ضد الأخماج العنقودية والوذح Erythrasma ، فهو يخترق الطبقة القرنية بسرعة ، وله فعل ذو طيف واسع .

**المستحضرات التجارية** : Fusidic Acid كمسحوق وهلام ومرهم وشاش ومادة جافة . ورهيم Fucidine .

**البوليمكسين Polymexin** : وهو صادٌّ واسع الطيف جداً ، وخاصة ضد الجراثيم سلبية الغرام ، والإشريكية القولونية ، والمتعضيات قولونية الشكل ، إضافة للزوائف الزنجارية .

**المستحضرات التجارية**: Neosporin ، Polysporin ، Cortisporin ، ( مرهم باسيتراسين – بوليمكسين – نيومايسين ) .

**الاستطبابات** : يعالج بالبوليمكسين الجروح المخموجة ثانوياً ، والتقرحات ، إلخ ... حيث يطبق كمادة جافة ، أو يخفف بتمديده في محلول كلور الصوديوم ( ١٠/١ ) إسويّ التوتر (Isotonic) هذا وكثيراً ما يُحدث هذا العقار ألماً .

**النتروفورازون Nitrofurazon** : ويدعى بالفوراسين Furacin وهو المشتق النصفي للكاربازون . له خواص مبيدة وموقفة لنمو الجراثيم ضد المتعضيات إيجابية وسلبية الغرام . ويطبق على شكل محلول أو مرهم ذواب في معالجة الجروح

الخمجيـة والحروق . وقد يُحدث هذا الدواء أرجية بالتماس أحياناً .

**الإريترومايسين** : ويطبق ضد الجراثيم إيجابية الغرام كالعقديات والعنقوديات ، علماً بأن عنقوديات المشـافي غالبـاً ما تكون مقـاومة للإريترومايسـين . وقد عرف هذا الصـاد كمكون للمستحضرات الدوائية العدّية ( Staticin ، Aknemycin ، AITIS ، Erycette ، Erygel Eryderm ، T – Stat ، Zineryt ، هذا ويجب الحدّ من استعمـال الإريترومايسـين موضعيـاً بسبب احتمال تحريض ذراري العنقوديات المذهبة المقاومة .

**Rx. Erythromycin 0.5**

**Aqueous Wool alcohol Oint to 50.0**

**MDS** يطبق على الجلد المؤوف

**الكلندامايسين Clindamycin** : وهو صادٌ مميز أيضاً بسبب فعله ذي الطيف الواسع ضد العنقوديات المقاومة للبنسلين ، والمتعضيات الهوائية ، وهو يستعمل في معالجة العدّ .

**المستحضرات التجارية** : Cleocin – T ، Sobelin .

## الأدوية المضادة للفطور Antifungal Drugs :

ثمة أبحاث أجريت لعقود من الزمن لتحضـير أدوية ذات خواص مضادة للفطور . وقد أسفرت تلك الأبحاث عن ظهور العديد من الأدوية المستخدمة لهذه الغاية .

*الصادات* : **Pimaricin, Amphotericin B, Nystatin** .

*مشتقـات الكينولين (Quinoline)* : **Chlorquinaldol, Quinolinol** .

*أسـاسـات الأمونيوم الرباعية* : **Benzalkonium Chloride, Cetyl Pyridinium Chloride** .

*حمـوض Aliphatic Carboxylic* : حمض الأنـديسـيـلين **Caprylic Acid** ، **Propionic Acid** .

*الحموض العطرية الكاربوكسيلية* : حمض الصفصاف ، حمض البنزوئيك .

*الفينولات* : التيمول ، الريزورسين .

*القطرانات* :

*الملونات Dyes* : **Fuchsin** ، بنفسجية الجانسيان ، خضرة البريليانت .

*الزيوت الأسـاسية* : المانتول ، أوجينول **Eugenol** ، زيت روزماري **Rosemary** .

*مركبات الكبريت* : **Sulfur** ، **Dibenzthion** .

*المـركبـات العضـوية المعدنيـة (Organometallic)* : بورات الفينيل الزئبقية ، **Thiomersal** .

*المـركبـات المتـضـمنـة على اليـود* : **Povidone Iodine** ، **Haloprogin** .

*الأغوال والألدهيدات* : الفورمالين ، كلوروبوتانول .

*مركبات أخرى* : مثل **Hexachlorocyclohexane** .

إن العديد من هذه المركبات ذو فعاليـة خفيفة ، إلا أن مسـاوئها جميعاً : هي قدرتها على إحداث تفاعلات أرجية بالتماس . وقد فقد العديد منها أهميته منذ أن أدخلت في معالجة الفـطـور كل من التـولنفتـات Tolnaftate ، Tolciclate ومركبـات الإيميدازول والهالوبروجين Haloprogin وبعض الصادات الفطرية الحديثة . وتبعاً لذلك فقد ذكرنا بعضاً من هذه المستحضرات . علماً بأن المستحضرات التجارية المضادة للفطور متاحة إما على شكل مسحوق ، أو رذاذ ، أو رهيم أو مرهم .

**التولنفتات Tolnaftate** : دواء صنعي مضـاد للفطور عديم الرائحـة ولا يحدث تلونـاً . يفيد في معـالجة الفطور الجلدية البشروية ، وله فائدة محتملة في معالجة النخالية المبرقشة ، لكنه لا يستعمل كمضاد للخمائر أو الجراثيم .

**المستحضرات التجارية** : Aftate ، Tinactin ، Tonoftal .

**التولسيكلات Tolciclate** : وهو يماثل التولنفتـات ، إلا أنه يحل فيـه عوضـاً عن زمرة النـافتيـل ، زمرة التـراهدروكسي نافتيل . ويبدو أن نفوذه للجلد حسن بسبب تحسن خواصه المحبة للدهن ، أما خواصه الأخرى فتشبه خواص التولنفتات . وهذا المستحضر فعال جداً ضد جميع الفطور الجلدية ، لكنه ليس فعّـالاً ضـد الخمـائر . ومن مستحضراته التجـارية **Fungifos** .

**مشتقات الإيميدازول Imidazol derivatives** : في السنوات الأخيرة تم صنع بعض الزمر الكبيرة لمشتقات الإيميدازول التي تتصف بفـاعـليتهـا الجيدة المضـادة للفطور وبحسن تحمـلهـا الموضعي . كما تتصف بعدم تلوينها ، إضـافة لفعاليتها المضـادة لكل من الفطور الجلدية والخمائر والعفن .

هذا وقد صنفت كل من المواد التـالية كمضـادات فطور واسعـة الطيف : بيفـونـازول ( ميكـوسبـور ) كلوتريمازول ( Canesten ، Mycofug ، Lotrimin ، Mycelex ) ، الإيكـونـازول Econazol (Spectazole, Epi – Pevaryl) والإيزوكونـازول (Travogen) ، والميكـونـازول (Micatin) والأوكسي كونازول (Ocerol) .

**الاستطبابات** : تفيد تلك المستحضرات لمعالجة الفطارات الجلدية والأخماج الناجمة عن المبيضات البيض ، والنخالية المبرقشة ، والوذح . كما تستخدم موضعياً كعلاج مساعد في الفطارات الظفرية الناجمة عن الخمائر والفطور الجلدية .

**سيكلوبيروكسولامين Ciclopiroxolamine** : مضاد فطري جديد ذو طيف واسع ، له فعل علاجي مضاد للفطور الجلدية والخمائر والعفنيات الأخرى ، ويفيد في معالجة الفطارات الظفرية ، **ومن مستحضرات التجارية** Batrafen .

**أمفوتريسين ب Amphotericin B** : وهو عبارة عن بوليئين الصاد والمضاد الفطري والذي يفيد خاصة في معالجة الأخماج السطحية للجلد والأغشية المخاطية الناجمة عن المبيضات البيض . وهو غير فعال في معالجة الفطور الجلدية ، وقد يحدث تصبغاً جلدياً بسبب لونه البرتقالي الأصفر . **ومن مستحضراته التجارية** Ampho – Moronal ، Fungizone .

**النستاتين Nystatin** : وهو مضاد فطري بوليئيني Polyene أيضاً ينتجه عفن المتسلسلة النورسية Streptomyces Noursei وهو مبيد فطري لإتلافه الغشاء الخلوي . والنستاتين فعال فقط ضد الخمائر ، وخاصة المبيضات البيض . وهو لا يفيد في معالجة الفطور الجلدية والعفن ، وامتصاصه يكون أصغرياً عن طريق السبيل المعدي – المعوي ولهذا فهو يفيد في معالجة داء المبيضات المعدي – المعوي ، ولنفس السبب ليس للنستاتين فعل مجموعي عندما يعطى عن طريق الفم في معالجة أخماج المبيضات الجلدية أو المخاطية أو المهبلية ، علماً بأن النستاتين متوفر في العديد من الأساسات .

**المستحضرات التجارية** : Mycostatin ، Moronal ، Nilstat ، Nystex ، Mycolog .

**الهالوبروجين Haloprogin** : وهو مضاد فطري واسع الطيف أيضاً . أما التركيب الصنعي لهذا المستحضر Iodopropynyltrichlorophenyl . يفيد في معالجة الفطارات السطحية ، والخمائر ، والفطور الشبيهة بها والعفن . وهو فعال ضد الجراثيم من عقديات وعنقوديات ومتعضيات المذح ، ويمكن تجربته في معالجة فطارات الأظفار **ومن مستحضراته التجارية** Halotex ، Mycanden .

**الناتاميسين Natamycin** : مضاد فطري بوليئيني تنتجه المتسلسلة الناتالنسية Strep Natalensis ، وله فعل جيد مضاد للأخماج السطحية الجلدية والمخاطية علاوة على الفطور الجلدية ، وخاصة المترافقة مع الخمائر ، وهو فعال أيضاً ضد المشعرات ( التهاب المهبل والحشفة ) **ومن مستحضراته التجارية** Pimafucin .

## الأدوية المضادة للحكة Antipruritic Drugs :

تكون الحكة عرضاً في العديد من الجلادات الالتهابية ، وهي تتلاشى عموماً بالمعالجة الموضعية الملائمة . وإن إضافة الإكتامول ، والمانتول ، ومركبات قطرانية أخرى إلى المعالجات الموضعية للآفات الإكزيمية المزمنة يؤدي إلى نتائج حسنة لما لهما من تأثير مضاد للحكة . أما في حالات الحكة المجهولة السبب ، منها مثلاً الحكة في داء هودجكن أو اللمفومات الأخرى ، وفي الشرى والحكة الشرجية أو عضات الحشرات ، فإن المعالجة المضادة للحكة تكون هنا عرضية .

ويعتبر الدلك Embrocation بحمض الخل المائي المخفف (Vinegar) مفيداً ومضاداً للحكة ، وقد جرب في معالجة الطفحيات الحاكة والحماق .

**المانتول Menthol** : وهو غول دوري يستحصل من النعنع أو يركب صنعياً . له فعل مضاد للحكة وذلك نتيجة لفعله المبرّد . أما تركيزه المستخدم فهو ٠,٢٥ – ٢٪ ضمن محلول غولي أو في معجونة .

**Rx. Menthol 1.0**

**Ethanol 70% to 100.0**

غول منتولي MDS

**الفينول Phenol** : والفينول المائع مضاد للحكة أيضاً وبتركيز منخفض ( ٠,٥ – ١٪ وحتى ٢٪ ) على شكل معاجين أو محاليل غولية بسبب فعله المبنج لأعصاب الجلد السطحية . والفينول مادة يمتصها الجلد ، ولذا يجب استعماله في مناطق محدودة حصراً .

**حمض الصفصاف Salicylic Acid** : وهو مضاد خفيف للحكة إذا طبق محلوله الغولي بتركيز ( ١ – ٢٪ ) . أما آلية تأثيره فغير معروفة .

**المبنجات Anesthetics** : لا يزال البنزوكائين يستعمل على نطاق واسع في الطب العام لمعالجة الجلادات الحاكة . وعلى كل ، يجب عدم استعماله لمقدرته العالية على إحداث أرج تماسي .

**المشتقات التركيبية Synthetic Derivatives** :

**البوليدوكانول Polidocanol** : وهو ينتشر إلى نهايات الأعضاء الحسية للجلد والمخاطيات حيث أن له فعلاً مضاداً للحكة ومزيلاً للألم ، ويوصف عادة بتركيز ٢ – ٥٪ . ومن أهم **مستحضراته التجارية** (Thesit Gel) .

**مضادات الهيستامين Antihistamines** : تطبق كعلاج خارجي مضاد للحكة على شكل هلام أو مرهم في أغلب

الأحيان . لكن السؤال الذي لم يتضح جوابه تماماً ، هو حقيقة كون مضادات الهيستامين ذات فعل مضاد للحكة فيما إذا طبقت خارجياً ، بالرغم من أن البنادريل يمكن حقنه موضعياً كمبنج . وقد تشارك مضادات الهيستامين مع الستيروئيدات القشرية أحياناً . غير أن مضادات الهيستامين قد يكون لها فعل محسس بالتماس .

**المستحضرات التجارية** : مرهم بنادريل ، رهيم الكالادريل ، رهيم زيرادريل Ziradryl ، رهيم BPZ ، هلامة Fenistil ، هلامة Pragman ، هلامة Soventol ، هلامة Systral .

**الكروتاميتون Crotomiton** : انظر الصفحة ١٠٣٤ ، نفس الفصل .

**صيغ لتراكيب مضادة للحكة :**

Rx. Liquified Phenol 0.5 – 1.0
Salicylic Acid 2.0
Ichthammol 5.0
Zinc Past to 100.0
MDS لمعالجة الحكاك العقيدي والحكاك البسيط المزمن

Rx. Liquified Phenol 1.0
Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون الفينول ١٪

Rx. Menthol 0.5
Liquified Phenol 1.0
Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون الفينول المينترلي

Rx. Polidocanol 0.5
Alcoholic Zinc Lotion to 100.0
MDS دهون البوليدوكانول

**الأدوية المبنجة Anesthetizing Drugs :**

وهذه الأدوية تكون فعالة فقط في الحالات الجلدية ذات التأذيات البشروية مثل التآكلات أو التقرحات ، لأن تلك المواد لا تستطيع النفوذ عبر البشرة السليمة عادة . ومن المهم أن نعرف أن للعديد من الأدوية المستعملة منها ، مثل البنزوكائين ، فعلاً محسساً بالتماس . لذلك وجب أن لا تستعمل إلا في حالات خاصة جداً . علاوة على أن عدداً من الأدوية المبنجة معروفة بأنها أدوية مضادة للحكة .

وهكذا فالأدوية التالية يمكن أن تطبق في الآفات المنفطة في الأغشية المخاطية الفموية مثل : Viscous Xylocaine .

أما البوليدوكانول ٥٪ (Polidocanol) والفينول المائع ( ١ – ٢٪ ) الذي يدخل في تركيب الدهونات المخفوقة أو المعاجين فهي مبنجات سطحية للجلد .

**الأدوية المبيّغة Hyperemic Drugs :**

من بين المبيغات الموضعية تعتبر صبغة الفليفلة الحمراء Capsicum والذراح Cantharides من المواد المختارة لمعالجة سقوط الأشعار ضمن محاليلها الغولية . كما أن الإكتامول بتراكيز عالية يمكن أن يطبق كمادة مُبيغة ، ويطبق صافياً لمعالجة الدمامل .

Rx. Ichthammol 30.0
Yellow Petrolatum to 100.0
MDS مرهم لمعالجة الشرث

كما يستفاد من الفعل المبيّغ لحمض النيكوتيني وإستراته لمعالجة الحالات الرثوية ، والجلادات الناجمة عن اضطراب الورود الدموي المحيطي كما في زرقة النهايات ، والشرث Perniosis وتصلب الجلد المجموعي المترقي . هذا وإن التبيّغ الوعائي يشكل مضاد استطباب في الحالات الجلدية المؤدية إلى إعاقة في توريد الدم الشرياني ، لأن ذلك يزيد في التعارض ما بين الأكسجين المطلوب والأكسجين الذي يتم تأمينه .

**المستحضرات التجارية** : Benzyl nicotinate ، Essential Oil ( كن حذراً من أرج التماس ) ، Amasin ، Acrotherm ، Rubriment .

تستخدم الأدوية المبيغة في تركيب صبغات الشعر الغولية المبيّغة ، على الرغم من عدم وجود صلة بين فرط الورود الدموي الشعري ونمو الأشعار . والصيغة التركيبية التالية هي ذات صلة بالموضوع .

Rx. Chloral hydrate 1.0
Capsicum tincture
Cantharides tinct áá 5.0
Propylene glycol 12.0
Ethanol 60% to 100.0
MDS صبغة شعر مبيّغة لمعالجة الثعلبة ( الحاصة ) البقعية

**الأدوية الحالّة للقرنين Keratolytic Drugs :**

تمتلك المركبات الحاوية على القلويات مثل هدروكسيد الصوديوم والصودا والصابون اللين ( الصابون البوتاسي ) خاصيّة تليين الطبقة القرنية . وهي تستعمل في تليين فرط تقرنات الجلد مثل الأشثان والأثفان (Callus, Clavus) ، وفي الإكزيمة المتقرنة ، وفي التقرانات البدئية . وإن مشكلة إزالة الكتل المفرطة التقرن الثخينة لم تحل بعد بشكل سليم . وتستخدم الأدوية التالية كعقارات حالة للقرنين .

**حمض الصفصاف** : إن حمض الصفصاف ( حمض أو هيدروكسي بنزوئيك O – Hydroxybenzoic acid من

الأدوية الشائعة من أجل إزالة الوسوف وتليين المادة القرنية والجلبات . والأكثر احتمالاً ، إن هذه الأدوية تعمل على إزالة الملاط Cements ما بين الخلوي الذي يعمل على ربط الخلايا القرنية مع بعضها ضمن الطبقة القرنية .

ولحمض الصفصاف بتركيزه المخفف تأثير مطهر ، وآخر تكاثري Proliferative خفيف على البشرة المتسمكة ( رأبي تقرني Keratoplastic ) . كما يظن بأن له فعلاً مضاداً للالتهاب . هذا وقد يحدث حمض الصفصاف في تراكيزه العالية ( ٦٪ مثلاً ) تأذٍ نسجي ( حالٌ للتقرن ) .

Rx. Salicylic Acid 3.0
Dissolve in Castor Oil q.s
Yellow Petrolatum to 100.0
MDS وذلين ساليسيلي ٣٪

أما في التركيز المنخفض ( ٠,٥ – ١٪ ) فإنَ حمض الصفصاف يحفظ ويصون الأنترالين (Dithranol) من الأكسدة كما في معجونة الزنك الأنترالينية . وتستخدم تراكيزه العالية ( من ٣ – ١٠٪ ) ضمن المعاجين والمراهم من أجل حلّ الوسوف كما في الصداف والأكزيمة مفرطة التقرن . أما بتركيز ٢٪ كما في زيت حمض الصفصاف ، أو بتركيز ما بين ٢ – ٥٪ في محلول غولي ، فله تأثير موسِّف خفيف وخاصة عند معالجة العدّ الشائع أو النخالية المبرقشة . وأخيراً فإن حمض الصفصاف بتراكيزه الأكبر يطبق في أماكن محدودة فقط إما مع الكولوديون أو على شكل شريط لاصق .

**التأثيرات الجانبية** : تكون التأثيرات الامتصاصية الانسمامية ( الانسمام بحمض الصفصاف ) خطرة وذلك عند استعمال وذلين حمض الصفصاف على مناطق واسعة وخاصة عند الأطفال .

**الريزورسينول Resorcinol** : وهو m – Dihydroxybenzene ويعتبر زميراً Isomer للهدروكينون ، وهو عامل مرجع قوي ، وله تأثير مجفف وقابض وحالٌ للطبقة المتقرنة عند استخدامه بتركيز عالٍ . ولذا فهو يستخدم في معالجة الجلادات الموسِّفة والزؤان في العدّ . كما أن معالجة الوسوف بمعجونة الزنك الريزورسينولي بتراكيز متزايدة ( من ٥ – ١٠٪ ) وحتى ( ٢٠٪ ) فعّالة . ويجب إحباط التأثيرات الجانبية الامتصاصية قبل وقوعها عند معالجة مناطق واسعة بتراكيز عالية من هذا الدواء .

**الكبريت Sulfur** : تؤدي المعالجة بالكبريت المصعّد إلى التوسّف بعد إحداثه لتخثر خفيف للطبقة العليا من البشرة ( فعل مقبض ) وذلك بسبب خواصه المرجعة ، والتي يشابه بها الريزورسينول . هذا ويضاف الكبريت المصعّد بنسبة ٢٪ وحتى ٥٪ إلى المساحيق ، وبنسبة ( ٢ – ١٠٪ ) إلى الدهونات المخفوقة ، وبنسبة ( ٢ – ١٠ وحتى ٢٠٪ ) إلى المعاجين أو المراهم . وغالباً ما يضاف إليه الريزورسينول ( ٢ – ٥٪ ) ليتشاركا معاً بالتأثير . ويلعب الكبريت أيضاً دوراً هاماً كمضادّ فطري ، حيث أن معجونة الكبريت (١٠٪) لا تزال مستحسنة في معالجة داء الشعرويات العميقة . كما أن الكبريت لا يزال يدخل مع المزوقات ومستحضرات الوجه والرأس الطبية ، علماً بأنه ليس له تأثير مثبط للزهم .

**اليوريا Urea** : وهي تشطر الروابط الهدروجينية لقراتين البشرة ، ولذلك فهي تدخل في تركيب المراهم المطرية للطبقة القرنية التي تجعل البشرة ناعمة ، كما تساعد على نفوذ الأدوية الأخرى . كما أن لتراكيز اليوريا Urea العالية تأثيرات حالة للبروتين ومضادة للالتهاب . وتستعمل بمشاركة الستيروئيدات القشرية كمجففة ، وتفيد في معالجة الحكة الجلدية كما في التهاب الجلد التأتبي .

**المستحضرات التجارية** : Aquacare ( Urea ٢٪ ) ، Carmol ، Basodexan ، Ureacin ، Panafil ( Urea ١٠٪ ) ، Carmol HC ، Alphaderm ، ( هدروكورتيزون ١٪ مع Urea ١٠٪ ) U – Lactin ( اليوريا مع حمض اللبن Lactic Acid ) .

Rx. Sodium Chloride 5.0 – (10.0)
Pure Urea 5.0 – (10.0)
Aque Wool alcohol Oint to 100.0
MDS مرهم كلوريد الصوديوم اليورياني

**كلوريد الكالسيوم Calcium Chloride** : وله خاصة مطريّة للطبقة المتقرنة أيضاً ويستعمل في معالجة السُماكات .

Rx. Calcium Chloride 25%
aqueous Solution
Glycerol áá 20.0
Anhydrous Wool alcohol Oint to 100.0
MDS مرهم حال للقرنين

**بيروكسيد البانزوئيل Benzoyl Peroxide** : وهو عامل مؤكسد قوي يستعمل في المعالجة الجلدية كموسِّف وحال للزؤان عند معالجة العدّ ، علاوة على تأثيره المضاد للجراثيم . وقد يلاحظ عند استعماله المديد أرجيات بالتماس أو ابيضاض لون الأشعار أو الجلد والملابس كتأثيرات جانبية ، وقد طبق بيروكسيد البانزوئيل أيضاً في معالجة التقرحات لفعاليته المنظفة للجروح .

**المستحضرات التجارية ( الأدوية المضادة للعد )** : Akneroxid ( ١٠,٥٪ ) ، Aknefugoxid ( ١٠,٥٪ ) ، Benzagel 5 ، دهون Benoxyl ( ١٠,٥ ) ، Cordes BPO ، Scherogel ، Persagel ، Xerac ، Desquam X ، Klinoxid ، Oxy – 5 ، Oxy – 10 ، ( بيروكسيد البانزوئيل ٥ – ١٠٪ مع استرات هدروكسي بنزوءات كحافظات ، ويجب الانتباه إلى الأرج بالتماس ) ، Oxyl – 5 Acne Gel ، Panoxyl – 10 ( هلامة عديّة ) ، شامبو طبي بالبروكسيد بانزوئيل ، دهون Benzoyl – 20 لمعالجة القرحات الركودية أو الجروح بطيئة الالتئام . ويجب الحذر من تخريش العين والمخاطيات ، ومن التهاب الجلد الأرجي التماسي .

**التريتينوين Tretinoin** : ( يدعى بالفيتامين آ الحامضي ، حمض الريتينوئيك المقرون ) وله تأثير ملحوظ على التكاثر والتمايز البشروي ، ويدعم تكون البشرة ( الشُواك Acanthosis ) ويؤثر على التمايز البشروي . وهو يؤدي إلى طرح وإسواء Normalization التقرن عند الإصابة بفرط أو بخطل التقرن إضافة للتقران الجريبي . كما يؤدي إلى تخريش الجلد بتراكيزه العالية . ويجب أن نتوقع أن يحدث الدواء تخريش جلد انسمامي ( التهاب جلد بالتماس ) بشكل خاص كتأثير جانبي ، إلا أنه لا يحدث أرجية بالتماس بشكل ملحوظ .

**المستحضرات التجارية** : يضاف التريتينوين عادة بنسبة ٠,٠٥٪ إلى الرهيمات والمحاليل ، وبنسبة ٠,٠٢٥٪ – ٠,٠٥٪ إلى الهلامات ( Retin A ، Airol ، Cordes VAS ، – Epi Abrel ، Eudyna ) . وبما أن البشرة تصبح رقيقة ومتفككة أثناء المعالجة بالتريتينوين ، لذا يجب على المرضى أن يكونوا حذرين من التعرض للشمس أو الإشعاعات ما فوق البنفسجية الصنعية .

**الاستطبابات** : إن التريتينوين علاج مناسب لحلّ الطبقة المتقرنة في العدّ الشائع ، حيث يحدث بعد سورة Exacerbation بدئية ، انحلال الزؤان وطراوته وتفككه خلال ٢ – ٦ أسابيع . ولذلك كان من الضروري تنظيم المعالجة على أساس فردي تجنباً لحدوث تخريشات انسمامية جلدية ( التهاب الجلد التريتنويني ) تتظاهر بالاحمرار وبمنظر سطح الجلد اللماع والرطب . هذا ولا ينصح بمعالجة الصداف الموضعية به ، إلا أنه يمكن استعماله بتراكيز منخفضة في التقرانات كداء داريه والسُماكات ، وذلك تجنباً للتخريش مع فرط تقرن فعال . كما استعمل التريتينوين في معالجة الثآليل المسطحة ، إلا أن نتائجه لم تكن دوماً إيجابية .

**الأدوية الرأبية التقرنية Keratoplastic Drugs** :

وتحث هذه الأدوية على تجدد الطبقة القرنية من خلال تقليل فعل الإرجاع أو من خلال فعلها القابض السطحي . ومن أهم هذه الأدوية : الريزورسينول بتركيز ١ – ٢٪ ، الكبريت ١ – ٥٪ ، الإكتامول ٢ – ٥٪ وقطرانات أخرى ١ –٢٪ . وتستخدم عادة على شكل طلاءات جافة أو معاجين . وتعدّ معجونة لاسار بالزنك (Salicylic Acid + Zinc) من أدوية الرأب – التقرنية لاحتوائها على حمض الصفصاف بنسبة ٢٪ . هذا وإن كل أدوية الرأب التقرنية تعتبر مضادة استطباب في الجلادات الراحية والأخمصية لإحداثها للتقرن المفرط .

**الأدوية القابضة Astringent Drugs** :

وهي تعمل على سدّ وإغلاق الجلد من خلال ترسيب بروتين النسيج السطحي ، وتبعاً لذلك ومن جراء إحداثها لفعل مطهر غير نوعي ، فإنها غالباً ما تطبق في معالجة الجلادات النازة كالتهاب الجلد الحاد التماسي ، والإكزيمة النازة المزمنة بالتماس ، والمذح ، والجلادات الفقاعية أو الحويصلية مثل خلل التعرق ، والفقاع الشائع ، والتعراق ، وأخماج الجلد الجرثومية .

**حمض التنّيك Tannin** : حمض التنيك مسحوق ينحل بالماء بشكل خفيف ، ويستحصل من جوز العفص – Gall Nuts ، وليس له تركيب كيميائي وحيد . وهو دواء قابض بسبب ترسيبه الغرواني Colloid . وكثيراً ما كان يوصف بشكل صيغ متعددة لمعالجة الحروق ، وقد تحدد استعماله حالياً .

Rx. Tannic Acid
Zinc Oxide áá 5.0
Talc to 50.0
MDS لمعالجة التهاب الحشفة التآكلي

**المستحضرات التجارية** : Tannosynt ( حمض التنيك الصنعي ) بشكل دهون أو مسحوق . وتناسب الحمامات الكاملة أو الجزئية أو الضمادات الرطبة بحمض التنيك لمعالجة الجلادات النازة ، والمذح ، والفطارات : Tannosynt المائع ، Salhumin ( حمض الصفصاف و Salicylated Humic Acids ) ، Tannolact ( Urea ، فينول ، أوريزول ، Condensation Tannin ) ، و Oak Bark .

**نترات الفضة Silver Nitrate** : وتستعمل بتركيز ٢ – ٥٪ وحتى ١٠٪ في محلول مائي كقابض . وذلك لمسّ التشققات في كل من الإكزيمة والصداف والصماغ Perleche والقرحات الدوالية . ويستعمل محلولها المائي بتركيز ٠,١ – ١,٠٪ ( ٢٪ ) في الضمادات الرطبة . وإن لنترات الفضة فعل جيد التطهير ضد المتعضيات سلبية الغرام مثل المتقلبات أو الزراق الصديدي Pyocyaneus . ويطبق محلول نترات الفضة بتركيز ٠,١٪ عند معالجة مناطق واسعة من الجسم .

**محلول تحت أسيتات الألمنيوم Aluminum Subacetate Solution** : ويستخدم بتمديد عالٍ في الضمادات الرطبة ، لفعله المبرد وتقبيضه الخفيف ( محلول تحت أسيتات الألمنيوم + إيتانول + والماء بنسب ١ : ١ : ٤ ) .

**الأدوية الكاوية Caustic Drugs** :

وهي محاليل لحموض أو لأملاح معدنية . ويكون اختلافها بالتركيز فقط الذي يؤدي لقلب القابضات إلى كاويات .

**نترات الفضة** : وتطبق على شكل ( قلم ) لتأثيرها الأكّال على التحبب المتكاثر في الجروح . ويجب تجنب مس الشقوق بنترات الفضة .

**حمض ثالث كلور الخل Trichloroacetic Acid** : وهو عامل أكال سطحي ذو تأثير شديد السرعة لأنه يحدث تخثيراً للبروتين في الجلد . وهو يستعمل بشكل محلول مائي بتركيز ٣٥ ـ ٥٠٪ . أما استطبابه الخاص فهو إزالة اللويحات الصفراء من الأجفان حيث يكفي وضعه على تلك اللويحات مرة واحدة ، ثم يذر بمسحوق بعد ذلك يؤدي إلى تشكل جلبات تسقط بعد عدة أيام ( نخر تخثري ) .

**حمض الكروم Chromic Acid** : ويوصف محلوله المائي ( ١٠٪ ) كمعالجة عرضية لتقرحات مخاطية الفم أو لمعالجة السل الدخني المخاطي المتقرح .

**الكي بكلور الزنك بطريقة (Schreus Zinc Chloride Cauterization) Schreus** : وينصح بها لمعالجة السرطانة قاعدية الخلايا ، ولكنها معالجة تتطلب خبرة وحذراً . فبعد تجريف نابذ للنسيج الورمي بمجرفة حادة وإيقاف النزف بالضغط ، يُجرى الكي بمحلول كلور الزنك المائي المركز ( ٢٠ ـ ٥٠٪ ) . وتكون المنطقة المكوية البيضاء من التنخر سطحية وتنجم عن تحطم النسيج البيني الورمي . ويجب اتخاذ الحيطة تجاه الغضروف التحتي ( خطر التنخر أو التهاب سمحاق الغضروف ) . وقد استبدلت هذه الطريقة بالمعالجة المشتركة بواسطة التجريف والتجفيف Desiccation والمستخدمة في معالجة سرطانات الخلية القاعدية السطحية . وثمة طريقة أخرى أكثر عملية في معالجة تلك السرطانات ، وتقوم على الجراحة المراقبة بالتجميد الغض Fresh Frozen Controlled Surgery .

**إيتير الفينول Phenol Ether** : يطبق الفينول المائع في الإيتير ( ٢٠٪ ) على الجلد بواسطة حامل Stick Swab حيث يُحدث كيّاً سطحياً يعقبه توسف . ويوصى بهذه الإجراءات لمعالجة النمش على أن تجرى بيد خبيرة لتجنب أي خطر . وقد تحدث أعراض انسمامية عامة إذا ما طبق إيتير الفينول على مساحات واسعة من الجلد أو إذا ما استنشق عن طريق التنفس .

**الأدوية الموقفة لتكاثر الحمات الراشحة Virostatic Drugs** :

إلى جانب الأدوية المطهرة العامة ، وجدت حديثاً عوامل مضادة للحمات تعتبر أكثر أهمية في المعالجة الموضعية للأخماج الحُموية Virus Infections . ومن أهم هذه العوامل ما يلي :

**الإيدوكسوريدين Idoxuridine أو 5 - Iodo - 2- desoxyuridine أو (IDU)** : وهي عبارة عن نيكليوزيد تركيبي يتدخل في تركيب دنا الحمة (DNA) . وهو علاج فعال مضاد لالتهاب القرنية الغضيني الناجم عن حمة الحلأ البسيط ، وله فعالية أقل جدارة في معالجة أخماج الحلأ البسيط (HSV) التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية . هذا وقد أجريت محاولات لتحسين نفوذية الإيدوكسوريدين بإضافة الذي ميتيل سولفوكسيد (DMSO) .

**التأثيرات الجانبية** : قد يخرش هذا الدواء الجلد أحياناً وخاصة مستحضراته الحاوية على DMSO ، كما قد يحدث أرجية بالتماس .

**المستحضرات التجارية** : محلول ومرهم Stoxil (IDU) ، مرهم Virunguent (DMSO, IDU) ، محلول Zostrum (DMSO, IDU) .

**الترومانتادين Tromantadin** : ويشار به في معالجة أخماج الحلأ البسيط الجلدية والمخاطية ، لكنه قد يؤدي إلى أرجية بالتماس ، كما أننا لا ننصح بتطبيقه ، ومن مستحضراته التجارية : Summetrel و Viru - Merz .

**الفيدارابين Vidarabine** : وهو 9 - Beta - D - arabino - furanosyl - adenine ( أدينوزين أرابينوزيد ) . ويتميز هذا البورين الحاوي على نيكليوزيد كعامل فعّال في معالجة الأخماج الحلئية الداخلية بشكل خاص ، وقد يستعمل في المعالجة الموضعية لأخماج الحلأ البسيط والنطاقي لكل من الجلد والعين . **ومن مستحضراته التجارية** : مرهم Vira - A ٣٪ ، Vidatab ، مرهم Thilo ٣٪ .

**أسيكلوفير Acyclovir** : وهو مضاهيء Analogue بوريني لا حلقي صنعي ، يعتبر فعالاً كعلاج مجموعي موقف لتكاثر الحمات في أخماج الحلأ البسيط والنطاقي . كما أنه قد يكون له فعالية موضعية تتجلّى بتقصير زمن الشفاء ومنع تكرر الآفات .

**المستحضرات التجارية** : مرهم Zovirax ( ٥٪ ) ، يعالج الآفات ٦ مرات في اليوم ولمدة أسبوع .

**الأدوية الموقفة لنمو الخلايا ( الموقفة للانقسام الخلوي ) : Cytotoxic Durgs**

وقد وجد لهذه الأدوية تطبيقات متزايدة في معالجة الحالات الجلدية السابقة للتسرطن ، أو الحالات سطحية الخباثة ، وذلك خلال السنوات القليلة الماضية .

**٥ ـ فلورويوراسيل 5 - Fluorouracil (5. FU)** : ويعتبر مضاداً لاستقلاب الدنا (DNA) أي ضادة البريميدين ، إذ يثبط فعالية تركيب التيميديلات . وهو سامٌ يؤدي إلى موت الخلايا . وإن هذه التأثيرات تحدث مبكرة في المنطقة المرضية من الجلد قبل المنطقة السويّة . ويستعمل ٥ ـ فلورويوراسيل كرهيم بنسبة ( ٥٪ ) أو في البروبولين غليكول بنسبة ( ٢ ـ ٥٪ ) .

**التأثير الدوائي** : يثبط ٥ ـ فلورويوراسيل مكونات الخلية في النسيج المتكاثر وقد يحدث حمامى في المنطقة التي تعالج به يومياً خلال ١ ـ ٣ أسابيع ، ويحدث بعد ذلك تشكلات جلبية أو نخرية ، ويمكن أن تقطع هذه التأثيرات الجانبية الالتهابية بمعالجة موضعية تالية بواسطة الستيروئيدات القشرية .

**التأثيرات الجانبية**: يمكن توقع حدوث تأثيرات جانبية امتصاصية للدواء عند تطبيقه على مناطق واسعة . ولذلك وجب ألا يطبق هذا الدواء إلا على أجزاء صغيرة من الجلد ( أقل من ٢٠ × ٢٠ سم ) . هذا ويحدد المعالجة الموضعية بهذا الدواء كل من التهاب الجلد الانسمامي الحاد أو التهاب الجلد الانسمامي الضيائي غير المتوقعين ، وتبعاً لذلك فإنه يجب تجنب أشعة الشمس أثناء المعالجة .

**المستحضرات التجارية** : رهيم Efudex ( Efudix ١٪ ، ٥٪ ، محلول Flouroplex ، ومحلول Efudex ٢٪ ، ٥٪ ) .

**الاستطبابات** : يعالج الدواء ٥ ـ فلورويوراسيل العديد من التقرانات الضيائية المتوضعة على الوجه والمناطق الصلعاء . وتستجيب الآفات المتوضعة على اليدين والذراعين بشكل أقل . وإضافة لذلك ، فقد ثبتت فائدة هذا الدواء في معالجة كل من داء بوفن ، وداء باجيت خارج الثدي ، وفرط التنسج الأحمري لكويرات Queyrat ، كما يفيد في معالجة صداف الأظفار بتركيز ١ ـ ٢٪ . هذا ويشار بالمعالجة به تحت ضمادات كتيمة سرطانات الخلية القاعدية المتوضعة على الجذع . وعلى كل حال ، فإن النكس شائع بعد تلك المعالجة ، وأخيراً فهو يطبق مشتركاً مع حمض الصفصاف و DMSO (Verrumal) لمعالجة الثآليل واللقموم المؤنف .

**البودوفيللين Podophyllin** : وهو خلاصة تستخرج من جذور نبتة البلتاتوم بودوفيلوم Podophyllum Peltatum ( أمريكا الشمالية ) أو البودوفيليوم إيمودي Emodi ( الهند ) .

**التأثير الدوائي** : المادة الفعالة هي البودوفيلوتوكسين التي تؤدي إلى إيقاف الانقسام الفتيلي Mitosis في طور Metaphase مما يؤدي إلى تنخر الخلايا الظهارية .

**التأثيرات الجانبية** : يحدث التعرض المديد للبودوفيللين التهاب جلد انسمامي تماسي حاد . كما يؤدي تماسه مع العين إلى التهاب منضمة شديد مع وذمة في الملتحمة . ومن المحتمل ظهور تأثيرات جانبية امتصاصية إذا استعمل على منطقة جلدية واسعة .

**الاستعمال** : يطبق البودوفيللين بتركيز ١٠ ـ ٢٥٪ مع الغول المطلق أو صبغة الجاوي . علماً بأنه يؤدي بعد بضعة أيام من تطبيقه إلى حدوث التهاب احمراري في المنطقة ، وقد يؤدي إلى تشكل جلبات أحياناً نتيجة لالتهاب الجلد الانسمامي الحاد . ويتم الشفاء بعد حوالي ١٠ ـ ١٤ يوماً . ويجب أن تغسل طبقة البودوفيللين المطبقة بعد زمن مناسب تجنباً لحدوث التحسسات الفردية بشكل كبير . أما زمن التعرض للدواء المشار إليه في معالجة الآفات الجلدية فيتراوح ما بين ٢ ـ ١٢ ساعة ، ويجب ألا يزيد عن ٢ ـ ٦ ساعات عند تطبيقه على الأغشية المخاطية أو المنطقة الشرجية التناسلية . ويؤدي عند تطبيقه المديد إلى حدوث التهاب جلد تماسي انسمامي ، لكنه نادراً ما يؤدي إلى حدوث أرجية بالتماس . وهو دواء مخرش بدني ، ولذا يجب العمل على وقاية العينين ( التهاب منضمة ، وذمة الملتحمة ) . ويحتاط عند معالجة المنطقة الشرجية التناسلية ألا يطبق على مساحة تفوق ٧ سم٢ في نفس الفترة الزمنية . علماً بأن المعالجة المفرطة به قد تؤدي إلى اعتلال عصبي محيطي وإلى موت الجنين داخل الرحم عند النساء الحوامل .

**الاستطبابات** : يعالج بالبودوفيللين كل من اللقموم المؤنف ، والتقرانات الضيائية ، وداء بوفن ، والتنسج الأحمري لـ « كويرات » ، والحطاط التناسلي البوفنائي . ويمكن أن يجربَ استعماله في معالجة الشامات الشيخية ، والتقرانات المثية الشبيهة بالثآليل المسطحة .

**الخردل الآزوتي Nitrogen Mustard** : وهو مركب Mechlorethamine سامٌ للخلايا وموقف لنموها موضعياً . ويفيد بشكل خاص في معالجة المصابين بالفطار الفطراني Mycosis Fungoides . إلا أنه قد يؤدي إلى تفاعلات أرجية بالتماس . ومن المحتمل أن تكون علامة للهجوع . وقد جرت محاولات لإنقاص احتمالات حدوث الأرج بإعطاء جرعات قليلة من هذا العلاج وريدياً . وقد يحدث تخريشاً للعين إذا ما لامسها ، ويجب اختبار الصيغة الدموية عند المعالجة به .

**المستحضر التجاري** : Mustargen .

**الاستعمال** : يطبق المحلول الطازج للخردل الآزوتي ( ١٠ ملغ في ٥٠ مل ماء ) مرتين في اليوم وحتى مرتين في الأسبوع ، موضعياً وعلى كل الأجزاء المصابة ( إلا أنه يجب ارتداء القفازات عند تطبيقه بسبب إحداثه انسماماً وأرجاً بالتماس ) ، ولفترة تستمر أشهراً أو سنوات حسب حدة المرض. ويجب عمل حمام كامل لإزالة دسم الجلد . ويمكن تطبيق رهيم الخردل الأزوتي المخفف ( ٠,٠١٪ أو أقل من ذلك ) لكي يصبح محتملاً .

**دي نيتروكلوروبنزين Dinitrochlorobenzene** : ويؤدي استعمال ( مرهم DNCB ١٪ ) موضعياً إلى التهاب جلد أرجي تماسي ، وهو عقار مطفر Mutagenic ولذلك لم يعد يشار باستعماله في معالجة الحاصة البقعية أو الثآليل الشائعة . ويمكن استعماله كعلاج مناعي غير نوعي في النقائل الجلدية السطحية للملانوم الخبيث ، حيث يؤدي إلى نتائج ملحوظة أحياناً ، على الرغم من أن السير الإجمالي للمرض لا يصيبه أي تغيير .

**المنفرات Repellents** :

تستعمل المنفرات الحشرية لتنفير الحشرات اللادغة وخاصة الذباب العاضّ ذو الجناحين ( رتبة ذوات الجناحين ) . وتشمل هذه الحشرات البعوض المنزلي ( عائلة البعوض ، جنس Culex ) والناموس من جنس الزاعجة Aedes والأنوفيل Anopheles ، والذباب الأسود ( جنس الزلفاء ) وذباب الرمل ( جنس فاصد الوريد ) ، والقمعة العاضة Biting midges ( جنس البعوضيات ) . ويعتقد أنّ العرق وثاني أوكسيد الكربون جاذبان لتلك الحشرات ، لكنه لا يعرف سبب انجذاب الحشرات الماصّة للدم لبعض الأشخاص أكثر من انجذابها لأشخاص آخرين . ويكون عض الحشرات مؤلماً ، حاكاً ، وقد يتقوبأ . وتعد الحشرات ، وخاصة في المناطق المدارية ، نواقل لأمراض خطيرة كالبرداء والحمّى الصفراء والتهاب الدماغ وحمى الثلاثة أيام .

**طراز فعلها Mode of Action** : المنفرات لا تقتل الحشرات ، وهكذا فإنها لا تؤدي إلى حدوث أنواع مقاومة منتخبة من الحشرات . أما آلية تأثير المنفرات فغير معروفة . وهي تتبخّر مؤدية للوقاية من الحشرات اللادغة والماصة وذلك بجعلها تقف على بعد معين من الجلد لا تتجاوزه . ويبدو أن لتخريش حاسة الشم عند الحشرات أهمية خاصة ، وتكون الكيميائيات ذات النسبة العالية من التبخر أكثر فعالية ، لكن فقدها لفعلها المنفر يكون أكثر سرعة بالنتيجة ( والذي يدعى بالعامل المنفر الفعلي ) . ويمكن إطالة فترة تبخر المنفرات باستعمال المثبتات ، على غرار ما يستعمل في مصانع العطور . وهكذا فإن المنفرات تعمل ما دامت في طور البخار ، لذا وجب أن تتبخر المنفرات بحيث يمكن للحشرات إدراكها ، أما مساوئ المنفرات فتتجلى باستمرار بقصر زمن فاعليتها ، مما يتطلب تجديد المواد ، وغالباً ما يتم ذلك بعد بضع ساعات ، وخاصة بعد التعرق أو الاستحمام . أما العوامل الأخرى التي يتوقف عليها إعادة تجديد المواد فهي الحرارة المحيطية ، ورطوبة الهواء ، وسرعة الريح وكثافة عدد الحشرات . ويجب ارذاذ جميع مناطق الجلد والملابس أيضاً بشكل تام . وغالباً ما تكون المنفرات زيتية الملمس ، وقد تخرش الأغشية المخاطية ، وتلون الملابس ، وتحل اللدائن وتغسل بسهولة من الجلد . كما أنها لا تؤثر ضد جميع أنماط الحشرات .

**المستحضرات التجارية** : Diethyltoluamide ، ( Autan ، Off ، Cutter ، Masquitone ) ، Dimethyl Phthalate و Ethyl Hexanediol ( عدد من المستحضرات المختلفة ) ومستحضرات Pyrethrum تستعمل أيضاً . و لم يثبت فعالية تناول الفيتامين ب عن طريق الفم .

**مبيدات الطفيليات parasiticides** :

في حين تستعمل المبيدات الحشرة بدئياً للقضاء على الحشرات في الغرف ، فإن المبيدات الطفيلية تطبق على الجلد لمعالجة الآفات الطفيلية الجلدية الخارجية ، وأكثر ما تستعمل لمعالجة الجرب .

**بنزوات البنزيل Benzyl Benzoate** : لقد عرف ملح الحمض الجاوي وغول البنزيل منذ مدة طويلة كدواء مضاد للجرب . ويمكن استخلاص بنزوات البنزيل من بلسم البيرو ، كما يمكن أن يصنع تركيبياً . وإن بنزوات البنزيل دواء سليم ، ويمكن أن يوصى به بشكل خاص لمعالجة الجرب عند الأطفال الصغار والرضع ، وإن الجرب المقاوم لبنزوات البنزيل نادر . وتتم المعالجة بها على مدار ثلاثة أيام متعاقبة ، حيث تطبق على كافة أنحاء الجسم ما عدا الرأس ، أما النكس بعد المعالجة فغير شائع .

**المستحضر التجاري** : يستعمل مستحلب بنزوات البنزيل بنسبة ١٠٪ عند الأطفال ، ومستحلبه بنسبة ٢٥٪ لمعالجة الكهول والفتيان .

**هكساكلوروسيكلوهكسان Hexachlorocyclohexane ( غاما بنزين هكساكلورايد )** : وهو دواء ذو مقدرة كبيرة على إبادة الحشرات بمجرد تماسها ، وهو يستعمل في معالجة الأدواء الطفيلية الخارجية كالجرب والقمال ، إلا أنه يجب التقيد بتعليمات المعالجة .

**المستحضرات التجارية** : ليندان ( Gamene ، Kwell ،

Jacutin ، Scabene ) على شكـل مستحلب أو هلامة وإرذاذات مسحوق . تطبق الهلامة لمعالجة قمال الرأس ، ويستعمل المستحلب لمعالجة الجرب . ويرذ المسحوق إرذاذاً لتعفير الملابس . ويطبق شامبو Kwell لمعالجة قمل الرأس .

**الكروتاميتون (Crotamiton)** : ذو البنية الكيميائية N – ethyl – O – Crotonotoluidide ، وهو دواء فعال بشكل خاص ضد الجرب والقمال والدويدة الجريبية ، غير أنه يستخدم كدواء مضاد للحكة أيضاً . ويجب أن لا يطبق في الحالات الجلدية الالتهابية النجيجية ( النازة ) . وليس إحداثه لأرجية بالتماس شائعاً .

**المستحضرات التجارية** : محلول Eurax ( ١٠٪ كوتاميتون ) ومرهمه ، ويستعملان في معالجة الجرب ، ويتم بمعالجة كافة أنحاء الجلد عدا الوجه والفروة ولمدة ٥ أيام بالـ Euraxil ، كما أن هلامة الكروتاميتون ( ٥٪ ) متاحة ومتوفرة للاستعمال .

**زيتات تتراهدرونفتالين النحاسية الثنائية Copper II Oleate – Tetrahydronaphthalene** : وهو مزيج استعمل في الأسيتون والزيت المعدني لعدة عقود لمعالجة قمل الرأس وقمل الحرامات ( الجسد ) وهو فعال جداً ، لكنه قابل للاشتعال بسرعة . وينبغي تجنب تطبيقه على العينين والخاطيات . أما المصابون بإكزيمة القمل ، فيجب أن يشفوا أولاً من الإكزيمة قبل معالجة القمل به وذلك لتجنب تأثيراته الجانبية الامتصاصية . ويجب عدم تطبيق قلنسوة الرأس الكوبركسية Cuprex head Cap لمدة تزيد عن السّاعة . ويعتبر الكوبركس Cuprex أهم مستحضراته التجارية .

**التيـابنـدازول Thiabendazole** : إن عقار المنتيزول (Mintezol) معروف في المعالجة المجموعية للأخماج الدودية ويستعمل بتركيز ( ١٠٪ ) في رهيم مائي للمعالجة الموضعية للسعفة الجسدية وفي سعفة الرأس . كما أن أكثر من ٨٠٪ من حالات الجرب تشفى بتطبيق وحيد لتلك المادة . ومن المهم بشكل خاص ملاحظة تأثير التيابندازول الجيد في الداء الزاحف (Greeping Disease) . هذا وإن التيابندازول ضمن الرهيم المحب للماء ( بنسبة ٥٪ – ٢٠٪ ) يكون أكثر فعالية من التيابندازول ( ٢٪ ) في DMSO . أما مدة علاج الداء الزاحف فتتراوح بين ١ – ٣ أيام على أن يدهن من ٣ – ٤ مرات في اليوم وتحت ضماد كتيم إن أمكن .

**الأدوية المضادة للتعرق Antiperspirant Drugs** :

إن معالجة فرط تعرق اليدين والقدمين والحفرة الإبطية صعبة دوماً ، وسنذكر هنا المستحضرات الدوائية للمعالجة الموضعية فقط .

**حمض التنيك** : لمحلول حمض التنيك ( ٢٪ ) ، ومحلوله الغليسيرولي ( ٥٪ ) ومسحوقه ( ٥٪ ) فعل قابض خفيف ، ولذا فإن لهذه المستحضرات تأثيراً خفيفاً مضاداً للتعرق حيث أنها تسدّ مسامّات الغدد العرقية .

من مشتقات حمض التنيك ، لحاء البلّوط Oak bark وحموض التنيك الصنعية (Tannosynt, Tannolact) .

**الفورمالدهيد Formaldehyde** : استعمل سابقاً بكثرة ، لكن أدوية أخرى حلت محله بسبب إمكانية إحداثه تحسساً بالتماس ولتخريشه أيضاً . ومن المستحسن ذكر المعالجة الموضعية القابضة بالفورمالين محلولاً في الإيتانول ٦٠٪ وبتركيز ( ٤ – ١٠٪ ) .

Rx. Formaldehyde 4.0
Ethanol 60% to 100.0
MDS تطبق طلاءً

وقد يتضمن مسحوق القدمين أيضاً على الفورمالدهيد .

**الغلوتارالدهيد Glutaraldehyde** : ويستعمل كثيراً في الولايات المتحدة لمعالجة فرط التعرق في اليدين والقدمين .

Rx. Glutaraldehyde 10.0
Sodium bicarbonate 1.65
Water to 100.0

محلول الغلوتارالدهيد الدارىء لمعالجة فرط التعرق الراحي الأخمصي MDS

هذا وينقص تصبغ الجلد البني عندما تخفض المعالجة البدئية والتي تقوم على تطبيق العلاج مرتين في الأسبوع أو ٣ مرات ، إلى أن يطبق مرة أسبوعياً بعد ٢ – ٣ أسابيع .

**الميتينامين Methenamine** : وهو عبارة عن Hexamethylenetetramine الذي يتحلل على سطح الجلد إلى الأمونيا والفورمالدهيد ، وهو مضاد تعرق خفيف عندما تطبق محاليله المائية أو الغولية بتركيز ( ١٠٪ ) ، ولا يوصى باستعماله عند وجود أرج تماسي للفورمالدهيد .

**أملاح الألمنيوم** : مثل كلوريد الألمنيوم ، ماءات كلوريد الألمنيوم ، وهكساهدرات كلوريد الألمنيوم ، وتستعمل كلها كمضادات تعرق في المستحضرات التزويقية ، إذ هي تؤدي لإحداث انسداد مؤقت واضح في نهايات أقنية الغدد العرقية . إلا أن تطبيق هذه الأملاح قد يؤدي إلى تخريش انسمامي جلدي وحكة .

**المستحضرات التجارية** : إن Drysol هو ( ٢٠٪ هكساهدرات كلوريد الألمنيوم في الإيتانول المطلق ، الذي يطبق لسبع ليال ، ويكرر عند الضرورة . أما مستحضر

Methyl Cellulose ) ٢٠٪ فهو مساعد على الإقلال من فرط التعرق .

**المـواد المضـــادة للفعــل الكـولـيـنرجي Anticholinergic Substances** : إن التطبيق الموضعي لهذه المواد مثل ميتيل بروميد هوماتروبين أو بروميد بروبانتيلين ، لم يعط النتائج المقنعة .

**المواد المزيلة للأشعار Depilatory Substances** :

وقد تمت دراســة هذه المواد في الفصــل ٣١ من هذا الكتاب .

**الدارئات الشمسية Drugs as Sunscreens** :

يمكن إحراز وقاية ضد حرق الشمس أو ضد التفاعلات الشاذّة تجاه الضوء الطبيعي أو الصنعي للأشعة فوق البنفسجية وذلك إما بتغطية الجلد أو بتطبيق مرشحة دارئة للشمس .

**تغطية الجلد Covering the Skin** : إن الدهونات التي تتضمن صباغاً بلون الجلد ، إضافة إلى التيتانيوم Titanium وأوكسيد الزنك مثـــــل A – Fil ، RV Paque ، RV Plus ، Covermark كافية لتغطية الجلد . كما يمكن أن تطبق بعض التزويقات التجارية ( الماكياج ) .

**مراشح الأشعـة فوق البنفسجيـة Ultraviolet Filters** : تنتخب المواد التي تمتص بشكل كافٍ الأشعة ما فوق البنفسجية في مجال طيف الإشعاعات الصادرة عن الشمس كمراشح لهذه الأشعة لتجنب حروق الشمس . وبما أن العديد من التفاعلات الضيائية المرضية ، مثل الأرجيات الضيائية ، تنجم عن الإشعاعات فوق البنفسجية ذات الأمواج الطويلة ، وجب أن تكون دريئة الشمس قادرة أن تمتص ، وبشكل كافٍ ، كل الإشعاعات ما فوق البنفسجية آ و ب والأشعة تحت الحمراء إن أمكن ، وذلك في مجال طيف الأشعة الصادرة عن الشمس . هذا ويغمر السوق التجارية عدد ضخم من تلك المراشح ، إلا أن تلك المنتجات يجب أن تكون مقاومة للماء والعرق ، كما أنه يجب ألا تكون مؤدية لتكوين الزؤان أو للأرج بالتماس . أما المواد المستخدمة بشكل واسع فهي :

*حمض بـارا أميـنو بـنزوئيك (PABA)* : يمتص هذا الحمض وإستراته الإشعاعات فوق البنفسجية ما بين ٢٨٠ – ٣٢٠ نانومتر . وإن أسترات الـ PABA أقل فعالية لكنها لا تتداخل بالقطن أو بالألياف الصنعية ( الصباغ الأصفر ) . كما أن وقاية هذا المستحضر من الضيــاء جيـدة . ( يـبلغ عـامـل وقايتـه ١٠ – ١٥ ) ، إلا أنه قد يحدث أرج بالتماس .

Rx. Paraaminobenzoic acid 5.0
Ethanol 50% to 100.0
محلول واقٍ للضياء MDS

Rx. Paraamino benzoic acid 10.0
Polyethylene Glycol Oint USP. to 100.0
مرهم واقٍ للضياء MDS

*مشتقـات البنزوفينون Benzophenone Derivaties* : تمتص هذه المشتقـات الإشـعـاعـات مـا فوق البنفسجيـة مـا بـين ٢٥٠ – ٤٠٠ ن . م ، وعلى كلٍّ فهي أقل فعالية من مركبات PABA في الحماية من الطيف الإشعاعي ما فوق البنفسجي ب المحدث للحمامى .

*ألدهيـدات القـرفـة Cinnamaldehydes* : وهي مركبـات تمتص الإشعاعات ما فوق البنفسجية ب .

**المستحضرات التجارية** : Uval ( مشتق من البنزوفينون ذو فعالية للوقاية من الضياء في مجال كل من الأشعة فوق البنفسجية آ و ب ) ، ودهـونـات Blackout ، Presun و Pabanol آ و ب ) ، ودهـونــات Blackout ، PreSun و Pabanol الواقية من الضياء ( بدائل حمض ديمتيل أمينوبنزوئيك في الحماية ٢٩٠ – ٣٢٠ ن . م ) ، والتي تكون مائعة وصادّة للماء .Piz Buin – : رهيم صاد شديد ، يحمي من الضياء لكل مجالات الأشـعـة مـا فوق البنفسجيــة ، وهو مشتق من البـنزوفين ، Solabar : ( Octyldimethyl – P – aminobenzoic acid) ، هدروكسي بنزوئيك أسيد ) ذو عامل ضيائي وقائي – ١٧ . وهنــاك أيضــاً Contralum Ultra ، Delial 20 ، Ilrido (Derido) ، RVPaba أو حمرة شفاه Ilrido أو مرهم الشـفـاه Moon Drops Lip ، وهنـاك مستحضرات عديدة أخرى متاحة للتداول .

**الأدوية المزيلة للتصبغ Depigmenting Drugs** :

تتدخل هذه الأدوية في تركيب الملانين وذلك إما باستخدام مماثلات التيروزين ( الهدروكينون ومشتقاته ) ، أو من جراء إحداث اضطراب في الإنظيمات المتورطة بتركيب الملانين .

**الهدروكينون Hydroquinone** : ويسبب نقصاً في التصبغ ، حيث يمكن استخدامه في فرط التصبغ على اختلاف منشئه مثل الكلف Melasma أو الملان حول الفم . هو ينحل بتركيز ٥٪ في رهيم أليف للماء خلال فترة قصيرة نسبياً من جراء الأكسدة الهوائية ، كما أن كثيراً ما يحدث تخريش وأرجية بالتماس . وقد وصف إحداثه لمغرانية Ochronosis خارجية المنشأ ودخنية غروانية بعد فترة طويلة من استعماله . ومن أهم مستحضراته التجارية : رهيم Artra ( ٢٪ ) ورهيم Eldopaque ( ٢٪ ) ، ورهيم Eldopaque Forte ( ٤٪ ) أو Eldoquin ( ٢٪ ) ورهيم Esoterica ( ٢٪ ) أو محلول Melanex ( ٣٪ ) .

**المونوبنزون Monobenzone** : وهو إيتر مونوبنزيل الهدروكينون ، وله فعل قاصر للون Bleaching جيد ، إلا أنه كثيراً ما يتلف الخلايا الملانية بشكل غير عكوس : كما أن له قدرة على إحداث أرجية بالتماس أيضاً . وعادة ما يُحدث نقصاً أو زيادة في التصبغ غير منتظمة : – Confetti . Leukoderma

**المستحضرات التجارية** : مرهم Benoquin ( ٢٠٪ ) ، ومرهم Depigman ( ٥٪ ) ، Depigman Forte ( ١٠٪ ) . هذا وتعتبر الوقاية من ضوء الشمس أمراً هاماً عند استعمال العوامل المزيلة للتصبغ .

**أملاح الزئبق Mercury Salts** : لا تزال هذه الأملاح تكوّن العديد من الرهيمات القاصرة التزويقية والتي يوصى بها في معالجة التصبغات والنمش المتوضعة على الوجه . هذا وقد يحدث عند المعالجة الطويلة الأمد بتلك الأملاح تصبغات رمادية – زرقاء على الجلد ( انسمام زئبقي Hydrargyrosis ) . وقد تحدث تأثيرات جانبية مجموعية مثل الانسمام الزئبقي Mercurialism مع اعتلال عصبي عند معالجة مناطق واسعة ولمدة طويلة .

## الأدوية المموّهة والمصبّغة Comouflage and Pigmenting Drugs :

ثمة طرق متعددة متاحة لمعالجة كلّ من التصبغات أو لإعادة تلك التصبغات .

**المموهات** : وهي التي يمكن أن تغطى بها المناطق ناقصة الصباغ ، كما في البهاق مثلاً ، بالمزوقات المموهة مثل : Covermark أو بمكياج تزويقي .

**التلوين Staining** : يرتبط هدروكسي أستون بالطبقة القرنية معطياً لوناً رمادياً ، لكنه لا يشكل ملانيناً . أما مساوىء هذه الطريقة فليست بغير شائعة ، وتتجلى بتبقع لون الجلد وحؤول لون الملابس .

**المستحضرات التجارية** : Dyoderm أو Vitadye ، Tamlo .

**إعادة التصبغ Repigmentation** : إن إعادة التصبغ ليس بالأمر السهل ويفكر به فقط في حالات نقص التصبغ الواسع كما في البهاق (Vitiligo) .

**المعالجة الضوئية – الكيمياوية الموضعية Topical Photochemotherapy** : ويستعمل ٨ – ميتوكسي بسورالين (Meladenine, Oxoralen) موضعياً وبمشاركته مع الأشعة ما فوق البنفسجية آ . هذا وتتطلب هذه المعالجة حذراً ، لأنها قد تؤدي إلى تفاعلات ضيائية انسمامية ، كما أنها غالباً ما تؤدي إلى فرط تصبغ شديد للجلد السليم وذلك على أطراف المناطق البهاقية .

*الإجراءات العلاجية :*

- تغطية الجلد المحيط السليم بدارئات شمسية مناسبة ( دهون الزنك ، معجونة الزنك ) .
- تطبيق المحسسات الضيائية (Oxoralene, Meladinine) .
- يشرع بالمعالجة بعد ساعة وذلك بجرعة منخفضة من الأشعة ما فوق البنفسجية آ ، كما يمكن زيادة هذه الجرعة إذا لم تظهر حمامى خلال ٤٨ ساعة على الأكثر .

**المعالجة الضوئية – الكيمياوية الجهازية** : ويمكن استخدام كل من ٨ – ميتوكسي بسورالين ( ميلادينين ، أوكسورالين ) و ٥ – ميتوكسي بسورالين ( ليس له مستحضر تجاري ) أو تري ميتيل بسورالين ( تري سورالين ) وذلك كمحسسات للضياء .

*الإجراءات العلاجية :* يعطى البسورالين قبل ساعتين من التعرض للأشعة ما فوق البنفسجية آ ، أما الجرعة العادية للبسورالين فهي ٠,٦ ملغ/كغ من وزن الجسم . أما تشكل الحمامى فيكون أقل ، بعد التعرض للأشعة وبعد تناول تري ميتل بسورالين منه بعد تناول ٨ – ميتوكسي بسورالين . وتبعاً لذلك فإن الخطر من نمط حرق شمسي شديد للتفاعل مع تري ميتيل بسورالين يكون أقلّ أيضاً . هذا ويجب إجراء المعالجة ٢ – ٤ مرات أسبوعياً ، كما ويجب أحياناً إجراء فحوصات لوظائف الكبد . ومن الأمور الهامة هي وجوب وضع المرضى لنظارات شمسية واقية ، ذات وقاية مناسبة في مجال الأشعة ما فوق البنفسجية آ ، أثناء فترة التشعيع وفي أيام المعالجة . ويجب التقيد بالتعرض الحذر لضوء الشمس في الأيام الفاصلة ما بين أيام المعالجة . وعلى كل حال فمن الواجب أن تؤمن الوقاية المناسبة المضادة للشمس بغية العمل على الحدّ من حدوث تفاعلات غير مرغوبة ، وخاصة عند الأشخاص ذوي الجلود من نمط I و II ( Solabar ، رهيم Piz Buin الواقي القوي ، UVAl ، Contralum Ultra ) . وعموماً فإن إعادة التصبغ يحدث حول الجريبات ، وبعدها تتداخل تلك التصبغات لتشكل مناطق واسعة . ويجب أن تستمر المعالجة أشهراً ، ويتوقع حدوث التحسن الهام بعد ( ٢٠ – ١٠٠ تعرض ) .

وإن إعادة التصبغ في البهاق يحدث بشكل خاص عند الأشخاص ذوي الجلد القاتم ، ويكون أقل سرعة عند ذوي الجلد الفاتح .

أما الخلين فمستحضر آخر يستعمل وبنجاح في إعادة التصبغ ، علماً بأنه لا يوجد مستحضر مسجل لهذه المادة .

**المراهم الواقية للجلد Skin Protective Ointments :**

وتستخدم لوقاية الجلد من البيئة ، وخاصة من التأثيرات الانسمامية المهنية أو الأرجية . ولهذه المراهم أيضاً قيمة في المعالجة الخالية من الستيروئيدات والتي تطبق في المراحل الفاصلة ما بين هجمات الإكزيمة . وهناك تنوع في مكونات مراهم الجلد الواقية ، حيث تدخل اليوريا Urea والألانتوئين Allantoin كحالّات تقرن ولجعل الطبقة القرنية ناعمة ، كما يدخل في تكوينها البانتينول ، وحمض اللينوليئيك Lenoleic Acid أو أستراته ، وهلامات الجلد والفيتامينات التي لم تثبت فعاليتها بعد .

Rx. Citric Acid Solution 0.1% 30.0
Glycerol 10.0
Nivea Cream to 100.0
MDS مرهم جلدي محب للدهن

Rx. Cetiol 7.5
Lanette N 7.5
Glycerol 2.0
Water to 100.0
MDS مرهم جلدي

Rx. Pure Urea 3.0
Allantion 0.2
Karion F Liqiud 3.0
Yellow Petrolatum 10.0
Lanette N 15.0
Guaiazulene 25% 0.04
Water to 100.0
MDS مرهم جلدي محب للماء

هذا وينتخب المرهم الواقي للجلد استناداً إلى نمط الجلد وحالته .

**المستحلبات المحبة للماء ، نمط الرهيم :** ويحتوي المرهم المائي الأليف للماء على ٧٠٪ ماءً وهو قابل للغسل ، مثل المرهم أليف الماء ( دستور الأدوية الأمريكي ) .

**المستحضرات التجارية :** Aquacare ، Acid Mantle ، Basodexan ( مع اليوريا ) ، Hydro – Cordes ، مستحلب Linola ، Physiane Lubriderm .

**المستحلبات المحبة للدهن ، نمط المرهم :** يحتوي مرهم غول الشمع الصوفي على ٥٠٪ ماء مثل الرهيم البارد Cold Cream ( دستور الأدوية الأمريكي ) .

**المستحضرات التجارية :** Hydrous Lanolin ، مرهم Eucerin ، Qualatum ، رهيم Keri ، Lanolar ، Linola Fett ، Lipo Cordes ، رهيم Masse ، رهيم Nivea ، أوسيرين PHs ، Satina .

**المراهم الواقية الصناعية Industrial Protective Ointments :** وهنا تقوم الدوارىء والشوارد بعملها ، والتي تخصص للوقاية من القلويات الضارة ، وخاصة المواد المهنية ، أو الصواعد والهوابط المسببة لأرجيات بالتماس .

*المراهم المتوفرة في أوربا :*

- Aqua – non – Hermal : مرهم واقٍ للجلد منفر للماء مع زيت السيليكون ، الحمض الدهني ، استرات ، الحمض اللينوليني ، آلانتوئين . ويفيد للوقاية والتأهيل في إكزيمة اليدين الانسمامية التراكمية ، وعند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، وإكزيمة اليد التأتبية ، وإكزيمة ربات المنازل .
- Ivosin : المرهم الواقي من الكرومات للوقاية من أرجية الكرومات .
- Neo – Quimbo : مرهم واقٍ جلدي .
- PH – Stabil : يفيد العاملين في وسط قلوي أو مع المذيبات في الوقاية من إكزيمة اليد الانسمامية التراكمية ( إكزيمة ربات البيوت ) .
- Sansibal : وهو مرهم واقٍ صناعي .
- Silicoderm F : ويحتوي هذا السيليكون الصاد للماء على مرهم دهني ، ويستخدم عند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، أو المصابين بالتأتب أو إكزيمة اليدين الانسمامية التراكمية .
- برنامج وقاية الجلد لستوك هاوزن Stockhausen .

*المراهم المتوفرة في الولايات المتحدة :* رهيات Dimethicone ، Kerodex ، Silicate : منفرة للماء ودهنية . وهي واقية للجلد وتحتوي على زيت السيليكون . وتستعمل بشكل خاص عند المرضى المصابين بانعدام الزهم ، والتأتب وإكزيمات اليدين الانسمامية التراكمية .

رهيات West ٢١١ ، ٣١١ ، ٤١١ ( البرامج الخاصة لأصحاب الحرف والصناعيين ، شركة West Co. Long Island N.Y. ) . وواقي الجلد Stockhausen ( Kerfeld : ألمانيا ) .

**منظفات الجلد Skin Cleaners :**

إن لتنظيف الجلد اليومي بالمنظفات ، أو بالماء والصابون قيمة بيّنة بذاتها ، وهي ليست مفيدة فحسب . لكنها تعزيز للصحة . ويستحلب دهن الجلد بفعل الصوابين أو المنظفات مما

تؤدي برغوتها إلى إزالة الأوساخ والجراثيم ، ثم بشطفها بالماء . ويحسّن الماء الساخن الفعل المنظف للجلد ، ويشكل تنظيف الجلد ، كما كان في السابق ، معضلة في حالات التهاب الجلد بسبب إحداثه لتخريش جلدي ( إكزيمة قلوية ) إذا ما غسل بالصابون . لذا يحظر استعمال الصوابين عند البدء بمعالجة التهابات الجلد . وجاءت التغيرات مع إدخال المنظفات الصنعية واستخدامها كمنظفات جلدية .

**الصوابين** : وهي أملاح صودية أو بوتاسية للحموض الدهنية الحرة . وهي في نفس الوقت قلويات وشوارد كلسية مرسِّبة . وإن لقلوية الصوابين مساوىء ، إذ أنها تؤدي إلى اضطراب في الغطاء الحامضي الجلدي (Marchionini) . أما التفاعل الحمضي الفيزيولوجي على سطح الجلد فهو ( باهاء PH ما بين ٤,٨ – ٥,٩ ) . وعلاوة على ذلك ، فإن الصوابين قد تؤدي إلى تورم بسبب ارتباطها القلوي .

يؤثر فعل الصوابين المرسب للكلس في حالات التهابات الجلد بشكل خاص ، كما أن الحكة التي قد تحدث بعد التغسيل بالصابون ليست بغير شائعة . وعموماً ، قد يؤدي التأثير الجانبي للصابون على الجلد إلى تخريش إضافي في آفات الجلد الالتهابية . ويحدث الأرج بالتماس مع الصابون عن طريق التحسس بمكونات الصابون الإضافية أيضاً مثل العطورات والمطهرات أو الملونات أوغيرها من الإضافات ، لكنها لا تنجم عن المواد ذات الفعل المنظف .

**الصوابين المضادة للجراثيم** : لهذا النوع من الصابون شعبية كبيرة ، وتحتوي على كيمياويات ومحسسات كامنة ، وتسبب الساليسيلانيدات في الأصل التهاب جلد ضيائي بالتماس . وتتضمن بعض الصوابين اليوم مطهرات موضعية مثل الكاربونيلد ، تري كلوركاربون وتري كلوزان ومشتقات الفينول ، ومن هذه الصوابين : Lifebuoy ، Safeguard ، Zest ، Coast ، Dial . وهكذا يجب أن يسأل كل مريض دوماً عن نوع الصابون الذي يستعمله .

*الصوابين مفرطة الدهن :* صنعت هذه الصوابين لمحاولة الإقلال القلوي للصوابين . كما أنها تزيت الجلد ، ومن الأمثلة عليها : Basis و Lowila .

**المنظفات الصنعية أو الصوابين المحايدة** : لقد أحرزت المنظفات الصنعية أهمية كبرى لاستعمالها كمنظفات جلدية وحلت بشكل كبير محلّ الصوابين وهي تتمتع بنفس التأثيرات المنظفة لكن باهاء هذه المنظفات (PH) هو نفس باهاء الجلد تقريباً . وهكذا فإنها لا تؤدي لإحداث أي اضطراب في الغطاء الحامضي كما أنها لا ترسب الكلس . وإضافة لذلك ، فإن للمنظفات التركيبية تأثيراً مضاداً للجراثيم لفعلها الخفيف المغير للبروتين ، لكنها لا تبيد الجراثيم . لذا يوصى بها لتنظيف الجلد المصاب بالتهاب . أما التأثيرات الجانبية للمنظفات الصنعية فهي إزالة الدهن الجلدي بشكل مفرط ، والذي يجب مراقبته عند المرضى عديمي الزهم . ويعتمد الفعل المزيل للدهن للمنظفات الصنعيّة على مقدار استعمال تلك المنظفات ، ودرجة حرارة الماء ، ومدة الغسل وتكراره . ويوصى باستعاضة الدهن بشكل خاص عند المصابين بجفاف جلدي تجنباً لتخريش الجلد الانسمامي التراكمي . وليعلم بأن الأرج بالتماس تجاه هذه المنظفات نادرة جداً .

**Rx. Coconut Fatty acid Ethanolamide 6.5**
**Sodium Lauryl ether Sulfate 30.5**
**Ethanol 4.0**
**Distilled Water to 100.0**
غسول للجلد ، صاف ، وخال من القلويات MDS

**Rx. Ethylene Glycol Stearate 2.0**
**Sodium Lauryl ether Sulfate 40.0**
**Milk Protein aminolysate 2.0**
**Coconut fatty acid ethanolamide 2.0**
**Sodium Chloride 1.0**
**Citric acid 0.05**
**Distilled Water to 100.0**
غسول على شكل مستحلب MDS

**المستحضرات التجارية** : Alpha Keri ، Dove ، Lowila ، Neutrogena ، Phisoderm ، Purpose ، Seba med ، Dermowas ، Sebopona ، Satina ، أما Aveenobar فهو منظف محايد مع ٥٠٪ من دقيق الشوفان .

*الإضافات :* إن إضافة القطرانات أو الكبريت إلى الصوابين أو إلى المنظفات الصنعية من أجل غاية علاجية في الأمراض الجلدية ليس لها محاسن كبيرة .

**الشامبوات Shampoos** : يُعَدّ الشامبو للنظافة وإزالة الدهن والوسوف ، وتحضر معظم مستحضراته من المنظفات الصنعية . كما يضاف أدوية خاصة لمعظم المستحضرات المنتجة من المنظفات الصنعية

**القطران** : وله فعل مضاد للالتهاب . ومن مستحضراته التجارية : شامبو Polytar ، شامبو DHS tar ، شامبوات Zetar ، Sebutone ، Pentrax ، Clinitar ، – Crino Cordes ، Sebopona مع القطران .

**الاستطبابات** : نخالية الرأس البسيط ، الهبرية Dandruff ، ومثّ الفروة وصدافها .

**سلفيد السيلينيوم Selenium Sulfide** : وله فعل مضاد للانقسام الخلوي وآخر مضاد للجراثيم . ومن مستحضراته التجارية : شامبو Selsun الأزرق ١٪ ، شامبو Selsun ٢,٥٪ (Exsel) ، Ellsurex ، Selukos .

**مشتقات بيريثيونات الزنك** : ولهذه المشتقات فعل جيد مضاد للجراثيم ومضاد للفطور ومن مستحضراته التجارية : Breck ، Danex ، de – squaman ، DHS zinc ، Zincon ، Flex – medicated ، Head and Shoulders ، Sebulon .

**الاستطبابات** : الحالات المثية للفروة ، نخالية الرأس البسيطة ، النخالية المبرقشة ، صداف الفروة .

**بيروكسيد البانزويل Benzoyl Peroxide** : وهو عامل مؤكسد قوي له فعل مضاد للجراثيم وآخر حال للبشرة المتقرنة . ومن مستحضراته التجارية : Benzoyl Peroxide المائع ، العادي ( ٥,١٪ BPO ) والقوي ( ٥,٢٪ BPO ) . ويستطب كما ذكر أعلاه ، وخاصة في معالجة الحالات المثية .

**حمض الصفصاف ( Salicylic acid )** : مزيل للوسوف ، وله فعل مطهر أيضاً . ومستحضره التجاري Criniton ( حمض الصفصاف + تيمول ) وشامبو Sebulex ( كبريت ٢٪ ، حمض الصفصاف ٢٪ ) ، هلامة Squamosol ( حمض الصفصاف ١٠٪ ) .

**الاستطبابات** : نخالية الرأس البسيطة ، آفات الرأس المثية ، صداف الفروة .

**هكساكلوروفين Hexachlorophene** : مادة مبيدة للجراثيم تدخل في تركيب العديد من الشامبوات والصابون . ومن مستحضراته التجارية المتوفرة في الأسواق : Loscon ، Phisohex .

**الأدوية المضادة للالتهاب Antiinflammatory Drugs :**

إنّ للعديد من الأساسات كالمساحيق ودهون الزنك ، ومعجونة الزنك تأثيرات مضادة للالتهاب في الجلادات الالتهابية ، وقد أجريت مراجعة على عدد من الأدوية المضادة للالتهاب والمستخدمة في التهابات الجلد مثل القطرانات .

**المواد المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية :**

**مضادات الهستامين** : ولها تأثيرات موضعية خفيفة مضادة للالتهاب ، أما تأثيرها البدئي فمضاد للحكة ، كما أنها قد تحدث أرجية بالتماس .

**البارفيناك Parfenac** : وهي عبارة عن Bufexamac, P – Butoxyphenylacethydroxamic وهي مادة مضادة للالتهاب غير ستيروئيدية ، لكنها أقل تأثيراً من التريامسينولون ١,٠٪ . وقد تم التبليغ عن إحداثها أرجيات بالتماس عندما استخدمت ما بين فترات معالجة الإكزيمة التأتبية .

**الكروتاميتون Grotamiton (Eurax)** : لهذا المستحضر المضاد للجرب بعض التأثيرات المضادة لنمو الجراثيم والمضادة للحكة أيضاً . ولدهونه أيضاً تأثير خفيف نسبياً مضاد للالتهاب .

**البوتازونات Butazones** : كالفينيل بوتازون ( مرهم البوتازوليدين ) وأوكسيفين بوتازين ( رهيم Tandril ، Tanderil ) . وتفيد في معالجة التهابات الأوردة السطحي وفي التهاب الأوتار ، أو التهاب أغمدة الأوتار ، وفي معالجة الحالات الرثوية الالتهابية المؤلمة . أما تأثيرها فمحدود ، ومن المحتمل إحداثها لأرجيات بالتماس ، وتبعاً لذلك فإنه لا يوصى بتطبيق تلك المستحضرات في معالجة الجلادات الالتهابية .

**الستيروئيدات القشرية Corticosteroides :**

للستيروئيدات القشرية فوائد كبيرة عند تطبيقها الموضعي في المعالجات الجلدية سواء لمعالجة الجلادات الالتهابية أو الحكة . وهي أدوية فعالة مضادة للالتهاب ، ولها فعالية قوية في جميع أشكال الجلادات الالتهابية الحاكة والحبيبومية . وتعتمد فعالية الستيروئيدات الموضعية على النفوذية الجلدية وعلى قوة تلك المركبات .

**النفوذية Penetration** : وتتحدد بالبنية الكيمياوية . فالستيروئيدات القشرية ذات الزمر ١٧ – هدروكسيل الحرة كالهدروكورتيزون تتحطم في البشرة بسرعة بواسطة الأوكسيداز – ولكنها إذا ما أسترت زمرة ١٧ – هدروكسي فإن التحطم الموضعي يصبح صعباً ، ويحدث فعل تراكمي للستيروئيدات القشرية في الطبقة القرنية يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات موضعية ومجموعية وأخرى جانبية . ومن العوامل الهامة التي تتدخل في النفوذية سطح الجلد ورطوبته . وهذا ما يفسر التأثير الواضح تماماً لهذه الستيروئيدات إذا ما طبقت تحت لدين كتيم ( Plastic occlusion ) . كما يفسر حالات الجلد الالتهابية المترافقة بتغيرات الوظيفة الحائلة أو العائقة ، لأن اضطراب التقرن ، كما هو الحال في الإكزيمة أو الصداف مثلاً ، يكشف عن زيادة كبيرة في امتصاص الستيروئيدات القشرية أكثر مما يمتصه الجلد السليم ذو الوظيفة الحائلة أو العائقة السويّة لتلك الستيروئيدات .

**الشدة Strength** : وكلما ازداد فعل الستيروئيدات قوة ،

ازدادت خطورة التأثيرات الجانبية . وتتحدد هذه الشدة أيضاً بالبنية الكيميائية ، والفعل الأقوى للستيروئيد القشري ، والتركيز الأدنى الذي يمكن استعماله ، وعلى الخطر الأعلى للتأثيرات الجانبية . وقد اعتمدت طريقتان لجعل التأثيرات الجانبية للمعالجة الستيروئيدية الموضعية أقل ما يمكن ، وخاصة في المعالجة طويلة الأمد ، كما في التهاب الجلد المزمن .

تقوم أولى هذه الطرق على استعمال المستحضرات الستيروئيدية القشرية بتراكيزها المنخفضة . وتقوم الطريقة الأخرى على أن تكون سواغات المراهم أو الرهيمات مصنعة من قبل مصانع الأدوية بحيث يتمكن الطبيب من استخدامها في فواصل المعالجة . وعلى العموم فإن قاعدة المعالجة تقوم على استخدام الستيروئيدات الأكثر قوة ولأقصر مدة ممكنة ثم الانتقال إلى المعالجة بالستيروئيدات الأقل قوة بأسرع ما يمكن وذلك للحد من التأثيرات الجانبية الكامنة إلى حدّها الأصغري . هذا ويجب أن تستخدم الستيروئيدات القشرية عند الرضع وصغار الأطفال بأقل كمية ممكنة . إذ يجب أن نأخذ بالاعتبار تأثيراتها المجموعية عندما يعالج بها مناطق واسعة من الجلد .

*قدرة الستيروئيدات الموضعية :* وتختبر هذه القدرة عادة باختبار التقبض الوعائي لـ Wells, Mckenzie و Stoughton . ويعتمد ذلك الاختبار على قدرة الستيروئيدات على إحداث لون أبيض في الجلد نتيجة ذلك التقبض الوعائي . أما الاختبارات الأخرى الممكنة فتتضمن تثبيط الالتهاب في حيوانات التجربة ( التهاب المفاصل المساعد ، الحبيبوم القطني ، التهاب الجلد بزيت الكروتون ، أو بـ DNCB ) ، أو عند الإنسان ( انتبار الجلد بالهستامين ، حمامى الأشعة ما فوق البنفسجية ، حمامى السخونة ، إلخ ... ) ، وكذا في الدراسات خارج الأحياء والتي تقوم على تثبيط الأرومات الليفية أو الفعالية التكاثرية في البشرة والمقارنة السريرية الدقيقة للستيروئيدات القشرية المختلفة في التجربة مزدوجة العماء Double blind .

ويمكننا أن نصنف الستيروئيدات القشرية إلى أربعة زمر اعتماداً على قوة فعلها ، على الرغم من أن ذلك التقسيم لا يمكن أن يكون مطلقاً . هذا وإن الستيروئيدات القشرية الموضعية المتوفرة في أوربا ، أكثر تنوعاً منها في الولايات المتحدة ، ولذلك فإن المستحضرات الستيروئيدية الموضعية متوفرة في أوربا بشكل أكثر تنوعاً .

**الستيروئيدات القشرية اللطيفة**

**: Mild Corticosteroids**

– الهدروكورتيزون أو خلاته ١,٠ – ٢,٥٪

Cortdome ، Hytone ، Penecort ، Procort ، Synacort ، Texacort ، Westcort ، Ficortil ، Sanatison

**Rx. Hydrocortisone acetate**

**Liquid Paraffin 1,0**

**White Petrolatum to 100.0**

مرهم هدروكورتيزون MDS

**الستيروئيدات القشرية معتدلة الشدة**

**: Moderate Strength Corticosteroids**

– الكلوبيتازون ٠,٠٥٪ ( Emovate ) .

– الدكساميتازون ( كإرذاذ : Decaspray ، Dexalocal ، Aeroseb – Dex ) .

– فلودروكسي كورتيد ٠,٠٢٥٪ ( Sermaka ٢/١ ، Cordran ) .

– فلوسينولون أستيونيد ٠,٠١٪ ( Synalar ، Jellin ، Cordran ) .

– فلوسينولون أستيونيد ٠,٠١٪ ( Synalar ، Jellin ، Gamma.s.N ، Fluonid ) .

– تريامسينولون أسيتونيد ٠,٠٢٥٪ ( Aristocort ، Extracort ، Kenalog ، Trymex ، Volonimate ) .

**Rx. Triamcinolone acetonide 0.025%**

**Hydrophilic oint. to 100.0**

زهم تريامسينولون لطيف MDS

**Rx. Triamcinolone acetonide 0.025%**

**Liquid Paraffin 20.0**

**White Petrolatum to 100.0**

مرهم تريامسينولون MDS

– فلوميتازون ٢١ – بيفالات ٠,٠٣٪ ( Locorten ، Locacorten ) .

– فلوكورتين ٠,٧٥٪ ( Vaspit ) .

– فلوكورتولون٠,٢٪ ( Ultracur ، Syracort ) .

**الستيروئيدات القشرية القوية**

**: Potent Corticosteroids**

– فلوكورتولون ٠,٥٪ ( Syracort ، Ultralan ) .

– مشتقات الكلوكورتولون ٠,١٪ ( Cloderm ، Kaban ) .

– تريامسينولون أسيتونيد ٠,١٪ ( Aristocort ، Delphicort ، Volon A ، Kenalog ) .

**Rx. Triamcinolone acetonide 0.1**

**Hydrophilic ointment to 100.00**

رهيم تريامسينولون MDS

Rx. Triamcinolone acetonide 0.1

Liquid Paraffin 20.0

White Petrolatum to 100.0

مرهم تريامسنولون MDS

ـفلوبريدنيليدين ٢١ ـ خلات ٠,١٪ ( ديكوديرم Decoderm ) .

ـ فلوسينولون أسيتونيد ٠,٠٢٥٪ ( Synalar ، Fluonid ، Jellin s.N. ) .

ـ فلودروكسي كورتيد ٠,٠٥٪ ( Cordan ، Sermaka ) .

ـ فلوسينونيد ٠,٠١٪ ( Topsym ، Lidex ) .

ـ هالسينونيد ٠,٠٢٥٪ ( Halog ) .

ـ هدروكورتيزون ١٧ ـ بوتيرات ٠,١٪ ( Alfason ، Westcort ، Pandel ) .

ـ بيتاميتازون ١٧ ـ فاليرات ٠,٠٥٪ ( Valisone, Celestan – V mite, Betnesol – V mite, Betatrex ) .

ـ بريدنيكاربات ٠,٢٥٪ ( Dermatop ) .

## الستيروئيدات القشرية العالية القوة High Potency Corticosteroids :

ـ فلوسينولون اسيتونيد ٠,٢٪ ( Jellin – Ultra, Synalar HP ) .

ـ فلوسينونيد ٠,٠٥٪ ( Topsym, Lidex ) .

ـ ديزوكسي ميتازون ٠,٢٥٪ ( Topisolon, Topicort L.P. ) .

ـ دي فلوكورتولون ٢١ ـ فاليرات ٠,١٪ ( Temetex, Nerisona ) .

ـ هالسينونيد ٠,١٪ ( هالوغ ، Halicimat ) .

ـ بيتاميتازون ١٧ ـ فاليرات ٠,١٪ ( Celestan – V, Betnesol – V, Beta – Val, Valisone ) .

ـ بيتاميتازون ١٧ ـ بنزوات ٠,٠٢٥٪ ( Euvaderm, Uticort, Benisone ) .

ـ بيتاميتازون ١٧ ، ٢١ ـ بروبيونات ٠,٠٦٤٪ ( Diprosone, Alphatrex, Diprolene ) .

ـ كلوبيتازول ١٧ ـ بروبيونات ٠,٠٥٪ ( Temovate, Dermoxin ) .

ـ دي فلوكوتولون ٢١ ـ فاليرات ٠,٣٪ ( Temetex Forte, Nerisona Forte ) .

ـ دي فلورازون ١٧ ، ٢١ ـ دي أسيتات ٠,٠٥٪ ( Maxiflor, Florone ) .

**التأثيرات الجانبية** : وتعتمد على البنية الكيميائية للستيروئيدات القشرية ، ومساحة البقعة المعالجة وعلى مدة المعالجة وغمطها . وتكون الفعالية الحيوية للستيروئيدات المجبولة في المراهم أكبر من الفعالية الحيوية لها في الرهيات والدهونات .

*التأثيرات الجانبية المجموعية :*

قد تحدث تأثيرات مجموعية عند الاستعمال المديد للستيروئيدات عالية القوة على منطقة واسعة من الجلد نتيجة الامتصاص الجلدي . الذي يعتمد على نمط الضمادات ( كتيم ) . وأهم تلك التأثيرات الجانبية : أعراض كوشينغ ، وانخفاض بوتاس الدم ، وتخلخل عظام ، داء سكري ، اضطراب في النمو ، زرق ، عد ستيروئيدي ، وخاصة في الاستعمال الموضعي على مناطق واسعة عند الأطفال والشباب .

*إسراع التمنيع Tachyphylaxis :* يؤدي استعمال الستيروئيدات القشرية المتكرر لتخفيض أو إنقاص الفعالية بعد زمن قصير ( ١ ـ ٢ أسبوع ) ، حتى إذا ما تم توقيف الدواء أسبوعاً فإن الفعالية تعود لتصبح فعالة ثانيةً . أما السبب الدقيق لإسراع التمنيع فغير معروف .

*التأثيرات الجانبية الموضعية :*

وهي إما حادة أو مزمنة . أما الحادّة كالتهاب الجلد التخريشي أو الانسمامي ، وتنجم عن انتخاب رديء للسّواغ ، مثل انتخاب المرهم الدهني المتضمن على ستيروئيد قشري لمعالجة حالات الجلد المذحية أو لمعالجة التهاب الجلد الأرجي بالتماس. علماً بأن الالتهاب الأخير نادراً ما ينجم عن الستيروئيد القشري نفسه ، بل ينجم عادة عن مكونات السّواغ مثل غولات الشمع الصوفي ، أو عن الحافظات ( البارابين Parabens ، الإيتيلين ديامين ، وعن الأدوية المضادة للجراثيم أو الفطور المضافة إلى تلك المراهم ) .

*أما التأثيرات الجانبية الموضعية المزمنة :* فهي متنوعة سريرياً وشكلياً حسب تنوع فعالية الستيروئيدات القشرية ( راجع الشكل ٦٧ ـ ٢ ) ، وعموماً فهي تعتمد على مدة الاستعمال وعلى قوة الستيروئيدات المستعملة .

*البشرة :* وتتجلى التأثيرات الجانبية المزمنة في البشرة بضمورها ورقتها مع سهولة التكدم فيها .

*الغدد الزهمية والجريبات الشعرية :* قد يحدث عدٌّ ستيروئيدي ، ليس فقط نتيجة تناول الستيروئيدات عن طريق الفم ، لكنه يمكن أن يحدث أيضاً بعد الاستعمال الموضعي لها . ويعتبر الأشخاص ، ذوي المسامات البشروية الواسعة ، أو ذوي السوابق العدّية ، والمصابين بمث أكثر خطراً لظهور العدّ

الستيروئيدي عندهم . كما أن فرط الشعرانية من التأثيرات الجانبية غير السّارة للمعالجة بالستيروئيدات ، وخاصة عند توضعها على الوجه عند النساء ، ويتراجع فرط الشعرانية هذا بعد إيقاف المعالجة .

*النسيج الضام الجلدي* : ويحدث فيه ضمور ورقة بسبب التأثير الموضعي للستيروئيدات القشرية فبعد حقن معلق ستيروئيدي مبلر تحت الجلد قد يحدث ضمور يتناول النسيج الدهني تحت الجلد مع حدوث تشكلات انخسافية . وأكثر النتائج غير السارة للستيروئيدات هي إحداثها لخطوط متباعدة ضمورية ( فزر Striae distensae ) . أما أكثر المناطق الجلدية المهددة بظهور الفرز الستيروئيدية فهي المناطق التي تتطور فيها تلك الخطوط أو الفرز أثناء الحمل أو في متلازمة كوشينغ ، وعند الصغار بشكل خاص ، وعلى الخصوص طيات جلد ما تحت الإبطين وأنسي الفخذ ( بعد معالجة الأخماج الفطرية معالجة غير صحيحة ) ، علماً بأن الخطوط المتباعدة الستيروئيدية غير قابلة للتراجع .

ومن التغيرات الأخرى التي تطرأ على النسيج الضام ، تنقط الجلد ، حيث يبدو بمظهر جريبي أبيض ، وخاصة في منطقة العنق ، وتظهر ندبات نجمية الشكل ، وهي نجوم عفوية شبيهة بالندبات الكاذبة ، تتوضع على الأوجه الباسطة للساعدين ، كالذي نجده في جلد ا لطاعن في السن الذي يتعرض لضوء الشمس بشكل مزمن ، من جراء قابلية الجلد الكبيرة للضمور . هذا وتتراجع الرقة العامة للنسيج الضام في الجلد ببطء بعد التوقف عن تطبيق الستيروئيدات القشرية .

*الخلايا البدينة* ***Mast cells*** : يمكن أن تنضب أو تستنفد هذه الخلايا بشكل مؤقت من الجلد ، وذلك عند استعمال ستيروئيدات قشرية قوية تحت ضماد كتيم . هذا ويمكن أن تجرب هذه الخاصية في أدواء الخلايا البدينة الجلدية .

*التصبغات* : إن معضلة التصبغ غير شائعة ، وقد وصف حدوث وضح ( نقص تصبغ ) بعد تطبيق الشرائط اللاصقة الحاوية على الستيروئيدات المفلورة . وينجم نقص التصبغ عادة عن المكونات غير الستيروئيدية لتلك الشرائط .

*الأوعية الدموية* : يؤدي التطبيق المديد للستيروئيدات إلى توسع شعيري متعدد ، وضمور ، ورقة جلد وخاصة على جلد الوجه ، واحمرار ستيروئيدي . لكن تراجع تلك التوسعات الشعيرية عفوياً لا يزال موضع تساؤل في بعض الحالات الإفرادية ، وهو تراجع محتمل ، كما يمكن أن تحدث حمامى ثابتة كتأثير جانبي .

*الجلادات* : الحبيبوم الأليوي الطفلي Granuloma Gluteale Infantum ويحدث كتأثير جانبي عقب الاستعمال المديد للستيروئيدات القشرية المفلورة القوية في منطقة حفاض الطفل، حيث تشاهد تغيرات حطاطية وعقيدية ، تبدو بلون أحمر مزرق . ولها بعض الشبه بالإفرنجيات عقب التآكلية . وتشفى الحبيبومات الأليوية بعد إيقاف المعالجة الستيروئيدية .

*التهاب الجلد الشبيه بالعد الوردي حول الفم* ***Perioral Rosacea – Like Dermatitis*** : وتشاهد خاصة عند الإناث ، وغالباً ما تحدث بعد معالجة ستيروئيدية قشرية موضعية .

*التقرحات* : تتداخل الستيروئيدات القشرية في شفاء الجروح . ويؤدي استعمالها المديد في التقرحات المزمنة ، وخاصة الركودية منها والناجمة عن قصور وريدي مزمن ، إلى اضطراب شفاء الجروح بعد تأثيرها الإيجابي البدئي ، وهكذا تتضخم تلك التقرحات وتتوسع ( قرحة ستيروئيدية ) .

*كبت المناعة الجلدية* : قد تحدث أخماج بالخمائر ( التهاب جريبات خمائري ، مذح ) ، أو بالجراثيم ( التهاب جريبات شعرية ، قوباء ) ، أو بالحمات ( ثآليل شائعة ، أورام قنبيطية مؤنفة ) ، مليساء معدية ، حلأ بسيط ) ، وذلك بعد معالجة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية وخاصة في المناطق المذحية والشرجية التناسلية . وتبعاً لذلك فإنه بعد معالجة طويلة الأمد للإكزيمة التأتبية بالستيروئيدات تبدو اختلاطات نموذجية كالإكزيمة الحلئية والإكزيمة الثؤلولية والمليسائية .

*الفعل الارتدادي* ***Rebound Effect*** : وتحدث هذه الظاهرة بعد توقف المعالجة الستيروئيدية ، حيث تبدو الحالات الجلدية ذات العلاقة بالمرض أكثر شدة وحدة منها قبل المعالجة . كما أنها عادة ما تصبح أقل استجابة للستيروئيدات من استجابتها في المعالجة السابقة . وهذا التأثير صحيح بالنسبة للصداف الذي قد يتحول عند التوقف عن المعالجة الستيروئيدية إلى صداف بثري راحي أخمصي ، وقد يحدث تعمم الصداف .

## المستحضرات المركبة المتضمنة على ستيروئيدات : Corticosteroid Combination Preparation

إن المستحضرات المحتوية على ستيروئيدات قشرية والمستعملة في المعالجات الموضعية قد تضم بين جنباتها أدوية أخرى بغية الحصول على طيف واسع من التأثير ، وهكذا تصاغ ما تدعى بالمستحضرات الجامعة Universal التي تحتوي على مضادات فطور وجراثيم ، إضافة للستيروئيدات ، لتكون فعالة ضد العديد من حالات الجلد الالتهابية . وبالرغم من أن الفكرة الأساسية لهذا الجمع قد تكون صحيحة ، إلا أن تلك المستحضرات قد تضلل الأطباء للشروع بالمعالجة دون وضع تشخيص دقيق . وفي تلك المستحضرات ، الحاوية على ٣ أو

أكثر من الأدوية المختلفة ، تزداد احتمالات الأرجيات بالتماس علاوة على إحداثها لتأثيرات جانبية أخرى .

وقد يكون من المفيد إضافة الستيروئيدات القشرية إلى بعض أشكال المعالجة الموضعية .

*اليوريا Urea :* وتضاف عادة بتراكيز ٥ – ١٠٪ إلى المعالجات الخارجية الحاوية على ستيروئيدات قشرية بغية الحصول على تأثير إضافي حال للقرنين . ومن المحتمل أن تؤدي تلك الإضافة إلى تحسين نفوذية الستيروئيدات القشرية أيضاً . ويوصى بمثل تلك المستحضرات في معالجة الإكزيمة مفرطة التقرن . ومن مستحضراتها التجارية : Calmurid HC ، Carmol HC ( هدروكورتيزون مع ١٠٪ Urea ) ، Hydrodexan .

*حمض الصفصاف Salicylic acid :* ويضاف عادة بنسبة ١ – ٣٪ ، وله تأثيرات مظهرة وحالة للطبقة القرنية ، ويحفز على نفوذية الستيروئيدات القشرية . وعلى كل فليس من السهل تقرير التأثير الحال للقرنين الإضافي لحمض الصفصاف . ويوصى بمثل هذه المستحضرات على شكل رهيات أو مراهم في معالجة الإكزيمة مفرطة التقرن والصداف الشائع .

**المستحضرات التجارية :** Betnesalic ، Diprosalic ، Komed HC ( هدروكورتيزون + حمض الصفصاف ٢٪ ) ، Locasalen .

*حمض الصفصاف في صبغات متضمنة على ستيروئيدات قشرية :* تحتوي العديد من الصبغات المستخدمة في معالجة التهابات الجلد المحددة ، وفي حالات الفروة ، على حمض صفصاف مضاف ، ومن مستحضراته التجارية Actocortin spirit ( هدروكورتيزون وحمض الصفصاف ) ، Alpicort ( بريدنيزولون ، مع منظف كربوني مائع LCD وحمض الصفصاف ) ، Cortidexason ( دكساميتازون + حمض الصفصاف ) ، Crinohermal ( بريدنيزولون وحمض الصفصاف ) ، Crino – Kaban ( كلوكورتولون وحمض الصفصاف ) ، Dexacrinin ( دكساميتازون و LCD وحمض الصفصاف ) ، Ell. Cranell ( دكساميتازون وحمض الصفصاف ) ، Euvaderm ( بيتا ميتازون وحمض الصفصاف ) ، Extracort ( تريامسينولون وحمض الصفصاف ) ، Lygal ( حمض الصفصاف + بريدنيزولون ) ، Psorimed ( دكساميتازون وحمض الصفصاف ) ، وصبغة Volon – A ( حمض الصفصاف وتريامسينولون ) .

*القطرانات :* يضاف الإكتامول عادة إلى الستيروئيدات القشرية ، ومن المهم أن نلفت النظر هنا إلى تأثيرات القطرانات الجانبية . وفي العادة يجب ألا تكون المعالجة بالقطرانات طويلة الأمد وذلك لأنها تساعد على ظهور الأخماج الجرثومية أو الفطرية الثانوية .

**المستحضر التجاري :** Derma Medicone HC ( هدروكورتيزون ، إكتامول Ichthammol ، إكتوكورتين ) .

*المطهرات Antiseptics :* يحتوي العديد من المستحضرات الموضعية على مطهرات ، وذلك إما لتثبيت الأساسات أو لاعتبارات علاجية ، وكثيراً ما يضاف كل من كلينوكينول ، كلوركينالدول ، Cetyl pyridinium chloride ، وأملاح دي كوالينيوم ، وهكساكلوروفين ، وإذا لم يتم تحمل مثل هذه المستحضرات ، فمن المحتمل توقع إحداثها لأرجية بالتماس .

**المستحضرات التجارية :** رهيم Vioform – HC ( هدروكورتيزون مع يودوكلورهدروكسي كين ) ، Vytone ( هدروكورتيزون مع يودوكينول ) .

**الصادات :** أثبت الاستعمال الموضعي المتوافق لكل من الستيروئيدات القشرية والصادات بمستحضر وحيد بأنه معالجة متقدمة هامة للعديد من الجلادات التي يكون هناك أهمية لمعالجتها بكل من الصادات ومضادات الالتهاب متزامنة في وقت واحد . ومن المهم انتخاب الصادّ الذي يكون استخدامه ملائماً للحالة الخاصة ( التعرف على هوية الكائن الحي ومقاومته للصادات ) . ومن المهم أن نتذكر بأن للصادات فعلاً مؤرجاً . وإن للمستحضرات التجارية للصادات أعداداً لا تحصى . ولقد جرى تجريب عدد منها شمل كلاً من التراسكلين ، النيومايسين الجنتامايسين ، الفراميسيتين ، الغراميسيدين Gramicidin والأمفوميسين . هذا وينتظر من النيومايسين أن يحدث تحسساً مصالباً وأرجاً بالتماس .

**Rx. Hydrocortisone acetate 1,0**
**Tetracyclin hydrochloride 3,0**
**Liquid Paraffin 10,0**
**White Petrolatum to 100,0**
**مرهم تراسيكلين وهدروكورتيزون MDS**

**Rx. Chlortetracyclin HCI 3,0**
**Triamcinolone acetonide 0,1**
**Liquid paraffin 10,0**
**White Petrolatum to 100,0**
**مرهم تراسيكلين تريامسينولون MDS**

**المستحضرات التجارية :** .

*الستيروئيدات القشرية غير المفلورة :* Combisonum

( بريدنيزولون ونيومايسين ) ، Corti – Refobacin ( هدروكورتيزون مع جنتامايسين ) ، Ecomytrin ( هدروكورتيزون مع الأمفومايسين ) ، Fucidine H ( هدروكورتيزون مع الحمض الفوسيدي ) ، Kanamyson ( هدروكورتيزون مع الكانامايسين ) ، Linola – H – compositum ( بريدنيزولون مع نيومايسين ) ، Terracortril ( هدروكورتيزون ، أوكسي تتراسيكلين وبولي مكسين ) .

*الستيروئيدات القشرية المفلورة :* Aureodelf ( تريامسينولون مع كلورتتراسيكلين ) ، Betnesol – VN ( بيتاميتازون مع نيومايسين ) ، Decoderm comp. ( فلوبريدنيليدين مع جنتامايسين ) ، Delmeson ( فلوروميتولون ونيومايسين ) ، Diprogenta ( بروبيونات البتاميتازون وجنتامايسين ) ، Extracort ( تريامسينولون مع نيومايسين وغراميسيدين ) ، Fissancort ( دكساميتازون ، فراميسين وغراميسيدين ) ، Mytrex ( نستاتين مع غراميسيدين ) ، Sermaka N ( فلودروكسي كورتيد مع النيومايسين ) ، Neo – Delphicort ( تريامسينولون مع نيومايسين ) ، Neosynalar ( فلوسينولون مع نيومايسين ) ، Sulmycin with Celestan – V ( فاليرات البيتاميتازون مع جنتامايسين ) ، مرهم Volon A ( تريامسينولون ونيومايسين مع غراميسيدين ) .

**مضادات الفطور Antimycotics** :لقد جربت إضافة الستيروئيدات القشرية إلى مضادات الفطور لمعالجة الحالات الفطرية النازة بشكل خاص ، حيث يؤدي الفعل المضاد للنتح والالتهاب لتلك المستحضرات عادة لتوفير زمن هام في المعالجة ، في حين أن الأهمية تكون لكل من الجراثيم والفطور التي تتداخل كعوامل مسببة أو مفاقمة للمرض ، وتبعاً لذلك فإن العديد من المستحضرات المتضمنة أو المشتركة تحتوي في تركيبها على مواد صادّة أو مطهرة إضافة للمضاد الفطري .

**المستحضرات التجارية :** Ampho – Moronal – V ( تريامسينولون ، أمفوتربسين ب ، نيومايسين مع غراميسيدين )، Baycuten ( دكساميتازون ، كلورتريمازول، أزيدامفينيكول ) ، Bi – Vaspit ( فلوكورتين بوتيل مع إيزوكونازول ) ، Candio – hermal E comp. ( فلوبريدنيليدين ، نستاتين ، كلور كينالدول ) ، Dakter – hydrokortison ( هدروكورتيزون ، ميكونازول ) ، Decoderm Trivalent ( فلوبريدنيليدين ، جنتامايسين ، كلو ي كين ) ، Epipevisone ( إيكونازول وتريامسينولون ) ، Etacortin C comp. ( فلوبريدنيليدين ، كلوركينالدول ، نستاتين ) ، Fungichthoson ( هدروكورتيزون ، إكتيول حمض الأندوسيلين والحمض الكوبفي وحمض الصفصاف ) ، Fungiplex P ( بريدنيزولون وسولبنتين ) ، Fungisalb ( هدروكورتيزون وكلورفينيزين ) ، Jadit – P ( بريدنيزولون ، بوكلوزاميد وحمض الصفصاف ) ، Jallin Polyvalent ( فلوسينولون ونستاتين مع نيومايسين ) ، Moronal – V ( تريامسينولون ، نستاتين ، نيومايسين وغراميسيدين ) ، Munitren ( هدروكورتيزون ، هكساكلوروسيكلوهكسان ، سلفاسيتاميد ) ، Myco – Jellin ( فلوسينولون وكلورميدازول ) ، Mycolog ( تريامسينولون ، نيستاتين ، نيومايسين ، غراميسيدين ) ، Mytrex ( تريامسينولون ، نستاتين ، نيومايسين وغراميسيدين ) ، Polycid N ( هدروكورتيزون ، كلورميدازول ، تيروتريسين وتتراسيكلين ) ، Sterosan ( هدروكورتيزون وكلوركينالدول ) ، Topsym Polyvolent ( فلوسينولون ، نستاتين ، نيومايسين وغراميسيدين ) ، Travocort ( دي فلو كورتولون وإيزوكونازول ) ، Volonimat Plus علماً بأن لاستعمال الأساس الصحيح أهمية كبيرة .

وغالباً ما تطبق مثل هذه التراكيب أو المستحضرات مع أساسات مراهم دهنية ، ولكن مثل تلك الأساسات قد تكون مضادة للاستطباب في معظم الفطارات الجلدية الناضحة ، علماً بأن لاستعمال الأساس الصحيح أهمية كبيرة .

# الفصل الثامن والستون

# المعالجات الجهازية للجلادات

# Systemic Treatment of Dermotoses

د . صالح داود ، د . شذى زيزفون

تستجيب أعداد كبيرة من الأدواء الجلدية للمعالجة الجهازية . وتلعب مثل هذه المعالجة دوراً أساسياً في معالجة كثير من الحالات . وكثيراً ما تكون المشاركة بين المعالجة الجهازية والموضعية مناسبة . وكما هو الحال بالنسبة إلى كل الحالات ، يجب أن يكون هناك استطباب واضح ، ويجب أن يوجه الاهتمام إلى مضادات الاستطباب بعناية . وكذلك يجب أن نوازن بين الفوائد المرجوة وبين التأثيرات الجانبية الممكنة الحدوث .

إن الميزات المعروفة للمعالجة الجهازية في الجلادات هي سرعة وقوة التأثير بشكل يفوق المعالجة الموضعية . وكذلك فهي أسهل استعمالاً من قبل المريض الذي يستطيع تناولها بانتظام . وأما المساوىء فهي التأثيرات غير المرغوب بها على الأعضاء الداخلية الأخرى ، حيث يحتم التناول الجهازي للدواء وجود تراكيز ثابتة من المواد الفعالة في الجلد أعلى مما هو عليه في المعالجة الموضعية ، ويكون احتمال حدوث تأثيرات جانبية خطيرة ، كالتفاعلات الدوائية ، أو السمية ، أو الأرجية ، أكبر في المعالجة الجهازية مما هو عليه في الموضعية وتعتبر المعالجة الموضعية مناسبة في الجلادات البسيطة أو في الجلادات المحدودة في مساحات صغيرة . ويجب أن يوضع قرار استعمال المعالجة الجهازية ، مثل استعمال الصادات في القوباء المعدية ، أو الغريزوفولفين Griseofulvin في السعفة ، أو الستيروئيدات في التهاب الجلد . تبعاً للظروف الفردية للمريض . ومن جهة أخرى ، ففي بعض الأمراض المناعية الذاتية ، مثل الفقاع الشائع أو التفاعلات الأرجية الشديدة ، فإن إعطاء الستيروئيدات الجهازية مبكراً وبمقادير عالية جداً قد ينقذ حياة المريض .

وإن أهم مجموعة من الأدوية المستعملة جهازياً في الأمراض الجلدية هي :

- الستيروئيدات القشرية السكرية والهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH .
- الصادات والسلفوناميدات .
- موقفات التكاثر الخلوي وكابتات المناعة .
- مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية .
- مضادات الهيستامين .
- مضادات البرداء .
- الريتينوئيدات .
- الأدوية النفسية .

أما الأدوية النوعية مثل المضادات الفطرية ، وأدوية السل ، ومضادات الحمات الراشحة ، وحالّات الفيبرين ، ومضادات التخثر ، فقد شرحت في أبحاث أخرى من الكتاب ( الأبحاث الخاصة بكل مرض ) . وأما الأدوية الجهازية العامة مثل المسكنات ، وخافضات الضغط ، وخافضات سكر الدم ، والأدوية القلبية ، والمدرات ... وغيرها من الأدوية التي قد يستعملها المريض فلن نأتي على ذكرها هنا .

**الستيروئيدات القشرية Corticosteroids :**

لعل الستيروئيدات القشرية أهم مجموعة في أدوية طب الجلد . تملك جميع الستيروئيدات تقريباً فعالية قوية مضادة للالتهاب . فهي تثبط الالتهاب الأرجي أو الخمجي أو الفيزيائي أو الكيميائي المنشأ . وقد افترض أن طريقة تأثيرها تكمن في تثبيطها الفوسفوليباز $A_2$ ، Phospholipase $A_2$ ، وبالتالي تمنع تحول الشحوم الفوسفورية إلى حمض الأراشيدونيك Arachidonic . وبمعنى آخر تمنع تشكل البروستاغلاندينات التي تعد أهم العوامل الوسيطة في الالتهاب .

*التأثير المضاد للالتهاب :* تظهر التأثيرات التالية للستيروئيدات بوضوح على الجلد : تقبيض الأوعية ، تثبيط عمل العدلات ( الجذب الكيميائي ، البلعمة ، تحرر إنظيمات الليزوزومات ) ، تثبيط عمل البالعات ( تحررها والتصاقها ) ، تثبيط عمل اللمفاويات ( حل اللمفيات ، تشكل اللمفوكين ، تبعثر الخلايا اللمفية ) .

*التأثير الدوائي :* يدل اسم الستيروئيدات القشرية السكرية على عملية تحريك الغليكوجين العضلي ، واصطناع السكاكر من الحموض الآمينية — أي تأثيرات محدثة للسكر ومقوضة للبروتين . وتملك بعض المشتقات تأثيراً قشرياً معدنياً مثل احتباس الصوديوم وزيادة إفراغ البوتاسيوم .

*التأثيرات الجانبية :* تنشأ هذه التأثيرات من تأثيرات الدواء المذكورة سابقاً . حيث أن تثبيط الالتهاب يشير إلى قدرة متناقصة للجسم للسيطرة على الأخماج الحموية والجرثومية والفطرية ، إلى جانب تفاقم الأخماج الكامنة ( كالسل مثلاً ) الأمر الذي يشكل خطراً كبيراً . ويضعف شفاء الجروح وتشكل الخثرة . كما ينقص إنتاج الهرمون ACTH من النخامى بآلية التلقيم الراجع ، ويطرأ ضمور على غدتي الكظر .

ويمكن أن تحدث الحالات العوزية المهددة للحياة عند الإيقاف المفاجىء للمعالجة ، أو عند التعرض لكرب شديد . كما يؤدي احتباس الصوديوم إلى وذمة وزيادة في ضغط الدم وإلى متلازمة كوشينغ . ومن التأثيرات الجانبية الأخرى : تخلخل عظام ، كسور عفوية ، نخر عظمي عقيم ، زيادة الاستعداد للإصابة بالتهاب وريد خثاري وخثار ، زرق ، ساد ، زيادة حموضة مع حدوث قرحات معدية أو عفجية مع احتمال الانثقاب ، التهاب بنكرياس ، وتأثيرات نفسية مثل الهوس ، أو الأرق والإكتئاب أيضـاً . وقد تسبب بعض المشتقـات اعتلال أعصـاب أو عضـلات . أما التأثيرات الجانبيـة الممكنة الحدوث في الجلد فهي : العد الستيروئيدي ، الفرفرية الستيروئيدية ، الضمور ، الشعرانيـة ، ضيـاع أشعـار ، الفرز الجلدية ، التهاب جريبات شعرية ، دمامل ، وأخماج بالمبيضات ، وأخماج أخرى بالجسم مع اضطراب في شفاء الجروح .

*التداخلات الدوائية* : من المهم أن نذكر ما يلي : زيادة فعالية الغليكوزيدات القلبية بسبب حدوث نقص بوتاسيوم ، وزيادة في إطراح البوتاسيوم عند استعمال المدرات الملحية ، ونقص في فعـالية الأدوية الخافضـة للسكر ، ونقص في فعالية مضـادات التشـنج ، وزيادة خطر النزف عند استعمال السـاليسيـلات بصـورة مرافقـة . وتنقص فعـاليـة الستـيروئيدات أيضـاً عند مشاركتها مع الريفامبيسين .

*مضادات الاستطباب* : ***Contraindications*** فيما عدا المعالجة الإسعـافيـة والتي لا بديل لها فإن للستيروئيدات مضـادات الاستطباب التالية : القرحات المعدية المعوية ، تخلخل العظام الشديد ، قصة وجود مرض نفسي ، الزرق ، أخماج ظاهرة أو كامنة ( وفي مثل هذه الحالات يمكن المشاركة مع الصادات ) . ويجب أن يكـون الاستطبـاب قوياً بشـكـل خاص لإعطاء الستيروئيدات خلال الحمل ، وخاصة الأشهر الثلاثة الأولى .

*الاستطبابات* : إن الاستطبابات الأكثر أهمية هي أمراض الجلد الأرجية مع إصابات جموعية ( خاصة الصدمة التأقية ، الشرى الحاد الشـديد ، الوذمة العرقيـة العصبيـة ) . متـلازمة لايل ، الاندفاعات الدوائية الشديدة الأخرى . وعادة ما تم السيطرة على أمراض المناعة الذاتية من زمرة الفقاع والفقاعاني الفقاعي ، والذأب الحمامي المجموعي ، والتهاب الجلد والعضل ، والتهاب ما حول الشريان العقد ، وأدواء النسيج الضام ، بمقادير عالية من الستـيروئيدات ، وتكون الستـيروئيدات ولفترات قصـيرة مسـاعدة عامة في الأدواء الجلدية الالتهابية مثل التهاب الجلد الحـاد ، خـلل التعرق الحـاد ، الحمـامى عديدة الأشكـال ، الحمـامى العقدة ، الحزاز المسطح الطفحي وأنواع معينـة من الإكزيمة . ويمكن أن يشار بالاستعمال الجهازي للستيروئيدات في الالتهـابات الحبيبومية في الجلد مثل السـاركوئيد ، الحبيبوم الحـلقي المنتشـر ، اللمفومات الكـاذبة ، واللمفومات الجلدية الخبيثـة . وتعطى السـتيروئيدات القشـرية عند مرضى الأدواء الخمجية في حالات وظروف خاصة ، على سبيل المثال تعطى السـتـيروئيدات في الحلأ النطـاقي لمعـالجة الألم العصبي ، وفي الإفـرنجي لتجنب تفـاعـل جـاريش – هـيركس هـايمر Jorisch – Herxheimer في بداية المعالجة بالبنسلين ، وتعطى في التهـابات البرغ الجرثوميـة الحادة لتخفيف حدوث التندب التالي للالتهاب مع تغطية تامة بالصادات .

*طرق تنـــاول الستـــيروئيـدات* : تعطى عـادة مستحضرات الستـيروئيـدات القشـريـة كحبوب عن طريق الفـم . وأما المستحضرات المنحـلة بالمـاء التي تعطى عن طريق العضـل أو الوريد فهي تؤثر بسرعة في الحالات الإسعافية . وعند إعطاء معلقات داخل العضل تحتوي على ستيروئيدات قشرية بلورية فإن المادة الفعالة تتحرر عادة على مدى ٢ – ٤ أسابيع . ولكن بنسبة غير ثابتة . ولتقليد نظم الإفراز الكظري يجب أن تعطى الجرعة الفموية الكاملة ( أو الجرعة الكبرى في حال الجرعات المجزأة ) بـين السـاعـة ٦ – ٨ صباحاً . وينصح باستعمـال الجرعات المتعاقبة ( المتناوبة ) في المعالجة الطويلة . وهذا يعني أن تضـاعف جرعة الستيروئيد وتعطى مرة كل يومين ، ومع أن فعـالية الدواء تقل بمقدار ضئيل جداً غير أنها تنقص التأثيرات الجـانبيـة وتثبط غدتي الكظر بشكـل واضح . ويمكن أيضـاً استعمال المعالجة النابضة **Pulsetherapy** .

**الجدول ٦٨ – ١ : الستيروئيدات المستعملة جهازياً في الجلادات**

| التجنيس ( الاسم العلمي ) | الاسم التجاري ( اتفاقي ) | الجرعة المعادلة ( ملغ ) | عتبة كوشينغ ( ملغ ) | احتباس الصوديوم ( هيدروكورتيزون = ١ ) |
|---|---|---|---|---|
| Prednisone | Decortin<br>Deltasone<br>Prednisone | 5 | 10 | 0.8 |
| Prednisolone | Decortin H<br>Deltacortef<br>Prednisolone | 5 | 10 | 0.8 |
| 6-Methyl-prednisolone | Medrol<br>Methyl-prednisolone<br>Urbason | 4 | 8 | 0.5 |
| Dexa-methasone | Decadron<br>Fortecortin<br>Hexadrol | 1 | 2 | 0 |
| Triamcinolone | Aristocort<br>Triamcinolone<br>Volon | 4 | 8 | 0 |
| Betamethasone | Betamethasone<br>Celestone | 1 | 2 | 0 |
| Fluocortolone | Ultralan | 5 | 10 | 0.8 |

**المستحضرات** : المستحضرات الكورتيزونية المتوفرة في الأسواق كثيرة ، غير أننا أدرجنا في الجدول ٦٨ ـ ١ المستحضرات التي نوصي بها ونستعملها .

والعمر النصفي للبردنيزون والبردنيزولون وميتيل بردنيزولون والتريامسينولون هو ٨ ـ ١٢ ساعة ، أما الديكساميتازون والبيتاميتازون فعمرها النصفي حوالي ٣٦ ساعة . وتعتبر المجموعة الأولى مناسبة أكثر من أجل المعالجة المتناوبة . وبشكل عام ، يعتبر من الأفضل البدء بجرعات عالية من الستيروئيدات ثم تخفيض الجرعة بسرعة أقل أو أكبر حسب الحالة . تتطلب كثيراً من الأمراض ( الفقاع الشائع ، الذأب الحمامي المجموعي ) معالجة لاحقة طويلة الأمد ، لهذا يجب أن تكون الجرعة الداعمة المطلوبة تحت المستوى المحدث لمرض كوشينغ المذكور في الجدول ٦٨ ـ ١ قدر الإمكان وتتيح المشاركة مع أدوية أخرى ( مثل كابتات المناعة ) تخفيض جرعة الدوائين بشكل أسهل وبالتالي تجنب التأثيرات الجانبية . تبدأ المعالجة بالجرعات العالية من الستيروئيدات القشرية ( في الفقاع الشائع ـ متلازمة لايل المحدثة دوائياً ) بـ ١٢٠ ـ ٢٥٠ ملغ/يوم بردنيزون أو ما يعادلها في باقي أنواع الستيروئيدات ، أما الجرعات المتوسطة فتبدأ عادة بمقدار ٤٠ ـ ٨٠ ملغ ، والجرعات المنخفضة بمقدار ٢٠ ـ ٣٠ ملغ . أما الجرعة الداعمة فتكون متعلقة بالشخص نفسه وذلك حسب استجابته . ويفيد إشراك الستيروئيدات مع مضادات الحموضة ( Gelusil – Maalox ) أو السيميتيدين ( Tagamet ) أو رانيتيدين ( Zantic ) في الوقاية من القرحة المعدية . وفي حال نقص البوتاسيوم ، يوصى بإعطاء غذاء غني بالبوتاسيوم . ويمكن معاكسة التأثيرات الاستقلابية وانحلال العظام أثناء المعالجة الطويلة الأمد بإعطاء الستيروئيدات الابتنائية Anabolic steroids . ويجب أخذ الحذر من كارسينوم الموثة .

### الهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH :

يتشكل الهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH في الفص الأمامي للنخامى تحت تأثير الهرمون المتحرر من منطقة ما تحت المهاد . ويقوم هذا الهرمون بتحريض غدتي الكظر على إفراز الستيروئيدات القشرية السكرية بالإضافة للقشرانيات المعدنية والأندروجين . ويتمتع الهرمون ACTH بفعالية خاصة في الأدواء الجلدية التي تتطلب معالجة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية السكرية ويمكن أن تستبدل الستيروئيدات كلها او جزء منها بالهرمون ACTH . وفي حال هذه المشاركة ، يُتقى من حدوث ضمور في غدتي الكظر من جهة وتُعَدل التأثيرات المقوضة للستيروئيدات السكرية بسبب التحريض المستمر للأندروجين من جهة أخرى . وعلى كل حال ، فإن مضادات الاستطباب والتأثيرات الجانبية تكون مشابهة للستيروئيدات . وهي تتضمن بشكل خاص احتباس الصوديوم والماء وحدوث القرحات المعدية وارتفاع التوتر الشرياني والسكري .

**الاستطباب** : يستعمل حالياً بشكل نادر في الفقاع والتهاب الجلد المزمن الشديد والصداف البثري والأحمرية الصدافية . ويعتبر الهرمون ACTH أقل فعالية في المعالجة البدئية وغير فعال في المعالجة الإسعافية . وتعادل جرعة ١ ملغ من Synacthen Depot أو ٤٠ وحدة من ACTH تعادل تقريباً ٤٠ ـ ٦٠ ملغ بردنيزون مقسمة على مدى ٤٨ ساعة . يوصى بإعطاء حقنة عضلية ١ ملغ/يوم ثم كل ٢ ـ ٣ أيام وبمرحلة لاحقة كل أسبوع . ويمكن استعمال ACTH الوريدي للمعالجة القصيرة الأمد للأمراض الحادة . ويعتبر ١ ملغ Synacthen أو ٤٠ وحدة ACTH الطبيعي كل ١٢ ساعة فعالاً .

### الصادات :

الصادات عبارة عن منتجات لمتعضيات مجهرية تثبط أو تقتل غيرها من المتعضيات المجهرية الأخرى . وهي تلعب إما دوراً موقفاً لنمو الجراثيم أو قاتلاً لها . وكذلك تملك بعض الصادات فعالية ضد متعضيات خمجية غير جرثومية مثل ( الفطور ، الأوالي ) وتُصنّع كثيراً من الصادات حالياً بالعمليات نصف التركيبية . ومن ناحية المبدأ ، يجب ألّا يستعمل الصاد إلا وفقاً لإختبارات التحسس ( المقررة سابقاً بالزجاج ) . ويجب أن يُؤمن وجود تركيز كافٍ من الصاد في موقع الإصابة ولفترة ملائمة من الزمن .

تستعمل الصادات لمعالجة الأخماج الجرثومية في الجلد والأغشية المخاطية . وإضافة إلى ذلك ، فقد استعملت الصادات تجريبياً في حالات جلدية غير التهابية و لم يُستَطع تفسير النتائج الجيدة بوضوح في كل هذه الحالات . ومن الأمثلة المعروفة هو فعالية التراسكلين في التهاب جلد ما حول الفم أو الأشكال الالتهابية من العد الوردي . ويعتقد أن الآلية تعتمد على التأثيرات المضادة للالتهاب المثبطة لوظيفة الكريات البيض . ويستعمل لمثل هذه الحالات معالجة منخفضة الجرعة لمدة شهر ، ولكن هناك من شجب هذه المعالجة وخاصة بسبب خطر تطور سلالات مقاومة من الجراثيم . وكذلك يوجد احتمال حدوث تأثيرات جانبية منها :

- تأثيرات سمية على أعضاء معينة ، وهذه التأثيرات مرتبطة بالجرعة مثل : الأذية الأذنية والكلوية للجنتاميسين .
- تأثيرات ضيائية مثل : الدي ميتيل كلور تتراسكلين .
- تـأثيرات أرجيـة ( غير معتمـدة على الجرعة ) حيث من الممكن حدوث كل الأشكـال المعروفـة من التفـاعلات الأرجية مثل البنسلينات .
- تأثيرات جانبية استقلابية ودوائية .
- نشـوء سـلالات لمتعضيات دقيقـة مقاومة وخاصـة عند الاستعمال لفترات طويلة وبمقادير منخفضة .
- تأثيرات ناجمة عن التحلل الجرثومي المفاجىء وتحرر الذيفان الداخلي للجراثيم مثـل : تفـاعل جاريش - هيركس هايمر Jarisch – Herxheimer في الافرنجي .
- اضطرابات في فيزيولوجية النبيت الفموي أو المعوي أو في المخاطيـة التنـاسلية مما يؤدي إلى نمو وتطور سـلالات غير فـيزيـولوجيــة من الجراثيم أو المبيضــات البيض ، وإلى اضطرابات هضمية ونقص نسبي في فيتامين K ( الصادات واسعة الطيف ) .

تتضـمن العـلامـات الممكن حدوثها في حال عدم تحمـل الصادات ما يلي :

*الجلد* : شـرى حـاد ، اندفـاعات حطـاطيـة بقعيـة ، طفوح حصبويـة أو قرمزية الشكـل ، حمامى عقدة ، اندفاع دوائي ثابت ، حمامى عديدة الأشكال ، متلازمة لايل ، إكزيمة تماس نزفيـة ، أرج ضيـائي ، انسمام ضيـائي ، طفوح عدية الشكل ، التهاب أوعية أرجي .

*عامة* : صدمة تأقية ، تفاعلات تؤدي إلى ارتفاع الحرارة ، داء المصل مع شرى ، حمى ، آلام مفصلية .

*الجهاز المعدي المعوي* : التهاب فم ، التهاب لسـان ، اللسـان الأسود المشعر ، داء المبيضات الفموية ، التهاب فم حويصلي أو تقرحي مترافق مع حمامى عديدة الأشكـال ومتـلازمة لايل ، تآكلات في المريء ، غثيـان والتهـاب معدة ، متـلازمة سـوء امتصــاص ، إسهـال ، التهاب قولون غشـائي كاذب ، التهاب مستقيم .

*التهاب بنكرياس واعتلال كبدي* :

*العـلامــات الدمويــة* : تخرب في نقي العظـم ، فقـر دم لاتنسجي ، قـلة صـفـيحـات ، ندرة محببــات ، تشـكـل ميتيموغلوبين في الدم ، فقر دم انحلالي .

*الاعتلال الكلوي* : من منشأ سمي أو مناعي .

*عدم التحمل العصبي النفسي* : أذية الجهاز القوقعي الدهليزي ، التهـاب العصب البصري ، اختـلاجات ، التهـاب أعصـاب . وبشكل أقل شيوعاً هناك التفاعلات الرئوية أو القلبية الوعائية ، الاضطرابات الاستقـلابيـة ، أعراض رثوانية أو أعراض شبيهة بالذأب الحمامي .

**البنسلينات** : لعل البنسـلينات من أهم الصـادات ، وخاصـة بسبب فعاليتها الكبيرة وسميتها القليلة . وتعد الحساسية للبنسلين مضـاد الاستطبـاب المطلق الوحيد لاستعمالها . وتقدر نسبة حدوث الحســاسيه بـ ٠,٣ - ٥٪ . تتميز جميع البنسـلينات بـاحتوائها على حـلقـة البيتـا - لاكتام . وهي تملك حمض ٦ - أمينوبنسيـلانيك ، ونصف عمر مصلي قصير ، وتطرح بسرعة عن طريق الكليتين . وتعتبر البنسـلينات قاتلة للجراثيم وذلك لأنها تثبط اصطناع الجدار الخلوي الجرثومي ، وخاصة في الجراثيم إيجابيـة الغـرام . وتختـلف الأنواع المتنـوعـة من البنسلينات عن بعضها بسعة طيف التأثير ، وبحساسيتها للبيتا لاكتـام الجرثوميـة ، وثباتها في الحمض ، ونفوذها عبر النسج وطريق الإعطاء . وقد صنفت أهم البنسلينات في طب الجلد حسب سعة تأثيرها :

*البنســلين G* : ( الوريدي ) أو الحقن العضـلي للمـركبـات الاستيرية . وتعتبر فعالة ضد المكورات إيجابية وسـلبية الغرام ( بعـض العـنـقـوديـات ، العقـديـات ، المكـورات الرئويـة ، المكورات السحائية ، المكورات البنية ) ، والجراثيم إيجابية الغرام ( الوتديات الخناقية ، المطثيات ) ، اللولبيات والفطار الشعي .

تؤدي الأســترة إلى زيـادة تـأخير إطراح البنســلين ومن المـــركبـــات : بـــنزاتـــين بنســـلين G ( Bicillin – Permapenardocillin ) ، البنســلين G مع البروكائــــين ( Wycillin – Megacillin – Bicillin Crysticillin ) . ومن أهم الاستطبابات الجلدية : الإفرنجي ، السيلان البني ، الحمرة ، التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، الحمـامى المزمنـة الهـاجرة ، وبوريليـا بورغدورفيري المؤدية لحدوث اللمفومات الكاذبة .

*البنسـلينـات الفموية* : تتصف بأنها ثابتة في الحمض ولكنها ليست مقاومة للبنسليناز . إن الأنواع التي تستعمل عادة هي فينـوكسـي ميتيـل بنسـلين البـوتـاسيـوم ( Penicillin V potassium ، Pen Vee K ، Betapen ، Beromycin ، Isocillin ) . وهناك مشتقات ذات فعل مشابه ( Pentids, Cyclopen, Baycillin ) .

*البنسلينات المقاومة للبنسليناز* : وتتضمن هذه الأوكسي سيللين ( Oxacillin, Prostaphylin, Stapenor ) ، ودي كلوكسـاسيللين ( Dichloxacillin, Dynapen, Pathocil,

( Dichlor – Stapenor ) ، وفـلوكلوكســاسيـللين ( Staphylex ) . ويمكن إعطاء هذه المستحضرات فموياً أو حقناً . ومن أهم الاستطبابات هي الأخماج الجلدية بالمكورات العنقودية ( الدمل – الحمرة ) .

*البنسـلينات واسعة الطيف* : ومن أكثرها شيوعاً الأمبسيلين ( Polycillin, Binotal, Amblosin ) . ولا يعتـبر الطفح الحصبوي الشكل الذي قد يحدث بشكل شائع تلو المعالجة بالأمبيسلين ارتكاساً أرجياً بالطبيعة ، وقد يختفي عفوياً على الرغم من استمرار المعـالجة . ( ولكن هذا لا ينفي كونه خطراً ) . وغالباً ما يحدث طفح جلدي عند المرضى الذين لديهم كثرة وحيدات عندما يعالجون بالأمبيسلين ولهذا يجب ألا يوصف لهؤلاء المرضى .

*البنسـلينات الواسعة الطيف جداً في التأثير* : وتتضمن هذه الزمرة (Ticarcillin (Ticar ، والكاربنيسلين ( ,Geocillin Geopen, Microcillin ) ، والأموكسيـلين ( ,Trimor Amoxyl, Polymox, Clamoxyl ) ، والآزلوسيـللين ( Azlin, Securopen ) ، وتعد هذه الزمر فعالة أيضاً ضد المتعضيات سلبية الغرام مثل الزوائف Pseudmonas .

**السيفالوسبورينات** : تنتمي هذه الصـادات ، كما هو الحال بالنسبة للبنسلينات ، إلى مجموعة الصادات الحاوية على حلقة البيتا – لاكتام . وبسبب وجود أرجية متصالبة مع البنسلين في حوالي ١٠٪ من الحالات فإن السيفالوسبورين يجب أن يعطى بحذر شديد عندما يكون لدى المرضى حساسية للبنسلين . وتعتبر السيفالوسبورينات غير حساسة للعنقوديات المفرزة للبيتا – لاكتام . ويكمن تأثيرها ( كما في البنسلين ) في تثبيط اصطناع الجدار الخلوي الجرثومي ، ويتوفر حالياً أكثر من ٣٠ مشتقاً . وإن طيف تأثيرها مشابه للأمبيسلين ولكنها أكثر فعالية ضد المتقلبات الرائعة Proteus mirabilis وأنواع المتدثرات ( الكلاميديا ) . وبعض مشتقاتها فعالة أيضاً ضد الزوائف الزنجارية Pseudomanas aeruginosa . ويختلف تأثير المشتقات المختلفة للسيفالوسبورين تبعاً لطريق الإعطاء ( فموي أو حقن ) ، والاستقلاب ، والارتباط مع بروتينات المصل ، والإطراح الكلوي ، وفي حال وجود السمية الكلوية أو غيابها . ومن المستحضرات الفموية السيفالكسين Cefalexin ( ,Keflex, Ceporexin ) والسيفاكلور Cefaclor ( Ceclor, Panoral ) . أما المستحضرات التالية فتستعمل حقناً وهي : Cefuroxime ( Zinacef ) Cefaloridine ( Cepaloridin ) ، Cefalotin ( Cepovenin ) Cefsulodine ( Pseudosef ) ، ( Claforan ) Cefotaxime ( Ancef, Kefzol ) Cefazoline ( Mandol ) Cefamondole Cefadroxil ( ,Duricef ) Ceforamide ( Precef .

ومن أهم استطبابات السيفالوسبورين هي الأخماج بالعنقوديات المقاومة للبنسلين وغيرها من الصادات والأخماج بالعضويات الإيجابية الغرام ، وخاصة الكليبسيلة والمعالجة البدئية في حال الأخماج الشديدة حتى نحصل على نتائج الزرع والتحسس . يمكن المشاركة مع الأمينوغليكوزيدات ( الجنتامايسين ) . ومن مضادات الاستطباب – الحساسية للبنسلين والقصور الكلوي الحاد .

**التتراسكلينات** : وتأتي بعد البنسلينات من حيث تواتر الاستعمال . وتستخلص من التخمر أو التركيب الجزئي لمزارع سلالات من Streptomyces . ويعتبر التتراسكلين ، بسبب تأثير طيفه الواسع ، صاداً واسع الطيف ، وله تأثير على المكورات والعصيات إيجابية وسلبية الغرام ، والريكتيسية ، والمتفطرات Mycoplasmas ، والمتفطرات Mycobacteria ، واللولبيات ( الملتويات ) ، والمتدثرات ، والشعيات ، والمتصورات Plasmodia . ويواجه التتراسكلين مقاومة ( بسبب الانتشار الواسع الحالي لهذه الصادات ) من قبل المكورات العنقودية ، والعقدية الحالة للدم ، والمكورات الرئوية ، والمطثيات ، والمتعضيات سلبية الغرام مثل ( المتقلبات Proteus ، والزوائف ، والإشريكية القولونية ) . ويثبت التتراسكلين في حموضة المعدة ويتم امتصاصه بصورة جيدة نسبياً ( على الرغم من أن بعض المشتقات تختلف في درجة امتصاصها ) . تعطى التتراسكلينات عادة عن طريق الفم ويطرح الدواء عبر الكلى دون أن يتغير عادة ، ولكن يطرح قسم منه عن طريق الصفراء والبراز . تعتبر التتراسكلينات مثبطة للجراثيم نتيجة تثبيط اصطناع البروتين الريبوزومي لأنها تملك مواقع ربط مع الرنا RNA رسول الجرثوم . وليعلم بأن سمية الدواء قلية جداً .

ومن أهم التأثيرات الجانبية هي الاضطرابات الهضمية الناجمة عن تخرش الخاطية المعدية المعوية ، وكذلك فإن الدواء يؤدي إلى اضطراب في نبيت السبيل الهضمي مع تكاثر الجراثيم الممرضة والمبيضات البيض . تندمج التتراسكلينات بشكل انتقائي مع الأسنان والعظام النامية ، وتؤدي إلى ظهور أسنان صفراء بنية مع أذية أخرى أو دونها . ولهذا فإنها تعتبر مضادة استطباب في الحمل وعند الأطفال تحت سن الثماني سنوات ، وفي حال وجود قصور كلوي . ويجب عدم تناول الدواء في نفس الوقت مع الحليب أو مضادات الحموضة أو أملاح الحديد لأن ذلك يسبب نقصاً في امتصاص الدواء نتيجة تشكل خُلابة Chelate formation . يزداد تأثير مضادات الاختلاج بالمشاركة مع

التراسكلين وكذلك ترتفع سمية الميتوتركسات . ويجب عدم استعمال الدواء بالمشاركة مع الريتينوئيدات . ويمكن أن تحدث الطفوح الأرجية ( الحصبوية الشكل ، العدية الشكل ) ، وكذلك التفاعلات الضيائية السمية بما فيها انحلال الأظفار الضيائي ، وخاصة عند استعمال الدي متيل كلورتراسكلين . وفيما يلي لمحة عن المستحضرات المتوفرة بالإضافة إلى جرعتها الاعتيادية :

- تتراسكلين ( Mysteclin, Sumycin, Hostacylin, Achromycin ) ١ - ٢ غ/يوم .
- أوكسي تتراسكلين ( Terramycin - Oxymycin ) ١ - ٢ غ/يوم .
- كلور تتراسكلين ( Aureomycin ) ١ غ/يوم .
- مينوسيكلين ( Minocin - Klinomycin ) ٥٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم .
- دوكسي سيكلين ( Vibramycin ) ١٠٠ - ٢٠٠ ملغ/يوم .
- دي مي كلوسيكلين Demeclocycline ( Ledermycin, Declomycin ) ٦٠٠ ملغ/يوم . ويجب أخذ الحذر من التفاعلات الضيائية السمية .

يُنصح بأخذ جرعة منخفضة ولفترة طويلة حوالي ٢٥٠ ملغ/يوم من التتراسكلين والأوكسي تتراسكلين في معالجة الأشكال الالتهابية من العد الشائع العد الوردي ، وأي طريقة أخرى تعتبر غير عادية في المعالجة بالصادات . وعلى أية حال فإن هذه المعالجة لا تعتمد على الفعل المضاد للجراثيم الذي يملكه الصاد وإنما تعتمد على تأثيرات أخرى تؤدي إلى تثبيط الالتهاب . ويتم ذلك بتثبيط الليباز وإنقاص الحموض الدسمة الحرة في مفرزات الغدد الزهمية أو عن طريق تثبيط وظيفة الكريات البيض .

**الاريترومیسین Erythromycin** : إن طيف تأثير الاريتروميسين أوسع من طيف البنسلين G ابتداءً من المكورات وانتهاءً بالمطثيات Clostridia ، والمستدميات ، والبروسيلة ، والبورديتيلا والليغيونلا Legionell ، واللا هوائيات ، والمفطورات ، والريكتيسيات والمتدثرات والوتديات . ولا يتأثر النبيت المعوي الطبيعي بالاريتروميسين . وتكمن آلية تأثيره عن طريق تثبط اصطناع البروتين الريبي الجرثومي . يتم امتصاص الاريتروميسين بعد تناوله الفموي بسرعة نسبياً . وينتشر بسرعة في النسج ويطرح عن طريق الكليتين . ويبلغ عمره النصفي ساعتين ، و ٣ - ٤ ساعات للمركبات المأسترة ، وسمية قليلة ( ركودة صفراوية ) . الجرعة العادية هي ٥٠٠ ملغ ٢ - ٤ مرات يومياً . ويسبب Erythromycin ethyl succinate ٤٠٠ ملغ أعراضاً معدية معوية أقل . وفي الأمراض الزهرية فإن الاريتروميسين هو الدواء البديل في معالجة الإفرنجي إذا كان المريض مصابا: بأرجية للبنسلين .

**زمرة الأمينوغليكوزيدات** : إن أهم أدوية هذه الزمرة والمستعملة في المعالجة الجهازية هي الجنتاميسين والسبكتينوميسين Spectinomycin ، وخاصة في معالجة السيلان المقاوم للبنسلين .

*الجنتاميسين* : يملك طيفاً مضاداً للجراثيم واسعاً ويستثنى من تأثيره : المكورات المعوية واللولبيات واللا هوائيات . وقد تحدث مقاومة في العقديات والمكورات الرئوية ، غير أنه يمكن التغلب على ذلك بالمشاركة مع الصادات الحاوية على حلقة البيتا لاكتام . ومن سيئات المعالجة بالجنتاميسين هو المجال العلاجي الضيق نتيجة السمية الكلوية والسمعية العالية للدواء ، ولهذا يجب الاحتراس أثناء الاستطباب به ، ويجب إجراء مراقبة سريرية مستمرة . أما في حال الأخماج الشديدة التي لا تستجيب لأي نوع من الصادات ، فيجب استعمال الأمينوغليكوزيدات فوراً . والاستطباب المطلق هو الإنتان الناجم عن المتعضيات سلبية الغرام . والجرعة في حال وجود وظيفة كلوية سليمة هي عادة ٨٠ - ٢٤٠ ملغ/يوم أو كحد أقصى ٣ ملغ/كغ/يوم ( يمكن استعماله حقناً عضلياً أو وريدياً ) . ومن المستحضرات المستعملة إضافة إلى الجنتاميسين هي ( Refobacin - Garamycin - Gentamycin ) Sisomicin ( Pathomycin - Extramycin ) و Dibekacin ( Oribicin ) و Amikacin ( Amikin, Biklin ) .

*سبكتينوميسين Spectinomycin* : يستخلص هذا الصاد من خلاصة مزارع Streptomyces spectabilis . وإن الاستطباب الوحيد هو السيلان البني الحاد عند مريض لديه أرج للبنسلين أو إذا كانت المتعضية مقاومة للبنسلين . ومن تأثيراته الجانبية ألم مكان الحقن ونادراً ما ينجم عنه طفح أرجي . والجرعة هي ٢ غ حقنة عضلية وحيدة . ومن المستحضرات التجارية Trobicin ، Stanilo ، Togamycine .

**الصادات الأخرى** : لن نأتي على ذكر الصادات التي نادراً ما تستخدم جهازياً في الأمراض الجلدية . وأما الصادات ذات الاستعمال المحدود بمرض معين مثل الريفامبيسين في السل والصادات المضادة للفطور مثل الأمفوتريسين ب ، والغريزوفولفين سوف تدرس في الأبحاث الخاصة بها .

**السلفوناميدات ، الكوتريموكسازول ، السلفون :**

**السلفوناميدات** : تستبدل هذه الصادات بغيرها غالباً بسبب ازدياد المقاومة وعدم التحمل . أما السلفوناميدات المصنوعة حديثاً فهي أقل سمية وأكثر قابلية للانحلال ، وهي فعالة جداً ضد المتعضيات الحساسة لها ، ويمكن إعطاءها بطريق الفم ، هذا إلى جانب أسعارها الاقتصادية المقبولة . ويعتمد تأثيرها الموقف لتكاثر الجراثيم على تثبيط اصطناع حمض الفوليك الذي يعتبر ضرورياً في استقلاب كثير من المتعضيات ويتناوله الإنسان مع الطعام ، وتؤثر السلفوناميدات على المتعضيات المتكاثرة بشكل فعال . ويختلف العدد الكبير من مستحضرات السلفوناميدات في نسبة الامتصاص ، ونسبة الإطراح ، والارتباط مع بروتين المصل ، وطيف التأثير . ويجب أن تؤخذ هذه العوامل بعين الاعتبار . ومن الشائع مقاومة العنقوديات والبنيات للسلفوناميدات .

*التأثيرات الجانبية* : وتتضمن الاضطرابات المعدية المعوية ، وتغيرات في الصيغة الدموية ، وتفاعلات جلدية أرجية وضوئية أرجية ، وخطر حدوث متلازمة لايل . أما مضادات الاستطباب فهي القصور الكلوي والكبدي الشديد ، وقلة الكريات البيض والصفيحات . ويحدث التعارض الدوائي بالمشاركة مع خافضات السكر ، ومضادات الاختلاج ، والفينيتوئين ، والميتوتركسات ( زيادة التأثير ) . وهناك خطر حدوث بيلة بلورات مع زيادة حموضة البول .

*الكوتريموكسازول* : إن المشاركة بين السلفاميتاكسازول والتري ميتوبريم ( Bactrim, Eusaprim, Septrim ) تؤدي إلى تأثيرات مثبطة لمرحلتين مختلفتين في اصطناع حمض الفوليك . وهكذا تزداد فعالية السلفوناميدات ، ومع ذلك فقد لوحظ حدوث مقاومة متزايدة . ويعتبر القرح اللين من الاستطبابات المهمة في الأمراض الزهرية . ومضادات الاستطباب هي نفسها مضادات السلفوناميدات .

**السلفون** : يعد الدي أمينو دي فنيل سلفون ( دابسون ، DDS / DADPS ) ومشتقاته فعالاً بصورة خاصة ضد المتفطرات وبالتالي فهو دواء مهم في كل أشكال الجذام . وبالإضافة إلى دور الدواء الموقف لتكاثر الجراثيم فهو يستعمل في جلادات متنوعة مثل التهاب الجلد الحلئي الشكل ، والفقاعاني الندبي ، والبثار تحت الطبقة المتقرنة ، وتقيح الجلد المواتي ، والعد المكبب . ولم تعرف آلية تأثير الدواء في هذه الحالات ، ولكن اقترح دور التأثيرات المثبطة للمناعة والمضادة للالتهاب بشكل عام . هذا وإن جرعة السلفون هي ٥٠ ــ ٢٠٠ ملغ/يوم ( دابسون فاتول Fatol ) .

*التأثيرات الجانبية* : التي لوحظت هي تغير في الصيغة الدموية ، اضطرابات معدية معوية ، التهاب أعصاب ، طفوح أرجية . ويجب أن يوجه انتباه خاص نحو تشكل الميتيموغلوبين المرتبط بالجرعة ( زراق ) ، وكذلك إلى المرضى المصابين بنقص خميرة غليكوز ٦ فوسفات دي هيدروجيناز G6PD .

**موقفات التكاثر الخلوي Cytostatics :**

تسمى المعالجات الكيماوية المختلفة المصادر والتي تثبط تكاثر الخلايا بموقفات التكاثر الخلوي . واعتماداً على طريقة تأثيرها فإن هذه الأدوية إما أن توقف ، وبشكل انتقائي ، أحد أطوار الدورة الخلوية ، أو أن تسبب اضطراباً في الإستقلاب الخلوي بآلية غير نوعية . تعد جميع موقفات التكاثر الخلوي سامة لخلايا الجسم السليمة وخاصة بالنسبة للنسج التي تتكاثر باستمرار ( مثل نقي العظام ، ظهارة الأمعاء الدقيقة ، رحم الشعرة والأنابيب الخصوية ) . وبناءً على ذلك ، يجب أن يكون استطباب إعطاء هذه الأدوية في غاية من الحذر . ويجب على الطبيب أن يكون ملماً بآلية تأثير الدواء وتأثيراته الجانبية . ويجب أن يتم اختيار الجرعة تبعاً للمريض وحسب الظروف المحيطة . وعلى المريض أن يبقى تحت مراقبة طبية مستمرة طيلة فترة المعالجة .

تقسم موقفات التكاثر الخلوي عادة حسب طريقة تأثيرها و/أو حسب أصلها . وتتلخص المستحضرات الشائعة الاستعمال في الأمراض الجلدية كما يلي :

**العوامل المؤلكلة Alkylating Agents** : إن المجموعة الفعالة من هذه العوامل تتفاعل مع الدنا DNA المؤلكل وتسبب اضطراباً في التنسج في الطور S من دورة انقسام الخلية وذلك لفترة طويلة . وتتضمن هذه الأدوية : السيكلوفوسفاميد ( Cytoxan ، Endoxan ) ، كلورامبوسيل ( Leukeran ) ، بوسلسان busulfan ( Myleran ) و melphalan ( Alkeran ) . أما استطباب إعطاء هذه الأدوية التي غالباً ما تشرك مع غيرها من المثبطات الخلوية ومع الستيروئيدات القشرية السكرية هو اللمفومات الجلدية الخبيثة ( الفطار الفطراني ) ، وداء كثرة المنسجات Histiocytosis – X ، وأمراض المناعة الذاتية مثل الفقاع الشائع ، والفقاعاني الفقاعي ، والورام الحبيبي لواغنر ، والذأب الحمامي المجموعي .

**مضادات الاستقلاب Antimetabolites** : وتقوم على تثبيط اصطناع الدنا DNA في الطور S بشكل انتقائي ، وذلك بحصر أماكن الارتباط في الاستقلاب الطبيعي مما يسبب تشكل جزئيات معيبة . تعمل الميتوتركسات ( Amethopterin )

كدواء مضـــاد لحمض الفـوليك الضروري لاصطنـاع الدنا DNA ، الذي يزاح من إنظيم دي هيدروفولات ريداكتاز Dehydrofolate reductase ، وبـذلك لا تتقـدم عمـليـة الاستقـلاب . أمـا المـيركابتـوبرين ( Purinethol ) فيتحـد كأسـاس بوريني كاذب في الدنا DNA مما يؤدي إلى إبطال فعـاليتــه . وكذلك ينتمي كل من السيتـوزين أرابينـوزيد ( Alexan ) و ٥ فـلورو يـوراسيــل إلى زمرة مضــادات الاستقـلاب . تستعمل الميتوتركسات بشكل واسع في مجال الأدواء الجلدية وخاصــة في الأدواء الفقاعية ، والتهاب الجلد والعضل ، وداء داريه ، وتستعمل بشكل محدود في الحالات الشـديدة من الصـداف والصـداف المفصـلي . ويعتـبر حمض الفوليك ( Leucovorin ) ترياقاً فعـالاً في حال زيادة جرعة الدواء .

**القـــلوانيـــات Vinca Alkaloids** :يـؤثـر الفـينكـريستــين والفينبـلاستين ( Velban ، Velbe ، Oncovin ) في الطور التـالي من الانقسـام ويعيق تشكل المغزل في هذا الانقسـام . والاستطباب هو اللمفومات الجلدية وغرن كابوزي وداء كثرة المنسجات – X .

**الصـــادات Antibiotics** : تعتـبر بعض الصــادات فعـالة كموقفـات للتكاثر الخلوي حيث تثبط اصطناع الدنا DNA أو الرنـا RNA أو البروتين بطرق مختـلفـة . وينتمي إلى هذه المجمــــــوعـــــــة Actinomycin D و Adriamycin و Bleomycin .

**موقفات التكاثر الخلوي الأخرى Other Cytostatics** : إن الأدويـــة التي تستحـــق الذكر في هـــذا المجـــال هي مـــا يـلي Procarbazine ( Natulan ) وهيـــدروكســـي يـــوريـــا ( Hydrea ) و DTIC ( Dacarbazine ) ، وهيـدروكسـي كاربـــاميـــد ( Litalis ) ، و Ifosfamide ( Holoxan ) ، وسـيس بـلاتـين ( Platinol, Platinex ) . ولم يحدد بعد وبشكل واضح كيفية تأثير هذه المستحضرات .

## كابتات المناعة :

تملك جميع الأدوية الموقفة للتكاثر الخلوي تأثيراً كابتاً للمناعة نتيجة لتأثيرها على التكاثر أو اصطناع البروتين . وتؤدي هذه الأدوية أثناء استخدامها لمعالجة الأورام إلى تأثيرات جانبية غير مرغوب بها مثل ضعف دفاع المريض ضد الأخماج وربما أدت إلى حدوث أورام خبيثـة إضــافية أو أمراض مجموعية . ومن الأمثـلة على ذلك : الســـرطـــانـة الكبـديـة بعـد المعـــالجـة بـــالميتـــوتـــركســــات ، أو اللمـفـوم الخبيث بعـد المعـالجـة بالسيكلوفوسفاميد . ومن جهة أخرى فإن كابتات المناعة يمكن أن تستخدم بنجـاح في معالجة أمراض المناعة الذاتية وبخاصـة ( مثـل الميتـوتركســـات في علاج الفقـاع Amethopterin الشــــائع ) ، والأزاتيـــوبـــرين azathioprine ( Imurek, Imuran ) حيث يعتبر دواءً فعالاً كابتاً للمناعة . وإن جرعة الأزايتوبرين في أمراض المناعة الذاتية هي ١ – ٢,٥ ملغ/كغ من الوزن يوميـاً ( عادة ١٠٠ – ١٥٠ ملغ/يوم ) . وهنـاك انخفـاض مـلحـوظ بالجرعة عند المشـاركة مع الألوبورينول Allopurinol ( Zyloric, Zyloprim ) . وكذلك فـــإن للستيروئيدات القشـرية السكرية دوراً كابتـاً للمناعة أيضـاً . ويجب دوماً الأخذ بعين الاعتبار المشاركة بين الستيروئيدات القشرية السكرية والأزاتيوبرين أو الأميتوبترين لأن ذلك يسمح بتخفيضٍ في جرعة كلا الدوائين وبالتـالي إنقـاص التـأثيرات الجانبية .

**السيكلوسبورين Sandimmune** : إن السيكلوسبورين عبارة عن عديد ببتيدي حلقي مؤلف من ١١ حمض أميني مشتق من الفطـور الجـلديـة الشـعـروية عديدة الأبواغ Trichoderma polysporum . وقد ذكر دوره في الوقاية من رفض الأعضاء أو نقي العظـام المزروع وكذلك في الوقـاية ومعـالجة رفض المضيف للطعوم . وهنالك تجارب على إعطاء السيكلوسبورين في حالات الصداف الشديد وأمراض المناعة الذاتية .

### الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية :

إن أقدم الأدوية المضـادة للالتهاب وأكثرها استعمالاً هي حمض الأستيـل سـاليسيـليك ( aspirin ) ، وهي ذات فعل مشـــابه للأدوية الحديثـة مثـل الإندوميتـاســين ( Indocin, Amuno ) ، فهي تثبط الإنظيم سيكلو أوكسيجيناز وبالتالي تثبط اصطناع البروستاغلاندين . وكذلك فإن مركبات الفنيل بوتازون ( Perclusone, Butazolidin, Tanderil ) مضادة للبروستاغلاندين ، ولكنها سحبت من الأسواق في عديد من البلدان . وتتعارض مضادات الالتهاب مع مشتقات الكومارين حيث يزداد تأثير الكومارين المضاد للتخثر .

*مضادات الاستطباب :* وتشمل الاضطرابات النزفية والقرحات المعـديـة واضطرابات الأســابيع الأخيرة من الحمـل . وينبغي الانتباه إلى إمكانية حدوث تغيرات في الصيغة الدموية ، أو ندرة المحببات ، أو الأذية الكبدية والكلوية التالية لإستعمال مركبات الفنيل بوتازون وقد ورد ذكر الأدوية الأخرى المضادة للالتهاب المستعمـلة في طب الجلد ، والتي تؤثر بآلية غير واضحة ، في فصـــول أخرى من هـذا الكتـــاب ، مثـــل : الســــلفـون ( الدابســـون ) ، الكـــلوروكين ( Resochin, Aralen ) ، هيــــدروكســــي كلوروكين ( Quensyl, Plaquenil ) ، ثاليدوميد ، أملاح الذهب ، البنسيـلامين ( Metalcaptase,

( Trolovol, Cuprimine ) والكلوفازيمين ( Lampren ) .

## مضادات الهيستامين :

تؤثر مضادات الهيستامين بشكل تنافسي على مستقبلات $H_1$ في الأوعية الدموية والعضلات الملساء وذلك بسبب التشابه الجزيئي مع الهيستامين . وتعتبر هذه الأدوية فعالة عن طريق الفم ، إلا أنه تتوفر مستحضرات وريدية وعضلية للاستعمال الإسعافي . وتستطب في الأدواء الجلدية الأرجية والحاكة ، وخاصة التهاب الجلد الأرجي بالتماس ، والشرى ، والإكزيمة ، بالإضافة إلى أشكال أخرى من التأتب مثل حمى العلف والربو القصبي الأرجي .

أما التأثيرات الجانبية فقليلة الأهمية . ولعل أهمها هو التأثير المركن لمختلف المنتجات والذي يختلف تبعاً للدواء والمريض فهي تؤثر على وعي المريض أثناء قيادة السيارة في أماكن مزدحمة ، أو العمل بآلات دقيقة على نحو يصعب التنبؤ به ، وخاصة عند تشارك استعمال الدواء مع الكحول أو الأدوية النفسية . إضافة لذلك ، تعرف هذه الأدوية بتأثيرات مضادة للفعل الكوليـنرجي ، ومضادة للفعل الأدرينالي ، ومضادة للسيروتونين . وهذا يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات عكوسة من جفاف فم ، واضطرابات في الرؤية ، وهبوط توتر شرياني واضطرابات في التبول ونقص في القوة . ولا يمكن توقع ظهور تأثير مضاد للأرج إلا بالجرعات العالية للدواء نسبياً والتي تصل إلى عتبة ظهور التأثيرات الجانبية . وعلى أي حال ، فإن التأثير المضاد للحكة الذي يملكه الدواء يمكن أن يفيد عند إعطاء الدواء بجرعات منخفضة . وقد تم حديثاً تطوير أدوية مضادة للهيستامين ترتبط بشكل أكبر مع مستقبلات الهيستامين ( Doxepin ) ومضادات هيستامين بطيئة الإطراح وذات تأثير مركن قليل جداً ، وذلك بسبب فشلها في عبور الحاجز الوعائي الدماغي ( Astemizole ، Terfenadine ) أما تأثيراتها الجانبية فهي قليلة . ويجب على الطبيب أن يكون ملماً بهذه الأدوية لأن تأثيرها يختلف عن الأدوية السابقة . وقد تكون لمضادات الهيستامين القديمة فعالية أكبر في كثير من التفاعلات الالتهابية ، وذلك بسبب تأثير طيفها الواسع .

ويجب على الطبيب أن يعرف بشكل جيد كل دواء من كل صنف من الأدوية المضادة للهيستامين . وعندما يتطلب الأمر تغيير الدواء ، يكون من الملائم أن نختار دواءً ينتمي إلى فئة أخرى من مضادات الهيستامين . إن معرفة العمر النصفي للدواء مفيدة في حالات مثل الشرى المزمن والتأتب حيث يتطلب الوضع وجود مستويات محددة من الدواء المضاد للهيستامين في النسج الجلدية ، وخاصة في الليل . وتملك الأدوية الحديثة عادة عمراً نصفياً أطول ولذلك يمكن أن تستعمل بفعالية أكبر لهذه الغاية . هذا وقد يكون بعض المرضى ذوي حساسية للتارترازين tartrazine أو للصباغ الأصفر F.D.C. No. 5 . وعندها قد نحتاج لاستعمال مضادات الهيستامين بشكل حبوب بيضاء ( Periactin ، Actidil ، Tavist ، Phenergan ، Merazine ) .

إن المستحضر الذي يملك تأثيراً مركناً ملحوظاً هو البروميثازين Promethazine ( Phenergan, Atosil ) ويتناقص هذا التأثير باستعمال Diphenhydramine ( Benadryl ) و Clemastine ( Tavist , Tavegil ) والأدوية غير المركنة هي Terfenadine ( Teldane, Seldane ) و Astemizole ( Hismanal ) .

الجدول ٦٨ ـ ٢ : مضادات الهيستامين

| الزمرة | الاسم العلمي | الاسم التجاري | أسماء أخرى |
|---|---|---|---|
| Ethanol-amine | Diphenhydr-amine | Benadryl | Ambenyl, Clistin, Tavist, Decapryn, Dramamine, Hispril |
| Ethylene-diamine | Tripelennanine | Pyribenz-amine | Histadyl |
| Hydroxyzine | Hydroxyzine HCl<br>Hydroxyzine pamoate | Atarax<br>Vistaril | |
| Alkylamine | Chlorphenir-amine | Chlor-trimeton | Forhistal<br>Triten<br>Actidil |
| | Bromphenir-amine maleate | Dimetane | Ilvin |
| | Dexchlorphenir-amine maleate | Polar-amine | Polaronil |
| Pheno-thiazine | Promethazine<br>Trimeprazine tartrate<br>Methdilazine | Phener-gan<br>Temaril<br>Tacaryl | Atosil |
| Piperidine | Cyproheptadine<br>Azatadine maleate | Periactin<br>Optimine | Periactinol |
| Piperazine | Chlorcyclizine<br>Cyclizine<br>Buclizine<br>Meclizine | Mantadil<br>Marezine<br>Bucladin<br>Antivert | <br><br>Posdel |
| Nonsedating | Terfenadine<br>Astemizole<br>Mequitazine | Seldanc<br>Hismanal<br>Meta-plexan | Teldane |
| | Loratidine<br>Cetirizine | Lisino<br>Zyrtec | |
| Psychothera-peutic drugs | Doxepin | Sinequan<br>Adapin | Aponal |
| Thio-guanidine ($H_2$ blocking agents) | Cimetidine<br>Ranitidine | Tagamet<br>Zantac | <br>Sostril, Zantic |

وقد أعطى الاستعمال المشترك لمضادات الهيستامين الحاصرة للمستقبلات $H_1$ و $H_2$ استجابة أفضل في بعض حالات الشرى المزمن من استعمال دواء بمفرده. وكذلك فإن مشاركة مضادات الهيستامين مع الإيفيدرين ephedrine وحمض النيكوتين Nicotinic Acid و Ketotifen قد أعطي نتائج أفضل.

**مضادات الملاريا ( البرداء ) :**

يملك الكلوروكين ( Resochin, Aralen ) وهيدروكسي كلوروكين ( Quensyl, Plaquenil ) تأثيراً مثبتاً على الليزوزومات ( الجسيمات الحالة ) وهي أدوية مضادة للالتهاب أيضاً. واستطباباتها في طب الجلد هي الذأب الحمامي وخاصة الشكل القريصي، والأدواء الجلدية الضيائية، وبمقادير منخفضة جداً في بعض أشكال البرفيرية وخاصة البرفيرية الجلدية الآجلة. وتختلف الجرعة المعطاة تبعاً للمرض. وقد ذكرت التأثيرات الجانبية ومضادات الاستطباب في بحث معالجة الذأب الحمامي القريصي المزمن ( بحث الذأب الحمامي ). ويمكن تجنب حدوث اعتلال شبكية إذا لم تتجاوز الجرعة اليومية للدواء ٢٥٠ ملغ للكلوروكين و ٤٠٠ ملغ للهيدروكسي كلوروكين. ويجب إجراء فحص عيني دوري كل ٤ – ٦ أشهر.

**الرتينوئيدات Retinoids :**

وتشتق كيماوياً من فيتامين آ Vit A و Vit A الحامضي، ولكن تتميز بأن لها نسبة علاجية محددة. وتقع هذه النسبة بين الجرعة العلاجية المطلوبة والجرعة السمية المترافقة مع أعراض فرط الفيتامين. ويوجد في الوقت الحالي مستحضران للاستعمال الجهازي في الأدواء الجلدية، وهما: إترتينيات الريتينوئيد العطرية Aromatic retinoid etertinate و ١٣ سيز حمض الريتينيوئيك ( إيزوتري تينون Isotretinoin ) 13 – cis – retinoic acid.

**الاتريتينات Tegison, Tigason :**

**الاستطباب**: الأشكال الشديدة من الصداف المعندة على العلاج، وخاصة الأحمرية الصدافية، والصداف البثري المعمم، والصداف الراحي الأخمصي، والصداف المفصلي، وإن المشاركة مع معالجة موضعية أخرى ( الأنترالين والستيروئيدات القشرية )، أو مع المعالجة الكيماوية الضوئية ( PUVA )، أو مع المعالجة الضوئية UVB تعطي تأثيراً فعالاً. وكذلك يمكن أن نحصل على نتائج مرضية في علاج اضطرابات التقرن الأخرى بما فيها السماك ( السماك الشائع، والسماك المرتبط بالجنس، والأحمرية السماكية الشكل الوراثية )، وأدواء التقران الراحي الأخمصي، وداء داريه، والنخالية الحمراء الشعرية، والحزاز المسطح، وخاصة الحزاز المسطح على الأغشية المخاطية، الطلوان الفموي.

**الجرعة**: إن الجرعة البدئية التي ينصح بها هي ٠,٦ – ١ ملغ/كغ من وزن الشخص يومياً. وتعطى بمقادير مجزأة وكحد أقصى ٧٥ ملغ. وقد يكون ضرورياً إعطاء ١,٥ ملغ/كغ/يوم كحد أقصى في بعض الحالات. وعندما نحصل على النتيجة الموجودة، أو إذا ظهرت تأثيرات جانبية، يجب أن تُخفَض الجرعة إلى جرعة داعمة بمقدار ٠,٣ – ٠,٧٥ ملغ/كغ/يوم. ويكون ذلك عادة بعد ٤ – ١٦ أسبوع من المعالجة. ويجب أن توقف معالجة مرضى الصداف الذين شفيت آفاتهم بشكل مرضٍ. ويمكن أن يعالج النكس كالمعالجة البدئية ولكن لفترات أقصر.

هذا ويجب عدم استمرار إعطاء العلاج إذا لم يحصل تحسن خلال ٤ أسابيع، أو إذا ساءت الحالة، أو إذا استمر وجود تأثيرات جانبية شديدة على الرغم من تخفيض الجرعة أو إذا أظهرت الفحوص المخبرية وجود مقادير نسجية مرتفعة من الدواء، أو إذا حدثت حالة عارضة شديدة.

**التأثيرات الجانبية**: تعتبر التأثيرات الجانبية التالية مرتبطة بالجرعة وعكوسة وهي أعراض نموذجية لفرط الفيتامين A: جفاف الأغشية المخاطية والجلد والملحقات والتهابها وتقشرها، التهاب شفة جاف وأحياناً مع تشققات، جفاف فم، التهاب أنف جاف، وأحياناً التهاب ملتحمة، توسف راحي أخمصي، حَبَر، التهاب ما حول الظفر، الحاصة في طور النفحة ( ٢ – ٤ أشهر بعد بداية المعالجة ). ومن التأثيرات الجانبية الأقل شيوعاً: صداع، عطش، فرط تعظم، تعرق زائد وعرواءات. ومن جهة أخرى فإن التحمل المعدي المعوي جيد. وقد تحصل تغيرات مخبرية، لذلك يجب مراقبة الصيغة الدموية، الدسم الدموية ( الكولسترول والتري غليسيريد )، الترانساميناز والبيليروبين. ويجب أن يراقب المرضى المصابون باضطراب في استقلاب الدسم من منشأ وراثي بشكل جيد. ويمكن أن يرتفع الكولسترول والتري غليسريد بسرعة إلى مقادير عالية، وتنخفض ببطء حتى بعد انتهاء العلاج، ويمكن أن تسبب صفرومات جلدية.

**التآثر الدوائي**: يجب تجنب إعطاء Vit A والريتينوئيدات الأخرى والتتراسكلين بشكل متواقت. هذا وتخفض الاتريتينات ارتباط الفينيتوئين مع بروتين المصل.

**مضادات الإستطباب**: يجب عدم استعمال الريتنوئيدات

العطرية أثناء الحمل مهما كانت الظروف بسبب تأثيره الماسخ للجنين . ويجب أخذ موافقة خطية من المريضة قبل المعالجة ، بالإضافة إلى أن تفاعل الحمل يجب أن يكون سلبياً قبل أسبوعين من بدء العلاج . وإذا حدث الحمل أثناء المعالجة فيجب إنهاؤه . ويجب عدم إعطاء الدواء للنساء في سن النشاط التناسلي إلا عندما يستعملن مانعات حمل موثوق بها . ويجب الاستمرار باستعمال مانعات الحمل لفترة ٢٤ شهراً بعد انتهاء المعالجة ، وذلك بسبب الإطراح البطيء جداً للريتينوئيدات العطرية وإمكانية حدوث التأثير الماسخ .

ويجب عدم إعطاء الدواء للمرضى الذين يرتدون عدسات لاصقة إلا إذا استبدلوها بنظارات طبية طيلة فترة المعالجة . ومضادات الاستطباب الأخرى هي الأذية الكبدية والكلوية . وإن استعمال الدواء عند الأطفال والشبان صغار السن محدود في الحالات الشديدة فقط .

**إيـزوتـريتـيـنـوئـين (Accutane, Roaccutan) : Isotretinoin**

**الاستطباب** : الأشكال الشديدة من العد أو الأشكال المعندة على العلاج ، العد الكيسي المعند الشديد ، العد المكبب ، العد الصاعق ، العد الجاسيء ، تقيح جلد الوجه ، التهاب الجريبات بسلبيات الغرام ، العد الوردي البثري الشديد ، العد الوردي المكبب ، العد الوردي الصاعق . وتستجيب فيمة الأنف عادة بشكل جيد للإيزوتريتينون . وآلية التأثير عبارة عن تأثير مضاد للإلتهاب ؛ ولكن يوجد أيضاً تثبيط في اصطناع الزهم وتصغير في حجم فصوص الغدد الزهمية إلى حوالي ١٠٪ من حجمها الأصلي . وكذلك يمكن أن يجرب استعمال الإيزوتريتينوئين Isotretinoin في اضطرابات التقرن ( مثل : داء داريه ) والحزاز المسطح .

**الجرعة** : الجرعة البدئية هي عادة ٠,٥ ملغ/كغ/يوم لمدة ٤ أسابيع ، ويمكن أن نزيد الجرعة إلى ١ - ٢ ملغ/كغ/يوم إذا لم نحصل على الاستجابة المرجوّة . وتكون الجرعات المنخفضة ٠,٢ - ٠,٥ ملغ/كغ/يوم ملائمة أحياناً . وتعتمد مدة المعالجة على الموجودات البيئية وعلى استجابة المريض ، تتراوح بين ١٢ - ٢٠ أسبوعاً . وفي الحالات الشديدة مثل العد الصاعق تكون الجرعة البدئية ١ ملغ/كغ/يوم . ويجب تخفيض الجرعة إذا ظهرت تأثيرات جانبية .

**التأثيرات الجانبية** : مماثلة للاتريتينات ولكن لا يوجد ضياع أشعار .

**التـآثر الدوائي** : يجب تجنب إشـراك الإيـزوتـريتـينـوئـين Isotretinoin مع Vit A أو غيره من الريتنوئيدات . ويجب تجنب التعرض للأشعة فوق البنفسجية أثناء المعالجة .

**مضـادات الاستطباب** : ما ينطبق على الرتينوئيدات والحمل ينطبق هنا . أي أن الحمل هو مضـاد استطباب مطلق . وإذا حدث الحمل أثناء المعالجة فذلك استطباب مطلق للإجهاض . وبما أن المستحضر لا يختزن بـالجسـم لفـترة طويلة فإن من الضروري الاستمرار باستعمـال مانعـات الحمل لمدة أقلها ٤ أسـابيع بعد انتهاء المعالجة بالإيزوتريتينوئين . ويجب أن نحصل على موافقة خطية من المريضة وأن يكون تفاعل الحمل سلبياً قبل أسبوعين من بدء المعالجة . ويجب عدم استعمال الدواء عند المرضى الذين يضعون عدسات لاصقة أو أن تستبدل بنظارات طبية طيلة فترة العلاج . وتعتبر الأمراض الكبدية أو الكلوية من مضادات الاستطباب أيضاً .

**المستحضرات الصيدلانية النفسية :**

تمثل هذه المستحضرات مجموعة مختلفة كيماوياً من الأدوية ذات التـأثيرات النفسيـة . وبالإضـافة إلى تأثيرها على الوظيفة النفسيـة فإن التـأثيرات الجانبيـة من وجهة نظر الطب النفسي ( مثـل : التأثير المسكن والمضـاد للحكة والمضـاد للهيستامين والمركن المنوم والتأثير الودي ونظير الودي ) تعتبر فعالة بشكل خاص في معالجة بعض الاضطرابات الجلدية .

**الاستطباب** : قبل البدء باستعمال الأدوية النفسية يجب التأكد من أن الأعـراض الجـلديـة هي من منشـأ نفسـي ( الجدول ٦٨ - ٣ ) . فقد تشاهد تظاهرات نفسية جسمية في الأدواء الجلدية وهنا تستطب المعالجة النفسية أولاً . وقد تكون المعالجة العرضيـة بالأدوية النفسيـة مسـاعدة للغـاية . ومن الأمثـلة : حالات التـأتب ( الإكزيمة التـأتبية ، التهاب الأنف الأرجي ، الربو القصبي الأرجي ) . الصداف الشائع ، الشرى المفتعل ، وأشكال مختلفة من الشرى المزمن ، الحكّة ، الجلادات المفتعلة ، الرهابات وهوس نتف الأشعار .

قد تترافق الأدواء النفسية مع أعراض جلدية . ومن الأمثلة : تـوهـم وجـود مـرض جـلدي ، رهـاب الإفرنجي ، رهـاب السرطان ، علائم حكة جسدية ، الألم اللساني أو هوس نتف الأشعار .

يمكن أن تتظـاهر الأعراض الجسمية النفسية كفرط تعرق مترافق مع الإكزيمة ، احمرار الوجه ، كتوبية الجلد أو الحكة . ويمكن أن تختفي الأدواء العصبية النفسية وراء فرط التعرق ، احمرار الوجه وعملياً وراء أي أعراض مجموعية أخرى .

قد تكون الأعراض النفسية التفاعلية ثانوية للأدواء الجلدية ومثال على ذلك : الكآبة عند مرضى الأدواء الجلدية المشوهة

( الصداف الشائع ، العد المكبب ) ، ومرضى الأورام الخبيثة أو الأمراض المجموعية . وعدم الارتياح والعصبية والأرق في الأدواء الجلدية المخرشة . وهنا يكون للمستحضرات الصيدلانية النفسية تأثير كبير ، وخاصة كدواء داعم للمعالجة الجلدية النوعية .

يوجد ثلاث مجموعات من المستحضرات النفسية مفيدة في الأدواء الجلدية : المهدئات Tranquilizers ومضادات الذهان Neuroleplics ومضادات الكآبة Antidepressants . أما المهلسات والمهيجات النفسية والأدوية العصبية النفسية كالمنومات والمركنات والمسكنات فلن نتطرق لذكرها .

**المهدئات** : Tranquilizers ( Anxiolytics, Ataractics ) . تؤدي هذه الأدوية إلى إراحة المريض ، وتساعد على التخلص من القلق ، ولها تأثير مركن . تتحسن القدرة على النوم ولكن دون غياب الوعي ( كما يحدث من جراء تناول المنومات ) حتى ولو كانت الجرعات عالية . وليس لها تأثير مضاد للكآبة أو مضاد للذهان وعلى أي حال فهذه الأدوية تؤدي إلى تغير في الشخصية .

**الاستطباب** : جميع الحالات التي تترافق مع عدم الراحة ، بما فيها الأوهام السوداوية الخفيفة ، واضطرابات النوم ، والأرق الناجم عن التخريش وعن الألم أو عن أحدهما . وكذلك في المتلازمة النفسية الإنباتية المترافقة بفرط تعرق وغيرها من اضطرابات الوظائف الإنباتية والشرى المفتعل والإكزيمة التأتبية .

**المستحضرات التجارية** : وتتضمن أقدم المهدئات المعروفة وهي الميبروباميتات Meprobamate ( Miltown, Equamil, Equagesic ) ٠,٤ – ١ ملغ/يوم ، ومشتقات البنزوديازين العديدة . وإليك الأدوية التي يجدر بنا أن نذكرها في هذا المقام : Chlordiazepoxide ( Librium ٣٠ ملغ/يوم ) ، Diazepam ( Valium ، في المرضى الخارجيين ٥ ملغ ٢ – ٣ مرات يومياً ، أما في مرضى المشافي فيمكن استعمال ٣٠ – ٦٠ ملغ/يوم كحد أقصى . ويكون البدء بجرعة منخفضة عند المسنين ) ، Oxazepam ( Adumbran, Serax, Praxiten ١٠ – ٢٠ ملغ وكحد أقصى ٣٠ ملغ/يوم ) ، benzodiazepine ( Tranxillium ١٥ – ٣٠ ملغ/يوم ) ، Lorazepam ( Ativan ، Tavor ٣ ملغ/يوم ) . ويتحلى البرومازيبان Bromazepan ( Lexotanil ٣ – ٦ ملغ مساءً ) ، والأوبيبرامول Opipramol ( Insidon ٥٠ ملغ ١ – ٣ مرات يومياً ) بأن لهما تأثيراً مضاداً للكآبة إلى جانب تأثيرهما المهدىء . أما مشتقات Nitrazepam ( Mogadon ) و Flurazepam ( Dalmadorm ) فتستعمل كمخدر فقط .

**التأثيرات الجانبية** : وقد يكون أهمها التركين وبالتالي نقص القدرة على قيادة السيارات في أماكن الازدحام ، الدوار ، الارتخاء العضلي ، نقص الكرع ( الرغبة الجنسية ) ، وأحياناً طفوح أرجية ( بما فيها التهاب الأوعية الأرجي أو الفرفرية المزمنة المترقية ) . ومن الممكن حدوث اعتياد ( إدمان ) على الدواء .

**التآثر الدوائي** : إن المشاركة مع الأدوية المُخمِّدة المركزية والكحول – أحدهما أو كلاهما – يؤدي إلى زيادة التأثير المتبادل بشكل لا يمكن التنبؤ به .

**مضادات الذهان Neuroleptics** : تقلل هذه الأدوية من المعاناة النفسية ، والعنف ، والحالات العاطفية والعدوانية . حيث يصبح المرضى الثائرون هادئين . إن مضادات العصاب لها تأثيرات مختلفة عن المهدئات ولذلك فهي تتطلب وجود استطباب أقوى ومراقبة مستمرة .

**المستحضرات التجارية** : مشتقات الفينوتيازين مثل : الكلوبرومازين ( Megaphen, Thorazine ) ، ليفومه برومازين ( Neurocil ) ، تري فلوبرومازين ( Psyquil, Stellazine ) ، والثيوريدازين ( Mellaril, Melleril ) ، ومشتقات الثيوكزانتين thioxanthene مثل Chlorprothixen ( Taractan ، Truxal ) وغير ذلك من المستحضرات مثل الهالوبيردول Haloperidol ( Haldol ) . هذا وإن بعض مضادات الذهان فعالة أيضاً كمضادات إقياء ، ولها فائدة التحضير للتبنيج أيضاً .

**مضادات الكآبة Antidepressants** : وتعطى بشكل رئيسي في الكآبة الداخلية المنشأ ، ولكن يمكن أن تكون ذات فائدة كمعالجة مساعدة في الكآبة التفاعلية والعصبية . ويجب أن نفكر بوصف هذه الأدوية إذا وجد اثنان على الأقل من الأعراض التالية :

- مزاج سوداوي داخلي المنشأ ( غير مفسر ) أو تفاعلي ( له سبب واضح ) .
- نقص في التفاعل مع المحيط ، عدم القدرة على التركيز ، القلق أو عدم الراحة والهياج .
- اضطرابات حيوية مثل الشعور بالضغط والتوتر في مناطق معينة من الجسم .
- الاختلاف اليومي في الأعراض التي ذكرت ، وغالباً ما يطرأ تحسن في المساء .
- النوم المضطرب كالاستيقاظ الباكر مع فقد القدرة على العودة للنوم بعدها .

**الجدول ٦٨ ـ ٣ : المتلازمات النفسية الشائعة الحدوث في طب الجلد وعدد من المستحضرات الصيدلانية النفسية المستطبة**

| المتلازمة النفسية | أمثلة عن الأعراض الجلدية | التأثير المطلوب | الزمرة الدوائية | أمثلة عن المستحضرات التجارية |
|---|---|---|---|---|
| المتلازمة الاكتئابية<br>ـ المزاج السوداوي<br>ـ نقص الدافع<br>ـ هياج واضطرابات النوم | ـ التشوهات بعد الأمراض الجلدية المزمنة ، الصداف ، الأمراض الجهازية ، الخباثات ، الألم اللساني بعد سن اليأس | أكثر تهدئة | مضادات الكآبة : زمرة Amitriptyline | Elavil, Limbitrol, Laroxyl, Saroten |
| | | أكثر تحريضاً | زمرة Imipramine | Tofranil, Anafranil, Aponal |
| | | أكثر إثارة | زمرة Desipramine | Pamelor, Pertofran, Notrilen |
| متلازمة المُرَاق ، الرهاب مع كآبة ، العصاب ، الانهيار | رهاب الإفرنجي ، رهاب الحيوانات ، الحكة دون سبب | مهدىء ومضاد للقلق | مهدئات ، مضادات كآبة ذات تأثير مهدىء | Valium, Librium, Ativan, Tavor, Tranxilium, Insidon, Limbatril |
| المتلازمة الزورانية أفكار توهمية دون سبب | توهم مرض جلدي ، هوس نتف الأشعار ، رهاب الإفرنجي أو السرطان | مضاد ذهان ومهدىء خفيف | مضادات الذهان | Haldol, triperidol, Pimozide |
| | | مهدىء قوي | | Taxilan, Neurocil |
| اضطرابات النوم عضوية ، نفسية المنشأ ، بسبب محرشات مختلفة مثل الحكة ، مع ذهان | حكة ، آلام | تدبير صعوبة النوم | Hemineurin ( وأحياناً الكافئين ) | Distraneurin. (coffeine 0.05 – 0.1) |
| | | تدبير النوم المتقطع | كلورال هيدرات ، بارا ألدهيد ، مضادات الذهان | Chloraldurat, Haldol, Doriden |
| | | تدبير صعوبة النوم مع نوم متقطع | مهدئات | Valium, Mogadon, Mogadan, Dalmadorn |

| المتلازمة النفسية | أمثلة عن الأعراض الجلدية | التأثير المطلوب | الزمرة الدوائية | أمثلة عن المستحضرات التجارية |
|---|---|---|---|---|
| المتلازمة النفسية الإنباتية اضطراب في الجهاز العصبي المستقل ، خاصة في الجهاز القلبي ، الدوراني ، والهضمي ، والجهاز البولي التناسلي والجلد | فرط التعرق ، الشرى المفتعل ، الإكزيمة التأتبية | مُقر ( مثبت ) عموماً<br>حال للودي<br>حال لنظير الودي | مهدئات<br>حاصرات B مهدئات ، مهدئات ، مركبات الأرغوت القلوية | Librium, Insidon, Limbatril<br>Librium Dociton<br>Librax, Bellergal |
| الاضطرابات الجنسية | القذف المبكر | إنقاص الرغبة والقدرة الجنسية ، حال ودي ونظير ودي | المهدئات | Melloril, Melleril, Librium |
| | فرط الرغبة الجنسية | إنقاص الرغبة والقدرة الجنسية ، تحديد الخصوبة | مضادات الأندروجين ، أسيتات السيبروتيرون | Androcur |
| | العنانة | زيادة الرغبة والقدرة الجنسية | الأندروجينات ، واليوهيمبين Yohimbine | Proviron, Tonol |
| الحالات النهائية الاكتئاب ، القلق ، الذعر ، الهياج | الأدواء السرطانية ، الأدواء الفقاعية الشديدة ، أدواء الكولاجين | مضادات الكآبة | مضادات الكآبة | Elavil, Triavil, Laroxyl, Saroten |
| | | حال للقلق | المهدئات | Tavor, Ativan, Tranxilium |
| | | مركن قوي | مضادات الذهان | Mellaril, Melleril, Taractan, Neurocil |

وفي مثل هذه الحالات تدعو الحاجة إلى الاستعانة بالطبيب النفساني .

**المستحضرات التجارية** : تنتمي أكثر المستحضرات أهمية إلى ما يسمى مضادات الكآبة ثلاثية الحلقة . إن التأثير الذي يحسّن المزاج يكون واضحاً عند استعمال الإميبرامين Imipramine ( Tofranil ) في المرضى الخارجيين بمقدار ٢٥ – ١٠٠ ملغ/يوم بدئياً ويمكن زيادتها ( ٢٠٠ ملغ/يوم ثم تخفيضها تدريجياً ( ٥٠ – ١٥٠ ملغ/يوم ) ، Elomipramine ( Anafril ٢٠ – ١٥٠ ملغ/يوم ) . ومن المستحضرات التي تتحلى بإثارة أكبر هي : Desimipramine ( Pertofrane ، Norpramine ) ، و Nortryptiline ( Pamelor ، Nortrilen ) ، و Protryptiline ( Vivactil ، Maximed ) . أما الأدوية التالية فهي مضادات كآبة ومخفضة للتأثير النفسي الحركي : Amitryptiline ( Elavil ، Limbitrol ، Triavil ، Laroxyl ، Saroten ، Tryptizol ) ، و Doxepin ( Adapin ، Aponal ، Sinequan ، Sinquan ) .

# الفصل التاسع والستون

## المعالجة الفيزيائية

## Physical Treatment

د . عبد الحكيم عبد المعطي

تتوفر اليوم خبرة كبيرة في معالجة الآفات الجلدية بالبرودة ، والحرارة ، والكهرباء ، والضوء ، وفائق الصوت Ultrasound ، والإشعاع المُؤيِّن Ionizing radiation . ومع ذلك فقد يكون من الضروري اتباع دورات تدريبية خاصة لاكتساب خبرات عملية في استخدام الطرائق العلاجية السابقة بالشكل الملائم من أجل الحصول على نتائج علاجية جيدة .

### البرودة Cold :

#### الرفادات الباردة Cold Compresses :

نادراً ما تُستخدم الرفادات الكحولية ٢٠٪ – ٣٠٪ ( إيتانول Ethanol ) . ويعد تطبيق اللبائخ ( الكمادات ) Poultices المبللة بماء الحنفية البارد على الربلة و/أو الساعد ثلاث مرات كل ١٠ دقائق ملائماً جداً لتخفيض الحرارة .

#### كيس الثلج Ice Pack :

يُستخدم هذا الكيس في حالات الرضوح ، والتورمات التالية للجراحة ، والوذمات الالتهابية ( لسعات النحل أو الزنبور ) ، وفي المعالجة الباكرة للحروق . كما يمكن بواسطة كيس الثلج الإقلال من فقدان الأشعار الناتج عن المعالجة الكيميائية المتعددة ( خاصة الأدريا ميسين Adriamycin ) ، وذلك إذا ما طُبق على الفروة أثناء نصف الساعة الأولى من التسريب الدوائي ( Soukop ١٩٧٨ ) . هذا ويجب توخي الحذر التام عند تطبيق أكياس الثلج على الناحية التناسلية خاصة بالقرب من الخصيتين .

#### ثلج ثاني أكسيد الكربون(*) Carbon Dioxide Snow :

قلّ اللجوء إلى تجميد الآفات الجلدية بثاني أكسيد الكربون الصلب في الآونة الأخيرة . تتوقف درجة التفاعل الالتهابي الناجم عن عملية التجميد على شدة ومدة الضغط المطبق على الآفة الجلدية . فإذا طُبق الثلج الكربوني مدة ٦ – ١٠ ثوان ، نتجت لويحة متجمدة بيضاء يتلوها احمرار التهابي وتورم ؛ وإذا طُبق مدة ١٥ – ٢٠ ثانية ، تشكلت النفطة Blister ؛ وإذا طُبق مدة ٤٠ – ٦٠ ثانية ، فقد يحدث النخر مع زوال الصباغ .

(*) يدعى أيضاً : الثلج الكربوني ، ثاني أكسيد الكربون الصلب أو الجليدي ، الثلج الجاف ( المترجم ) .

#### ثلج ثاني أكسيد الكربون الممزوج مع الأسيتون Carbon Dioxide – Acetone Snow :

يُمزج ثلج ثاني أكسيد الكربون مع الأسيتون ، وتُدلك به الآفة الجلدية لفترة قصيرة بواسطة ماسحة قطنية Cotton swab . يقل تأثير البرودة في هذه الطريقة عن الطريقة السابقة ( استعمال ثلج ثاني أكسيد الكربون وحده ) .

**الاستطبابات** : الذأب الحمامي القريصي ، والعقيدات الالتهابية في العد أو العد الوردي .

#### الآزوت السائل Liquid Nitrogen :

يمكن تطبيق الآزوت السائل مباشرة على الآفة الجلدية . فتُغمس ماسحة قطنية Cotton swab في قارورة دُيَوار Dewar flask مملوءة بالآزوت السائل ، وتُطبق على الآفة الجلدية مع ضغطها ضغطاً خفيفاً . يتراوح زمن التطبيق بين ٣ – ٥٠ ثانية ، ويتوقف ذلك على درجة التفاعل المرغوب به ، كما يتوقف على الناحية الجلدية المصابة ( ظهر اليد ، أو باطن الإصبع ، أو الراحة ، أو الأخمص ) ، ويتوقف على عمر المريض أيضاً . تظهر النفطة Blister بعد يوم إلى يومين من تطبيق الآزوت السائل رافعة الآفة نحو الأعلى . يحدث هذا النخر القري Cryonecrosis بدرجة حرارة تقدر بحوالي – ٢٥ درجة مئوية .

تسمح أجهزة الآزوت السائل الحديثة برذ الآزوت فوق الآفة الجلدية ، ومع ذلك فإن الطريقة المفضلة في الوقت الحاضر لعلاج الآفات الجلدية بالآزوت السائل هي تبريد سطح الجلد بشكل غير مباشر عن طريق جهاز مغلق . في هذا الجهاز ينساب الآزوت السائل من حاوية خاصة عبر أنبوب إلى مِطْبَاق معدني Applicator ، ويبقى الإناء مملوءاً عادة بالآزوت السائل مدة ٨ – ٣٦ ساعة وذلك تبعاً لحجم الإناء . هذا ويتوفر المطباق المعدني بأشكال مختلفة ؛ فهناك القرص ، والأسطوانة ، والكرة ، والقلم ، ولكل شكل استعمالاته . تتوفر هذه الأجهزة تجارياً ، ومثال ذلك الجهازان Cry – Ac و Cry – owen ؛ إنتاج شركة Alconphama ، والجهاز C – 76 ؛ إنتاج شركة Frigitronics . هذا ولمعالجة الأورام الكبيرة الحجم مثل سرطانات الخلية القاعدية ، فإنه يجب تجميد كامل الكتلة الورمية مع مسافة جلدية إضافية تُقدر بنحو ( ٥ ملم ) على الأقل تُعتبر كهامش أمان . كما يتم غرز عنصر حراري صغري Microthermoelement كالإبرة في الكتلة الورمية وفي الجلد السليم حول الورم للتأكد من أن درجة التبريد الكلية قد وصلت إلى – ٤٠ درجة مئوية حتماً . وليس من

الضروري أن يُقيم المريض في المستشفى لإجراء عملية تجميد الورم بالآزوت السائل ، إذ يمكن إجراء هذه العملية في جلسة واحدة على أي مريض خارجي ( تشمل هذه الجلسة تجميد الورم ، ثم إعادة تجميده ثانية بعد انحسار التجميد الأولي ) ، وقد يتطلب الأمر إجراء التبنيج الموضعي أحياناً . إذا اتُّبعت جميع قواعد العلاج بالآزوت السائل على الوجه الصحيح ( من حيث الاستطباب ، والأسلوب التقني ) ، فإن نتائج الجراحة القرية في علاج سرطانات الخلية القاعدية تكون جيدة ، وتماثل نتائج الطرق العلاجية الأخرى ( كالجراحة ، والأشعة السينية ) ، ويحدث النكس لدى حوالي ٣٪ – ٥٪ من المرضى .

**الجدول ٦٩ – ١** : المُبَرِّدات ( المواد المبردة ) المستعملة في المعالجة بالبرودة / الجراحة القرية

| المادة | درجة الغليان ( درجة مئوية ) |
|---|---|
| كلوريد الأتيل Ethyl chloride | + ١٢,٢ |
| فريون ١١٤ Freon 114 | + ٣,٨ |
| فريون ١٢ Freon 12 | – ٢٩,٨ |
| فريون ٢٢ Freon 22 | – ٤١ |
| ثاني أكسيد الكربون ( درجة حرارة التصعيد )(*) | – ٧٨,٥ |
| أكسيد الأزوتيك ( النتريك ) Nitric oxide | – ٨٩,٥ |
| الآزوت السائل | – ١٩٥,٦ |

**الجدول ٦٩ – ٢** : الحالات الجلدية(**) التي يمكن علاجها بالآزوت السائل ( مأخوذ عن زاكاريان Zacarian ١٩٨٥ )

**الحالات**

التهاب الجريبات الشعرية التصلبي للقفا
التهاب الجلد والغضروف العقيدي المزمن لحتار الأذن
التقرانات المثية
التقرانات المسامية ( أشكال مختلفة )
الثآليل الأخمصية
الثآليل الشائعة
الثآليل المُزَيقة Mosaic warts
الثآليل المسطحة الشبابية
الحبيبوم المقيح
داء هجرة اليرقات ( اليرقات الهاجرة )
الذأب الحمامي القريصي
الزوائد الجلدية الخيطية الشكل
الشّوكومات القرنية
الظّهارومات الشعرية
العدّ
الكيسات الظهرية Dorsal cysts
اللّقموم المؤنف
اللّيفومات الجلدية
الميلساء المعدية
ندبات العد الضخامية
الوحمات الخطية
الوحمات العنكبوتية
الوعاؤومات الدموية ( الكهفية الجلدية )
الوعاؤومات اللمفية

**الحالات المحتملة التسرطن والسرطانات الجلدية**

التقرانات الزرنيخية
التقرانات السفعية ( الشمسية )
داء بوفن
سرطانات الخلية القاعدية
الشّامة الخبيثة
القرن الجلدي الناشئ عن التقران السفعي

(*) درجة حرارة تحول المادة من الحالة الصلبة إلى الحالة الغازية مباشرة ( Sublimation temperature ) ( المترجم ) .

(**) رُتبت هذه الحالات في الطبعة الإنكليزية وفق ترتيب الأحرف الأبجدية الإنكليزية ، وقد رأينا أنه من الأفضل أيضاً ترتيب هذه الحالات وفق ترتيب الأحرف الأبجدية العربية . ( المترجم ) .

## الحرارة Heat :

تُستعمل الحرارة موضعياً من أجل إعادة نمو ( تنشيط ) Regrowth التفاعلات النسيجية الالتهابية الموضعية ، أو من أجل تليينها وتمييعها . تؤدي الحرارة المطبقة على ناحية ملتهبة ( التوصيل الحراري Heat conduction ) إلى التأثيرات التالية : إحداث تبيغ فاعل Active hyperemia والمساعدة على الامتصاص ، وزيادة الإمداد بالأكسجين عن طريق زيادة التروية الدموية ، وتخفيف الألم غالباً .

### الرفادات الحارة Hot Compresses :

يمكن بواسطة هذه الرفادات تطبيق الحرارة على مساحة جلدية واسعة ، كأن تُطبق على أحد الأطراف مثلاً لتسخين الطرف الآخر بالفعل الانعكاسي المديد Long reflex action .

**الاستطبابات** : الآلام العصبية ، والدمل ، وداء الشعرويات العميق .

**اللبائخ Cataplasms :**

وهي أسهل استخداماً من أكياس البرافين Paraffin . تُستخدم عادة الأكياس المملوءة ببزر الكتان الحار ، أو البطاطا المهروسة الحارة ، أو الرمل الحار . ومن الوسائل الأخرى أيضاً حاملات السخونة Thermophores كتلك المستخدمة من قبل الصيادين ، والوسائد الكهربائية Electric Pads .

**الاستطبابات** : الدمامل ، والآلام العصبية ، والفُصال ( داء المفاصل ) Arthosis ، والتهاب المفصل المزمن .

**الحرارة المشعة ( الإشعاعية ) Radiant Heat :**

تُطبق هذه الحرارة باستخدام إشعاعات حرارية ( تحت حمراء ) تُصدرها مصابيح كهربائية .

**الاستطبابات** : الدمامل ، والجمرة ، والجروح الرديئة الالتئام ، والآلام العصبية ، وداء الشعرويات العميق .

**إنفاذ الحرارة والإشعاع قصير الموجات Diathermy and Short Wave Radiation :**

تُعد التيارات المتناوبة العالية التواتر ملائمة لإنفاذ الحرارة بشكل مباشر للأنسجة العميقة . كما تُستخدم مصادر الموجات القصيرة ( مصادر أنبوبية تُعطي موجات قصيرة تتراوح أطوالها بين ٣ ــ ١٥ متر ) من أجل المعالجة بالحرارة النافذة لأنها تعطي تأثيرات حرارية منتظمة وشديدة العمق . هذا وتُحَدَد الجرعة وفق حالة المريض بحيث تولد عنده الشعور بالدفء اللطيف دون الألم الشديد .

**الاستطبابات** : الألم العصبي عقب الحلأ ، والدمامل ، والجمرة ، والتهاب الإبط من نمط التهاب الغدد العرقية المقيح ، والشرث ، والحمامى الجاسية ( بازان Bazin ) .

**مضادات الاستطباب** : وجود الناظمة القلبية Cardiac Pacemaker . كما يجب عدم تطبيق هذا النوع من الحرارة على مناطق مبنجة ( خشية حدوث النخر ) .

## سنفرة الجلد Dermabrasion

[ Kromayer ١٩٠٥ و Schreus ١٩٥٠ ] :

**التعريف والتقنية** : هي إحداث تآكل في الطبقات السطحية للجلد بواسطة أدوات ساحجة ( كاشطة ) عالية السرعة ، لتشذيب الندبات وإزالة الوعاؤومات الليفية ، والتقرانات المثية ، والتقرانات السفعية ( الشمسية ) ، والوحمات ، ووشوم الحوادث Accidental tattoos ، والوشوم المتعمدة Purposeful tattoos .

أدخل Kromayer طريقة التفريز الآلي Mechanical milling في طب الجلد لتشذيب التبدلات الجلدية المعيبة ، ولقد أستخدمت في الأصل المثاقب السنية Dental drills ، لكن سرعة دورانها البطيئة كانت غير ملائمة ، كما أنها كانت تتطلب تقسية الجلد بواسطة التجميد أثناء القيام بعملية السنفرة ، وهذا يعد بحد ذاته إجراءً مُعيقاً . ثم أدخل Schreus الآلات ذات سرعات الدوران العالية ، وهي المستخدمة في الوقت الحاضر ( فهي تدور أكثر من ٣٠٠٠٠ دورة في كل دقيقة ) . هذا وقد صُممت الأجهزة الحديثة بأدوات تحكم قدمية .

للجلاخة ( الكاشطة ) Grinder رؤوس كالفرشاة مصنوعة من المعدن ، أو الماس ، أو الياقوت ، أو الأسلاك المعدنية ، أو الألياف الصنعية ، ولها أحجام وأشكال مختلفة ، ويتوقف انتقاء الجلاخة الملائمة على مكان توضع الآفة الجلدية المراد سنفرتها ، ونمط الآفة الجلدية ، كما يتوقف على الخبرة الشخصية للجراح في هذا المجال . غالباً ما تُجرى السنفرة العالية السرعة لجلد الوجه على وجه الخصوص بعد إجراء التبنيج العام ، تجنباً لأي أذى قد يحدث أثناء عملية السنفرة في حال قيام المريض بحركة غير مرغوب بها . ويكفي إجراء التبنيج الموضعي حين سنفرة الوشوم المتوضعة على الأطراف ، أو حين سنفرة مساحات محدودة على الوجه . يُشد جلد المنطقة المراد سنفرتها بإحكام ، ثم تُكشط طبقة تلو طبقه حتى الحدود البشروية الأدمية ، علماً بأنه يحدث تندب دائم إذا تجاوز الكشط هذه الحدود .

يجب أن تكون المنطقة المراد سنفرتها خالية تماماً من الأشعار ، وبعيدة عن رفادات العمل الجراحي ، كما يجب عدم استخدام الماسحات القطنية Cotton swabs أثناء السنفرة لأنه يمكن للفرشاة الدّوارة أن تلتقطها وتحملها معها ، فتسبب الأذى للمريض . يُستر الجرح السطحي الواسع النازف الناتج عن عملية السنفرة بالتُوْل(*) Tulle gras المحتوي على الصادات لامتصاص المفرزات الناتجة عن الجرح ، ويُبدل الضماد لأول مرة بعد ٢ ــ ٤ أيام .

**الاستطبابات :**

*ندبات العد وندبات الحوادث :* غالباً ما يتطلب الأمر إجراء جلستين أو أكثر من السنفرة الجلدية للحصول على النتائج المُثلى .

---

(*) ضماد للجروح ، يُستخدم بشكل رئيسي في فرنسا ، ويتألف من شبكة مقطعة لمربعات مُشربّة بالبرافين اللين ( ٩٨ جزء ) ، وبلسم البيرو ( جزء واحد ) ، وزيت الزيتون ( جزء واحد ) ( قاموس Stedman ) ( المترجم ) .

*حروق البارود والوشوم الوسخة* ***Powder Burns and Dirt Tattoos*** : يجب سنفرة حروق البارود ( الناجمة عن الألعاب النارية أو الإصابات الصناعية ) ، والوشوم الوسخة في غضون يومين إلى عشرين يوماً من الحادث .

هناك طريقة أخرى يُنصح بها أيضاً في علاج حروق البارود والوشوم الوسخة ، حيث تُفرك الآفة الجلدية بمادة الأكسي سيانات oxycyanate بتركيز ٠,١٪ أو بالمحلول الملحي وذلك باستخدام فرشاة عادية ( فرشاة يدوية من النايلون ، أو فرشاة الأسنان ) عوضاً عن استخدام الجلاّخة العالية السرعة . هذا ويجب إجراء هذه المعالجة في غضون ٤٨ ساعة الأولى من الحادث .

*الوحمات* ***Nevi*** : تُستخدم السنفرة الجلدية لإزالة وحمات الخلايا الوحمية الصغيرة الحجم ، أو لكشط الوحمات الولادية العملاقة عند الرضع ، ويتطلب الأمر عدة جلسات غالباً .

*فيمة الأنف* ***Rhinophyma*** : يُزال النسيج الضام أولاً مع فرط التنسج الغدي الزهمي بواسطة مشرط أو شفرة حلاقة نبوذة Disposable ، ثم تُسوّى الآفة المتبقية بشكل لاحق بكاشطة عالية السرعة .

*الوعاؤومات الليفية في داء برينغل* ***Fibroangiomas in Pringle's disease*** : غالباً ما تكون إعادة السنفرة ضرورية بعد ٢ – ٣ سنوات بسبب إمكانية حدوث النكس .

*متفرقات* : يمكن علاج التقرانات المثية ، والمليساء المعدية ، والوحمة الثؤلولية ، والوشوم الوسخة ، وكثير من الأدواء الجلدية الأخرى بواسطة السنفرة ، ويتوقف ذلك على وجهة نظر الجراح ومدى خبرته وتضلّعه في إجراء عملية السنفرة .

يجب أن يقتصر تشذيب الندبات ( الناجمة عن العد أو الحوادث ) بواسطة السنفرة على منطقة الوجه فقط ، وبخاصة المنطقة المحصورة منها بين الفروة والأذن الخارجية وزاوية الفك وذلك بسبب إمكانية تشكل ندبات جدرية عقب الجراحة في باقي المناطق الجلدية الأخرى ، لذلك يجب عدم إجراء السنفرة العالية السرعة على العنق أو الجذع . هذا وينبغي على الطبيب قبل البدء بأية سنفرة جلدية أن يُقدم توضيحات دقيقة لمريضه عن الإمكانيات العلاجية المُتاحة ، والنتائج المتوقعة من عملية السنفرة ، والتأثيرات الجانبية التي قد تحدث ، ومضادات الاستطباب المطلقة . غالباً ما يحدث نقص تصبغ دائم في المناطق الجلدية المُسنفرة ، وقد تُصبح المنطقة الحدودية المتاخمة للجلد غير المكشوط مفرطة التصبغ . يجب على المريض بعد المعالجة الكاشطة أن يُطبق واقيات الضياء ( دارئات الشمس ) على المناطق الجلدية المعرضة للضياء مع تجنب التعرض لأشعة الشمس . يُبدي بعض المرضى استعداداً لتشكيل ندبات جدرية ، وفي هذه الحالة يُنصح بإجراء سنفرة تجريبية قبل البدء بالسنفرة الأساسية . هذا وينبغي على الطبيب عدم المبالغة بالتفاؤل عند شرحه النتائج المتوقعة لعملية السنفرة أمام المرضى وذلك لأن العديد منهم يأملون بالحصول على نتائج ممتازة جداً .

## الكهرباء Electricity :

يُعتبر الصعق الكهربائي Electrocution أحد الأسباب الرئيسية الهامة للإصابات المهنية القاتلة عند الذكور الشباب . وأكثر الأشخاص تعرضاً للخطر هم : عمال البناء ، وعمال الكهرباء الذين يعملون في شركات المرافق العامة ، والعاملون في حقول النفط ، والأشخاص الذين يعملون داخل المنازل . يحدث الصعق الكهربائي عادة بسبب التماس المباشر مع مصادر الطاقة الكهربائية ، أو مع أسلاك الطاقة الكهربائية ، أو بسبب تماس وسائل النقل مع أسلاك الطاقة الكهربائية . وعلى الرغم من ذلك فإن للتيارات الكهربائية تطبيقات متنوعة في علاج الآفات الجلدية .

*فالتيار المستمر* ***Direct current*** له تطبيقات في الكَهْرَلَة ( التحلل الكهربائي ) Electrolysis ، وفي الرحلان الكهربائي ( الشاردي ) Iontophoresis ، وفي الحفر المتوهج Incandescent Etching ( الحفر الغلفاني ) (Galvanoetching) .

**الكَهْرَلَة ( التحلل الكهربائي ) Electrolysis** : يُغرز المهبط Cathode ، الذي يكون على شكل إبرة رفيعة ، في الجلد المراد علاجه ، بينما يَمسك المريض المصعد Anode بإحدى يديه . ومن الممكن وضع المصعد على مساحة جلدية كبيرة في مكان آخر من جسم المريض . يُستخدم في عملية الكهرلة التيار الكهربائي المستمر الذي تزداد شدته تدريجياً من ٠,٥ ميلي أمبير حتى ٢ ميلي أمبير ، وتختلف مدة التطبيق من ثوان قليلة حتى ١ – ٢ دقيقة ، ويتوقف ذلك على النظام الأساسي للجهاز المستخدم ، وعلى نمط الآفة الجلدية المراد علاجها . وفي الوقت الذي لا يحدث فيه أي تأثير عند المصعد المُطبق على مساحة جلدية واسعة بسبب انخفاض شدة التيار ، فإنه يحدث عند نقطة المهبط تفكك كيميائي للسوائل الكهرلية النسيجية الداخلية المنشأ ، ويترافق ذلك بابيضاض النسيج وتشكل فقاعات الهدروجين . تجف الآفة الجلدية المُعالجة ( الثؤلول مثلاً ) بشكل تام بعد ٨ – ١٢ يوماً من العلاج وتسقط .

**الاستطبابات** : تُستخدم الكهرلة للحصول على نتف دائم Permanent epilation في حالة فرط الأشعار ، ولتخريب الشعيريات المتوسعة والوحمات العنكبوتية ، ولإزالة الثآليل والليفومات الصغيرة .

**الرحلان الكهربائي Cata - , Ionto, or Electrophoresis** : يُستخدم مسريان كهربائيان على شكل صفيحتين لنقل الأدوية الذوابة بالماء إلى الجلد اعتماداً على هجرة الشوارد ، ويتوقف تقاطب المسرين Polarity على الطبيعة الكيميائية للأدوية المراد استعمالها .

عند استخدام **الرحلان الكهربائي ( الاستشراد ) Iontophoresis** لمعالجة **تعراق ( فرط تعرق ) اليد والقدم Hyperhidrosis manuum et pedum** ( Levit ١٩٦٨ ) ، فإنه يتم توصيل تيار مستمر ( ١٥ ـ ٢٠ ميلي أمبير ) بين اليد واليد ، أو بين القدم والقدم بواسطة حمامات مائية ( ماء الحنفية ) ، ويمكن أن نستخدم في هذه الطريقة حوضين مُنفصلين أو مُتصلين . تدوم كل جلسة ٢٠ ـ ٣٠ دقيقة ، وتحدث اللاعرقية Anhidrosis بعد ٥ ـ ١٠ جلسات ، مع فعالية أفضل عند المصعد . إن آلية الاستشراد في هذه الحالة غير معروفة ، ولا يحدث أي انسداد في القنوات المُفرغة للغدد العرقية الناتحة . ولأخذ العلم فإن هذا الجهاز متوفر تجارياً .

تدوم اللاعرقية أياماً إلى أسابيع ، ولم تترافق هذه الطريقة بتأثيرات جانبية عدا حدوث تخريش جلدي خفيف وعابر .

**الحفر الغلفاني Galvanoetching** : ( الحفر المتوهج Incandescent Etching ، الكي الكهربائي Electrocauterization ، الكي الحراري Thermal Cautery ) : يجب عدم الخلط بين **الحفر الغلفاني** والجراحة الكهربائية Electrosurgery ، فهما مختلفان . ففي الحفر الغلفاني ، يتم تسخين أسلاك معدنية رفيعة ، أو أسلاك حلقية ، أو رؤوس إبر ، أو شفرات ضيقة حتى درجة الاحمرار بواسطة تيار مستمر ( المقاومة الأومية للمعدن ) ، ثم تُحرق بها الآفة الجلدية المراد علاجها . وهكذا فإن التخريب النسيجي في هذه الطريقة يحدث عن طريق انتقال الحرارة من جسم حار إلى جسم بارد . وعند تفحم النسيج المحروق يتصاعد دخان كثيف له رائحة اللحم المحروق . يكون الإرقاء Hemostasis في هذه الطريقة جيد جداً ، ويحدث الشفاء بعد انفصال جلبة الجرح في غضون ٢ ـ ٤ أسابيع .

**الاستطبابات** : التقرانات المثية ، والتقرانات السفعية ، والثآليل الشائعة ، والوعاؤومات الصغيرة .

### الجراحة الكهربائية Electrosurgery :

يُستخدم في الجراحة الكهربائية تيار متناوب عالي التواتر يُعتبر كتيار مُنفِذ للحرارة Diathermy current . يزول النسيج أو يتخرب عندما تتحول الطاقة الكهربائية إلى حرارة بسبب مقاومة النسيج . وكما بيّنا آنفاً فإنه يجب عدم الخلط بين الجراحة الكهربائية ( إنفاذ الحرارة الجراحي Surgical diathermy ) والحفر الغلفاني ( الكي الكهربائي ) . ففي الجراحة الكهربائية تكون الطاقة المتجمعة عند المسرى المُركز Concentrating electrode كبيرة جداً بحيث يمكن بواسطتها صعق النسيج fulguration ، أو تجفيفه Desiccation ، أو تخثيره Coagulation ، أو قطعه . هذا وتتوقف درجة التخريب النسيجي على تواتر التيار وشدته ، فالذبذبة المُتضائلة damped oscillation بشكل ملحوظ ( خفيض المدى Low amplitude ) تؤدي إلى تخريب النسيج بشدة ، وإلى إرقاء جيد ، ولكنها لا تؤدي إلى إحداث القطع ، بينما تؤدي الذبذبة اللامُتضائلة كُلّية Undamped oscillation ( عالي المدى High amplitude ) إلى إحداث القطع بشكل جيد جداً ، ولكنها قلما تُخرب النسيج ، ونادراً ما تُحدث الإرقاء .

**التخثير الكهربائي Electrocoagulation** : يُؤخذ مسرى خامل على شكل صفيحة معدنية ذات مساحة كبيرة ، ويُثبّت إلى ذراع المريض أو ساقه ، ويُستخدم في عملية التخثير الكهربائي مسرى فعّال كروي الشكل أو مدبب أو بيضوي . وليس من الضروري اللجوء إلى عملية التسخين في منطقة المسرى الفعّال ( وهو ما يدعى الكي البارد Cold cauterization ) لأن التأثيرات الحرارية المحدودة الناشئة عن مقاومة التيار تؤدي إلى غليان النسيج ( إبيضاض ، تخثير كهربائي ) ، وبإطالة مدة التأثير يحدث التفحم Carbonization . كما تؤدي عملية تخثير النسيج إلى حدوث الإرقاء بشكل فوري . يُستخدم التخثير الكهربائي مع التجريف Curettage لإزالة الآفات الجلدية الكبيرة الحجم ( التقرانات المثية ، وسرطانات الخلية القاعدية ) ، فعلى سبيل المثال يُطبق التخثير الكهربائي مرتين أو ثلاث مرات ويُكشط النسيج المتنخر بين التطبيقات باستخدام كاشطة ( مجرفة ) حادة . ولقد حلّ هذا الإجراء محل الحفر الغلفاني Galvanoetching بشكل واسع .

**الاستطبابات** : جميع أشكال الثآليل ، والليفومات ، والحبيبوم المقيح ، والوحمات الصغيرة ، واللويحات الصفراء ، والوعاؤومات الشيخوخية ، والتقرانات السفعية ، وسرطانات الخلية القاعدية الصغيرة ، والشعيريات المتوسعة ، والوحمات العنكبوتية ، والنتف الدائم Permanent epilation .

**البضع الكهربائي Electrotomy** : يمكن بزيادة كثافة التيار الكهربائي واستخدام مسرى كهربائي فعّال له شكل السكين أو العروة Loop قطع النسيج بشكل سريع دون تسخين الأنسجة المحيطة أو تخريبها . ومن المتعذر حدوث الإرقاء في هذه الطريقة إذا كانت مساحة القطع كبيرة ؛ ومع ذلك يُعتبر البضع

الكهربائي مُلائماً جداً لإجراء القطع عبر الاوعية الدموية . تمتاز هذه الطريقة بالإرقاء الفوري للوعاء المقطوع ، ويمكن بالتالي تجنب انتشار الجراثيم أو الشدف الورمية عبر الأوعية الدموية أو اللمفية .

**الاستطبابات** : إزالة الأورام الجلدية الخبيثة ، والقطع عبر الأوعية الدموية أثناء العمل الجراحي ، إزالة الحبيبوم المقيح ، وشق الجمرة Carbuncle .

**التجفيف الكهربائي Electrodesiccation** : ( الصعق الكهربائي Electrofulguration ؛ fulgar كلمة لاتينية وتعني الصاعقة ) : يُستخدم التيار العالي التواتر في التخثير الكهربائي Electrocoagulation والبضع الكهربائي Electrotomy بطريقة ثنائية القطب ( Bipolar ) . أما عملية التجفيف الكهربائي فهي إجراء وحيد القطب ( Monopolar ) ، وفيه يُستخدم مسرى واحد فقط ، أما المسرى الثاني ( وشيعة أودين Oudin coil ) فيكون مرتبطاً بالوشيعة الرئيسية ( وشيعة آرسونفال d'Arsonval coil ) . يتميز التيار المستخدم في التجفيف الكهربائي بفولطية عالية نسبياً ( ٢٠٠٠ - ٥٠٠٠ فولط ) ، وشدة منخفضة ( ١٠٠ - ١٥٠٠ ميلي أمبير ) ، وتواتر عال ( ٠,٥ - ١ ميغاهرتز MHz ) . وعند تقريب إبرة أو كرة التجفيف إلى مسافة صغيرة جداً من الآفة الجلدية ، يتدفق تيار كهربائي ضعيف عبر هذه الآفة مُحدثاً تخثيراً سطحياً جداً . وبما أن هذه الطريقة تؤدي إلى حدوث تجفاف سريع Dehydration فإنه يُشار إليهما باسم التجفيف Desiccation . ففي عملية **الصعق الكهربائي Electrofulguration** تُقرّب إبرة أو كرة الصعق إلى مسافة صغيرة جداً من الجلد ، بينما في عملية **التجفيف الكهربائي Electrodesiccation** يمس المسرى النسيج المراد علاجه . تؤدي عملية التجفيف الكهربائي إلى حدوث ابيضاض سريع في النسيج المعالج ، وتسقط الخُلْبة السطحية الجافة بعد ١ - ٣ أسابيع دون أن تخلّف وراءها ندبة . لا يتطلب هذا الإجراء معالجة لاحقة بالمطهرات . وقد يحدث في بعض الأحيان زوال دائم للصباغ بسبب تخريب الخلايا الملانية .

**الاستطبابات** : التقرانات السفعية ، والتقرانات المثية ، والتقرانات المثية من نمط الشامات الشيخوخية ، والثآليل المسطحة الشبابية ، واللويحات الصفراء .

**الجدول ٦٩ - ٣** : احتياطات الأمان في الكي الحراري والجراحة الكهربائية

- تقيد بتعليمات الشركة المنتجة حول استخدام الجهاز .
- تقيد باحتياطات الأمان التي تنص عليها - على سبيل المثال - مختبرات مؤسسات الضمان Underwriters' Laboratories ( في الولايات المتحدة الأمريكية ) ، أو مجلس رقابة التقنية Technical Control Board ( في ألمانيا ) .
- تأكد من تأريض الجهاز Grounding .
- تخلص من الكبلات Cables الخارجية القصفة ، ومن التوصيلات المعيبة .
- تجنب الانفجارات باستعمال مُبنِّجات لا انفجارية .
- تجنب الحروق بإزالة كل المطهرات القابلة للاشتعال من على جلد المريض أو من الماسحات Swabs ( الكحول ) .
- تجنب الحروق التي قد تنجم عن الأنسجة القابلة للاشتعال ( الموسلين Muslin ، والماسحات Swabs ، والأغطية القماشية ، وثياب المريض ) .
- يجب معالجة المرضى الذين لديهم نواظم قلبية Cardiac pacemakers فقط تحت شروط محددة ، نظراً لإمكانية تعرضهم للخطر ؛ لأن فعالية المسرى الكهربائي قد تؤدي إلى توقف الناظمة القلبية .

---

## الإشعاع البصري Optical Radiation

### ( الإشعاع اللامؤين Nonionizing Radiation ) :

يكون الإشعاع البصري - وهو إشعاع كهرطيسي Electromagnetic radiation ذا طيف محدد بدقة - « غير مرئي Invisible » . فالرؤية Visibility هي تزامن ظواهر فيزيائية - فيزيولجية محددة بدقة تجعل الإنسان « يرى to see » . هذا وتكون عين الإنسان غير مؤهلة « للرؤية » في المجالين فوق البنفسجي وتحت الأحمر ، ولذا فإن بعضهم لا يُسمي هذين المجالين ضوءاً . وباستخدام الكلمة اليونانية **phos** ( phot ) التي تعني الضوء ، فإن الطيف المرئي لعين الإنسان يُدعى **بالطيف الضوئي Photic spectrum** ، بينما يُدعى الطيفان المتاخمان لهذا الطيف ( فوق البنفسجي UV ، وتحت الحمراء IR ) **بالطيوف جنيبة الضوء Paraphotic spectra** . هذا وكثيراً ما تعد المناطق المتاخمة لأطوال موجات الأشعة فوق البنفسجية الأقصر أو تحت الحمراء الأطول ضوءاً . ومن الخطأ أن تعد ضوءاً . فالضوء في حقيقة الأمر هو كامل منطقة الإشعاع البصري . أما من وجهة النظر الفيزيائية فإن الضوء هو طاقة إشعاعية كهرطيسية . ويُقسم الإشعاع البصري الكهرطيسي إلى عدة مناطق بأطوال موجات متباينة .

### المصادر الطبيعية للإشعاع اللامؤين :

يختلف الإشعاع الذي تُزود به الشمس سطح الأرض باختلاف عدة عوامل منها : ساعة النهار ، والفصل من السنة ، والمنطقة الجغرافية ، ومقدار الارتفاع فوق سطح البحر ، وكمية الغيوم الساترة ، ومقدار الإشعاع المتشتت بشكل غير

مباشر ( سواء من الماء ، أو الرمل ، أو الثلج ) . هذا ويُستخدم الإشعاع فوق البنفسجي في طب الجلد لأغراض علاجية .

*الاستشماس ( المعالجة الشمسية )* ***Heliotherapy*** ( من الكلمة اليونانية **Helios** وتعني الشمس ) : أي المعالجة بأشعة الشمس ، ولكن كثيراً ما يكون الإشعاع فوق البنفسجي ب ( **UVB** ) المسبب للحمامى الجلدية عاملاً يحد من إمكانية التعرض الزائد لأشعة الشمس .

*الاستبحار والاستشماس ( المعالجة البحرية الشمسية )* ***Heliothalassotherapy*** ( من الكلمة اليونانية **thalassos** ومعناها البحر ) : فالعلاج هنا يكون بأشعة الشمس ومناخ البحر ، حيث تُستخدم ضبوبات الماء المالح **Aerosols** مع الـ **UVA** ، والـ **UVB** ، والإشعاع الشمسي .

**الجدول ٦٩ ـ ٤** : الطيف الكهرطيسي **Electromagnetic spectrum**

| المنطقة **Region** | أطوال الموجات ( نانومتر )(أ) |
|---|---|
| الإشعاع فوق البنفسجي UVR | ١٠٠ ـ ٤٠٠ |
| فوق البنفسجية UVC) C) | ١٠٠ ـ ٢٨٠ |
| فوق البنفسجية UVB) B) | ٢٨٠ ـ ٣٢٠(ب) |
| فوق البنفسجية UVA) A) | ٣٢٠ ـ ٤٠٠(ج) |
| الإشعاع المرئي | ٣٨٠ ـ ٧٨٠ |
| الإشعاع تحت الأحمر IRR | ٧٨٠ ـ ١٠$^{٦}$(د) |

( أ ) ـ يتروح مجال الإشعاع البصري بين ١٠٠ نانومتر وميلي متر واحد ( DIN ٥٠٣١ ) .
( ب ) ـ ٣١٥ نانومتر في تعاريف أخرى ( DIN ٥٠٣١ ) .
( ج ) ـ ٣٨٠ نانومتر في تعاريف أخرى ( DIN ٥٠٣١ ) .
( د ) ـ يُقسم إلى تحت حمراء قريبة ، وتحت حمراء متوسطة ، وتحت حمراء بعيدة .

*الاستحمام والاستشماس ( المعالجة بالاستحمام الشمسي )* ***Heliobalneotherapy*** : أي المعالجة بالماء المالح وأشعة الشمس ، أو بالماء المالح والـ **UVA** والـ **UVB** من مصادر صنعية .

**الاستطبابات** : العد ، والتهاب الجلد التأتبي ، والإكزيمة بمختلف أشكالها ، والصُداف ، ونظير الصُداف .

## المصادر الصنعية للإشعاع اللامؤين :

يتوافر العديد من المصادر الصنعية للإشعاع اللامؤين ، وتتصف هذه المصادر بطيوف بَث متنوعة جداً .

*المصادر الإشعاعية ذات التفريغ الغازي* ***Gas Discharge Radiation Sources*** : يتألف طيف البَث **Emission spectrum** لهذه المصادر من خطوط فردية ( الطيف الخطي **Line spectrum** ) .

*المصابيح الفلورية ( المتألقة )* ***Fluorescent Bulbs*** : تُستعمل في هذه المصابيح غازات متنوعة ( غالباً بخار الزئبق **Mercury vapor** ) ، ويُطلى سطحها الداخلي بمواد مختلفة . وبما أنه يمكن تعديل طيف بَث هذه المصابيح ضمن مجالات محددة ، يصبح من الممكن استخدامها كمصادر للـ **UVA** أو كمصادر للـ **UVB** . بيد أن العديد من هذه الأنابيب الفلورية يُنتج أيضاً كميات قليلة من الـ **UVC** الذي يُسبب التهاب القرنية والملتحمة الكهرضوئي **Keratoconjunctivitis photoelectrica** ، ويُتلف الحيوانات الأوالي **Protozoa** .

*مصابيح بخار الزئبق* ***Mercury Vapor Lamps*** : تُعد من المصادر الهامة للإشعاع فوق البنفسجي **UVR** .

*مصابيح بخار الزئبق المنخفض الضغط* ***Low Pressure Mercury Vapor Lamps*** : نادراً ما تُستخدم هذه المصابيح في علاج الآفات الجلدية ، ولكنها تُستخدم كمصابيح للتعقيم بسبب وجود نطاق قوي **Strong band** عند الـ ٢٥٣,٧ نانومتر ( **UVC** ) ( تُعرف عادة ٢٥٤ نانومتر ) .

*مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط* ***High Pressure Mercury Vapor Lamps*** : تُستخدم هذه المصابيح كثيراً كمصادر للإشعاع فوق البنفسجي **UV** ، فالعديد من « المصابيح فوق البنفسجية » تحتوي على مثل هذه المصادر ، التي يُمتص فيها الـ **UVC** بمقدار كبير . كما أن المصدر الإشعاعي في مصباح **Kromayer** المُبَرد بالماء ( الذي استخدم في السابق للتشعيع بالتماس ) هو أيضاً مصباح بخار الزئبق العالي الضغط . هذا وتُصنع مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط من المرو ( الكوارتز ) وليس من الزجاج ، لأن الزجاج يتحطم بالحرارة المرتفعة ، كما أنه يمتص أطوال الموجات الأقصر من ٣٠٠ نانومتر .

*مصابيح بخار الزئبق الأعظمي الضغط* ***Maximum Pressure Mercury Vapor Lamps*** : تُستخدم هذه المصابيح في الأجهزة التشخيصية ( مُوحّدات اللون **Monochromators** .

*مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط المضاف إليها هاليدات المعدن* ***Metal halides*** : وبإضافة هاليدات المعدن ( كالحديد مثلاً ) إلى مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط ، فإنه يمكن إنتاج خطوط إشعاعية جديدة محددة ( في المجال **UVA** مثلاً ) . تُوجد هذه

الجدول ٦٩ ـ ٥ : أبعاد واختصارات وحدات القياس الشائعة

| | | |
|---|---|---|
| • التردد Frequency | Hz | هرتز Hertz |
| • الزمن Time | s | ثانية Second |
| • الطول Length | m | متر Meter |
| | mm | ميلي متر ( ١٠^-٣ متر ) |
| | µm | مكرو متر ( ١٠^-٦ متر ) |
| | nm | نانومتر ( ١٠^-٩ متر ) |
| | A° | أنغستروم ( ١٠^-١٠ متر ) |
| • التيار الكهربائي | A | أمبير Ampere |
| • القدرة Power<br>**المرادفات** : تدفق الإشعاع ، تيار الطاقة ، الطاقة الإشعاعية لكل وحدة زمن . | w | واط Watt |
| • الطاقة Energy<br>**المرادفات** : مقدار الإشعاع ، كمية الإشعاع . | J | جول Joule ( واط . ثانية ) |
| | erg | ١٠^-٧ جول |
| | eV | إلكترون فولط ( ١,٦ × ١٠^-١٩ جول ) |
| • شدة الإشعاع Radiation intensity<br>**المرادفات** : كثافة تدفق الطاقة ، قدرة الإشعاع لكل وحدة مساحة . | $W/m^2$ | واط لكل متر مربع |
| | $mW/cm^2$ | ميلي واط لكل سنتيمتر مربع |
| • تدفق الطاقة الإشعاعية Radiation energy flux<br>**المرادفات** : الجرعة ، الطاقة الإشعاعية لكل وحدة مساحة . | $J/s.m^2$ | جول لكل ثانية ولكل متر مربع |
| | $J/m^2$ | جول لكل متر مربع |
| | $mJ/cm^2$ | ميلي جول لكل سنتيمتر مربع |
| | $Ws/m^2$ | واط . ثانية لكل متر مربع |
| | $mWs/cm^2$ | ميلي واط . ثانية لكل سنتيمتر مربع |

المصابيح في العديد من أجهزة التشعيع الحديثة .

*الأنابيب المُضيئة Luminous Tubes* : تحتوي هذه الأنابيب على بخار الزئبق المنخفض الضغط ، ويُطلى سطحها الداخلي بمساحيق فلورية لإصدار المجال المرغوب به سواء الـ UVA أو الـ UVB . كما تُصدر هذه الأنابيب الـ UVC ( المُتولد في قوس الزئبق Mercury arc ) ، ولكنه لا يستطيع اجتياز الأنبوب الزجاجي ، لأن الزجاج لا يُنفذ أطوال الموجات الأقصر من ٣٠٠ نانومتر .

*مصباح وود Wood's Lamp* : يُعد مصدراً للـ UVA ( يُستخدم عادة مصباح بخار الزئبق العالي الضغط ) ، ويتوضع فيه المضرم ( الحارق ) القياسي Standard burner ضمن مصباح خارجي مصنوع من زجاج أكسيد النيكل Nickel oxide . وقد ابتكر Robert W. Wood مرشحة أكسيد النيكل التي تسمح بمرور أطوال الموجات التي هي بحدود ٣٦٥ نانومتر فقط ، بينما تمتص جميع أطوال الـ UV الأخرى . هذا ويُستخدم مصباح وود لتشخيص كل من : الوذح ، والأخماج بالبويغاء Microsporum ( السعفة الناجمة عن **البويغاء الأدوينية Microsporum audouinii** ) ، وزوال الصباغ الناجم عن التصلب المعجر ( الحدبي ) أو البهق .

*مصابيح التفريغ ذات الغازات النادرة ( الخاملة ) Rare Gas Discharge Lamps* : تُملأ هذه المصابيح بالأرغون Argon ، أو الكربتون Krypton ، أو الكزينون Xenon ، وتُصدر طيفاً إشعاعياً مستمراً Continuous spectrum تقريباً . هذا ويُماثل الإشعاع الصادر عن مصباح الكزينون طيف أشعة الشمس إلى حد كبير . تُستخدم مصابيح الكزينون كمصادر للطاقة في مُوحّدات اللون Monochromators ، أو تُستخدم في الأجهزة الاختبارية المخصصة لفحص الحساسية الضيائية ( مشابيه شمسية Solar simulators ) .

**الليزرات Lasers :**

*نبذة تاريخية :* وصف أينشتاين Einstein في عام ١٩١٧ تأثير البَث المُنشَّط Stimulated emission الذي هو في الواقع مبدأ عمل الليزر . ثم أُضيفت مبادئ فيزيائية ونظرية أخرى من قبل Schawlow و Towns ومن قبل Prokhorov و Basow في عام ١٩٥٠ . وإن العالم ميان هو أول من طور ليزر شغّال عام ١٩٦٠ .

*المبدأ الفيزيائي :* إن عبارة **ليزر laser** هي اختصار للكلمات التالية : Light amplification by stimulated emission of radiation ،أي تضخيم الضوء بالبَث المُنشَّط للإشعاع ، ويؤدي إمرار كَمّ(*) ضوئي عبر ما يُدعى بالوسط الفعّال لليزر Active medium of laser إلى بَث كَمّ ضوئي إضافي له نفس طول الموجه ( بَث مُنشَّط أو مُحرَّض ) . هذا ويكون الوسط الفعّال لليزر صلباً ( بلور الياقوت Ruby crystal ) ، أو سائلاً ( محلول صباغ الرودامين Rhodamine 6G dye solution ) ، أو غازياً ( الأرغون Argon ، أو الكربتون Krypton ، أو ثاني أكسيد الكربون ) .

يُصدر الليزر ضوءاً وحيد اللون إلى حد كبير Monochromatic ( وهو ما يعرف بالتماسك المنتظم Uniform coherence ) ، فنجد مثلاً أن عرض الحزمة الضوئية لليزر الهليوم – نيون He – Ne لا يتجاوز الـ ٠,٠٠٢ نانومتر . هذا وتتحرك الكمّات الضوئية الصادرة عن الليزر بشكل متوازٍ تقريباً ، كما أنها تهتز بطريقة متماثلة ( أي ما يعرف بالتماسك الفضائي « الحيزي » Spatial Coherence ) . يؤدي تركيز ضوء الليزر بواسطة عدسات خاصة إلى إنتاج قدرات أكبر ، إذ يمكن تبخير الغرانيت Granite مثلاً بواسطة الضوء المُركّز لليزر $co_2$ الذي تبلغ قدرته ٥٠ واط .

هذا وتُستخدم الليزرات في الطب في عمليات التخثير ، وكذلك في عمليات قطع الأنسجة و/أو تبخيرها .

*شروط التشعيع :* تتوقف هذه الشروط على قدرة الليزر ( P ) في منطقة العلاج ، وعلى قطر حزمة الليزر ( مساحة التصادم impact area «A» ) ، وعلى زمن التشعيع ( t ) . وتُعطى كثافة القدرة Power density أو الشدة intensity (I) بالعلاقة التالية : $I = \frac{P}{A}$ ، وتُقدر بالواط لكل سنتيمتر مربع ؛

كما تُعطى كثافة الطاقة Energy density أو الجرعة الإشعاعية ( D ) بالعلاقة التالية : D = I.t ، وتُقدر بالجول لكل سنتيمتر مربع ( ١ جول = ١ واط . ثانية ) .

**تطبيقات الليزر في طب الجلد :** يتميز **ليزر الأرغون Argon laser** بأنه يُمتص بشدة من قبل الملانين والهيموغلوبين ، لذلك يعتبر ملائماً لتخثير الآفات المصطبغة والوعائية . إلا أن عمق التخثير في هذا النوع من الليزر لا يتجاوز الـ ١ ملم ، وبالتالي تقتصر تطبيقاته في طب الجلد على الآفات السطحية فقط مثل : الصباغات الخمرية(*) ( الحمراء ) Portwine stains ، والشعيريات المتوسعة ، والليفومات الوعائية ، والبحيرات الوريدية ، والوشوم ، والوحمات البشروية ، واللويحات الصفراء على الأجفان ، وغيرها .. .

يُؤثر **ليزر الصباغ Dye laser** ، الذي تبلغ طول موجته ٥٧٧ نانومتر ، بطريقة نوعية أكثر على الأوعية الدموية ، لأنه يُمتص بشدة من قبل الهيموغلوبين ، بينما يُمتص قليلاً من قبل الملانين ، لذلك فهو يُفيد في علاج الآفات الوعائية مثل الصباغات الخمرية ( الحمراء ) .

يمكن بواسطة **ليزر الـ Nd: YAG** ( نيود يميوم : إيتريوم – ألمنيوم – غارنيت ) التخثير حتى عمق ٥ – ٦ ملم ، وبالتالي يُعدّ ملائماً لعلاج الصباغات الخمرية المترافقة بسطح عقيدي ، والوعاؤومات الدموية ، وضخامة الشفاه ؛ وكذلك لتخثير الأورام الجلدية السطحية مثل : سرطانات الخلية القاعدية ، وداء بوفن ، والحُطاط البوفناني Bowenoid papulosis .

يُستخدم **ليزر ثاني أكسيد الكربون $CO_2$ laser** بشكل رئيسي في عمليات قطع الأنسجة ( المبضع الضوئي ) وتبخيرها . ويعمل هذا الليزر عن بُعد ( دون أن يمس الآفة ) ؛ كما أنه يتصف بقلة إحداثه للنزف والخمج ، وبإحداثه لتورمات خفيفة فقط عقب العمل الجراحي ، ويعود السبب في ذلك إلى انسداد الأوعية الدموية واللمفية أثناء عملية القطع أو التبخير . هذا ويُستخدم ليزر $CO_2$ في تبخير الحليمومات الحموية مثل : اللقموم المؤنف ، والثآليل الشائعة ، والحُطاط البوفناني وغيرها ؛ كما أنه يُفيد بشكل خاص في علاج الوشوم .

قد يحتوي البخار الناجم عن النسيج المَخرّب بليزر $CO_2$ على مواد خامجة كالجزيئات الحموية ، مما قد يشكل خطراً على الطبيب ، لذلك يجب استخدام مضخات التصريف والمراشح والأقنعة أثناء القيام بعملية التبخير بليزر $CO_2$ .

---

(*) جمعها كمّات : وهي أصغر مقدار من الطاقة يمكن أن يوجد مستقلاً ( المترجم ) .

(*) تُدعى هذه الوحمة أيضاً بالوحمة الشعلية Nevus Flammeus ( المترجم ) .

الجدول ٦٩ ـ ٦ : الليزرات المستخدمة في الطب

| نمط الليزر | طول الموجة ( نانومتر ) |
|---|---|
| ليزر ثاني أكسيد الكربون | ١٠٦٠٠ |
| ليزر الـ Nd: YAG ( Neodymium: yttrium – aluminum – garnet ) | ١٠٦٠ |
| ليزر الياقوت Ruby laser | ٦٩٤ |
| ليزر الأرغون ( Ar ) | ٤٨٨ – ٥١٤ |
| ليزر الهليوم – نيون ( He – Ne ) | ٦٣٣ |
| ليزر الكربتون Krypton | ٦٤٧ |
| ليزر الصباغ Dye laser | ٥٧٧ |

## إجـراءات التشخـيـص الضــوئي Photodiagnostic Procedures :

**التحسس الضوئي Photosensitivity** : المجالات التي تُسبب التحسس الضوئي هي : الـ UVC ، والـ UVB ، والـ UVA ، وكذلك الضوء المرئي . يُعبّر عن معطيات التحسس الضوئي بجرعة الحمامى الأصغرية (MED) Minimal Erythema Dose التي تُقدّر بالجول لكل سنتيمتر مربع [ فهناك : MED – UVC ؛ و MED – UVB ؛ و MED – UVA ] ، ويمكن قياس هذه الجرعة بواسطة الـ Lichttreppe [ light steps ، Wucherpfennig ١٩٣١ ] . يُنصح عادة باستخدام المصادر الإشعاعية المتعددة الألوان التي تُجهز بمراشح خاصة لحجب الإشعاعات القصيرة و/أو الطويلة غير المرغوب بها [ كاستخدام مصدر من الكزينون Xenon في مشباه شمسي solar simulator ] .

تُعد الأنابيب الفلورية مصادر ملائمة للـ UVA أو للـ UVB ، كما أن المصابيح الإشعاعية التي أُضيفت إليها هاليدات المعدن كمراشح تُعد مصادر ملائمة للـ UVA .

*أنابيب فلورية تُصدر الـ UVB* : ( مجموعة مختارة ) :

– (Westinghouse Fluorescent Sunlamps) FS20 T12 : تتوافر هذه المصابيح بقدرة ٢٠ واط ، ويرمز T12 إلى قطر الأنبوب الزجاجي ( ٨/١٢ إنش ) .

– (Philips UVB lamp) TL20 W/12 : يتوافر هذا المصباح بقدرة ٢٠ واط ، وكذلك بقدرة ٤٠ واط ، ويرمز الرقم ١٢ إلى نمط المادة الفلورية .

– (Philips UVB lamp) TL100 W/01 : ومن المفترض أن يُقلل هذا المصباح من خطر حدوث السرطان ( يُعطي حزمة ضيقة عند ٣١٢ نانومتر ) .

*أنابيب فلورية تُصدر الـ UVA* : ( مجموعة مختارة ) :

– (Sylvania fluorescent lamp Black Light) F...T12 BL : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرات وطيوف مختلفة .

– (Sylvania fluorescent lamp Black Light Blue) F...T12 BLB : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرات مختلفة .

– (Philips UVA lamp) TL/09 : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرات مختلفة ( الحد الأقصى = ٣٥٥ نانومتر ) .

– (Philips UVA lamp) TL/10 : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرات مختلفة ( الحد الأقصى = ٣٧٠ نانومتر ) ؛ كما أنه يُصدر الـ UVB بكميات قليلة جداً .

– (Philips Black Light Blue) TL/08 : يتوافر هذا المصباح بأطوال وقدرات مختلفة .

**تحريض الآفات الجلدية من أجل تشخيص الجلادات الضوئية** : لتشخيص العديد من الجلادات الضوئية Photodermatoses ، فإنه يحبذ تحريض التفاعلات الجلدية الضيائية المشتبه بها داخل المختبر . هذا ويمكن في الوقت نفسه تحديد الطيوف الفعّالة(*) Action spectrums لهذه الجلادات الضوئية بصورة تقريبية .

*الشرى الشمسي Solar Urticaria* : تظهر آفة شروية حاكة بعد التشعيع مباشرة ، وتستمر عدة ساعات . والمجالات المسببة للشرى الشمسي هي : الـ UVC ، أو الـ UVB ، أو الـ UVA ، أو الضوء المرئي .

*البروتوبرفيرية المكونة للحمر Erythropoietic Protoporphyria* : تظهر حكة وحمامى وانتبارات بعد فترة تتراوح بين عدة دقائق وساعات من التشعيع . والمجالات المسؤولة عن هذا الجلاد هي الـ UVA والضوء المرئي غالباً .

*الطفح الضوئي المتعدد الأشكال Ploymorphous Light Eruption* : تظهر آفات حطاطية ، أو حطاطية حويصلية ، أو شروية ، أو لويحية الشكل في غضون ٢٤ ساعة من تشعيع مناطق جلدية انتقائية ذات مساحات ملائمة ( ٥ × ١٠ سم ) بجرعات عالية من الـ UVA ( ٥٠ – ١٠٠ جول/ سم$^2$ ) . هذا ويمكن إعادة التشعيع بالـ UVA مرة أو مرتين بفاصل ٢٤

---

(*) يُقصد بتعبير الطيف الفعّال أطوال الموجات المسؤولة عن حادثة حيوية ضيائية معينة ( المترجم ) .

ساعة إذا تطلب الأمر ذلك . علماً بأنه قد يرتكس بعض المرضى أيضاً الـ UVB أو لكل من للـ UVA والـ UVB .

*الحصاف الوقسي الشكل Hydroa Vacciniforme* : تظهر نفطات نزفية بعد التشعيع بجرعات عالية من الـ UVA ( ٣٠ جول/ سم٢ أو أكثر ) مرة ، أو مرتين ، أو ثلاث ( بفواصل ٢٤ ساعة ) .

*التفاعل الضوئي المستديم Persistent Light Reaction* : تظهر آفات حاكة شبيهة بالإكزيمة في أي مكان من الجسم في غضون ٢٤ ساعة من التشعيع بجرعات صغيرة من الـ UVB ، أو الـ UVA ، أو كليهما ( كلاهما دون الجرعة الطبيعية للحمامى ) ، أو الضوء المرئي .

*تفاعلات الأرجية الضوئية والسمية الضوئية Photoallergic and Phototoxic Reactions* : لتشخيص الأرجية الضوئية والسمية الضوئية فإنه يُجرى اختبار الرقعة الضوئي Photopatch test ، ويُستخدم في هذا الاختبار الإشعاع فوق البنفسجي أ ( UVA ) بجرعة ٥ جول/ سم٢ ، وأحياناً ١٠ – ١٥ جول/ سم٢ . تُوضع المواد المستخدمة في الاختبار على سطح الجلد مدة ٢٤ ساعة ، ولا تُعطى داخل الأدمة ( اختبار الوخز Prick test ، أو اختبار التخديش Scratch test ) ، ولا تعطى زرقاً أو بطريق الفم إلا في حالات خاصة فقط . تُقرأ النتائج بعد التشعيع مباشرة ، وكذلك بعد ٢٤ – ٧٢ ساعة ، وقد لا تظهر التفاعلات الإيجابية عند بعض المرضى إلا بعد ٢ – ٣ أسابيع من التشعيع . هذا وتُفيد البقع غير المشععة كشواهد .

**المعالجة الضوئية Phototherapy :**

تُجرى هذه المعالجة على كامل الجسم أو على أجزاء منه .

**تشعيع جزء من الجسم** : يُجرى هذا النوع من التشعيع بواسطة مصابيح بخار الزئبق العالي الضغط ( مع أو دون هاليدات المعدن ) ، أو بواسطة الأنابيب المُضيئة Luminous tubes ( البخار الفلوري ) .

**تشعيع كامل الجسم** : تتوافر حجرات بأشكال مختلفة . فمنها ما يأخذ شكل الأريكة Couch أو السُدّة Canopy ، ومنها ما يكون قابلاً للطي ، وبعضها يأخذ أشكالاً هندسية ( إهليلجية الشكل ، أو مسدسة الشكل ، أو مثمنة الشكل ، أو مربعة الشكل ، ألخ ... ) . تُزوّد هذه الحجرات بأنابيب فلورية أو بمصادر إشعاعية أُضيفت إليها هاليدات المعدن . وبحسب نمط المصباح الموجود في هذه الحجرات ، فإنها إما أن تُصدر بشكل رئيسي الـ UVB ( التفاعل العاجل الشبيه بحرق الشمس ) ، أو الـ UVA ، أو أن تُصدر طيفاً مختلطاً يحتوي على قدر منخفض من الـ UVC ، وغالب من الـ UVB ، وعال نسبياً من الـ UVA ؛ ويلائم هذا الطيف المشترك مبدأ المعالجة الضوئية الانتقائية بالأشعة فوق البنفسجية Selective UV phototherapy (SUP) . هذا وتُستخدم الأجهزة التي لا تُعطي سوى الـ UVA مع مقادير صغيرة من الضوء المرئي في حالتي التشعيع : ( تشعيع جزء من الجسم ، أو تشعيع كامل الجسم ) .

**الاستطبابات** : الصُداف ، ونظير الصُداف ، والإكزيمة التأتبية ، والعد ، والبهق ، واللمفومات الجلدية الخبيثة ، والحكة ( الكبدية ، أو اليوريمية ) .

**الجرعة والتدابير الوقائية** : تُقاس الجرعة الشعاعية للـ UVA أو للـ UVB بالجول لكل سنتيمتر مربع ( $J/cm^2$ ) . غير أن مقاييس الجرعة الشعاعية Dosimeters لا تعطي في معظم الأحيان إلا قيماً تقريبية فقط ، كما أنها لا تقيس في المناطق الطيفية المختلفة بالتساوي . ولقد صُممت أجهزة التشعيع الحديثة للـ UVA أو للـ UVB بمقاييس مُبَيَّتة(*) Built – in . يُنصح قبل البدء بتشعيع كامل الجسم ، أو قبل البدء بتشعيع كثيف لجزء من الجسم تعيين جرعة الحمامى الأصغرية ( MED ) اتقاءً للتفاعلات الشبيهة بحرق الشمس Sunburn – like reactions . كما ينبغي على المريض ارتداء النظارات الكتيمة للإشعاعات فوق البنفسجية وتحت الحمراء . كما يجب أن نأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية التي يمكن أن تنجم عن المواد السامة أو المؤرجة ضوئياً وخاصة عند التشعيع بالـ UVA ( الأدوية ، العناصر الخارجية ، المزوّقات ، العطور ، وغيرها ... ) .

**المعالجة الكيميائية الضوئية Photochemotherapy** : يُقصد بهذه المعالجة استخدام الإشعاع فوق البنفسجي UV مع دواء مُحسس للضوء لإحداث تفاعل سُمّي ضوئي يمكن السيطرة عليه . والدواء المحسس إما أن يُطبق موضعياً ، أو يعطى جهازياً . يقع الطيف الفعّال Action spectrum لمعظم الأدوية المحسسة للضوء في المجال UVA ، لذلك تُستخدم في المعالجة الكيميائية الضوئية الأجهزة التي تُصدر الـ UVA حصراً أو بشكل غالب .

أما الطرق العلاجية لجوكرمان Goekerman وإنغرام Ingram فهي ليست في الواقع معالجات كيميائية ضوئية ، لأن القطرانات Tars والأنترالين Anthralin إما أن تكون محسسات ضوئية ضعيفة ، أو غير محسسة للضوء على الإطلاق ، ومع ذلك فإنها كثيراً ما تُذكر في سياق المعالجة الكيميائية الضوئية . تُستعمل في هذه الطرق قطرانات متنوعة

(*) أي أنها توضع في داخل جهاز التشعيع ( المترجم ) .

**الجدول ٦٩ ـ ٧ : معدات من أجل الاختبار الضوئي والمعالجة الضوئية**

| الاستخدام | النمط الرئيسي للابتعاث | ـ نمط المصباح<br>ـ أنجرة معدنية معالجة<br>ـ مصابيح عالية الضغط | الصانع والجهاز |
|---|---|---|---|
| حجرة للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | UVA<br>SUP | Waldmann ultraviolet F85/100w/ PUVA + F85/100w/ UV6 | Waldmann 1000 |
| حجرة للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | SUP | Waldmann ultraviolet F85/100w/ UV6 | Waldmann UV 6002 |
| حجرة للمعالجة بالـ PUVA بوضعية الوقوف | UVA | Waldmann F85/100 – PUVA | Waldmann PUVA 6002 |
| حجرة PUVA بوضعية الوقوف | UVA<br>أو<br>SUP | Sylvania FR74 T12<br>Sylvania ultraviolet F75/w86/UV8 | Waldmann UV 8001 K |
| للمعالجة بالـ PUVA ( صندوق لليدين والقدمين ) | UVA | Sylvania F15 T8/F8T5 | Waldmann PUVA 200/180 |
| حجرة للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | UVA<br>UVB | Waldmann F85/100w/PUVA<br>Waldmann F85/100w/UV21 | Waldmann UV 7001 K |
| معالجة ضوئية لجزء من الجسم | UVB | Philips TL 20w – 12 | Waldmann UV 800 |
| للإجراءات التشخيصية ( اختبار الرقعة الضوئي ) | UVA | Philips TLK 40w/09 | Waldmann PUVA 800 |
| للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | SUP – UVB | Metal halide high pressure S400 | Saalmann SUP – Cabin |
| للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف ـ المصباح قابل للحركة | UVA | Metal halide high pressure SA 1000 | Saalmann UVA PURE SEI or SE II ( مزدوج ) |
| للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | UVA | Metal halide high pressure SA 400 | Saalmann UVA PUR cabin |
| للمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | SUP – UVB | Metal halide high pressure S400 + SA 400 | Saalmann UNIVERSAL cabin |
| المعالجة الضوئية بالاستحمام* لليدين والقدمين | SUP – UVB | Metal halide high pressure S400 | Saalmann AQUA – SUP |
| للإجراءات التشخيصية | UVA أو UVB | Metal halide high pressure | Saalmann – Multitester SBA – LT 400 |
| للمعالجة بالـ PUVA بوضعية الوقوف | UVA | Philips TL 100w/09N | H.E.Böcker cabin |
| للمعالجة بالـ SUP بوضعية الوقوف | UVB | Philips TL/12 | H.E.Böcker cabin |
| للمعالجة الكيميائية الضوئية وللمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | UVA و UVB | Metal halide high pressure lamp | Dr. Hönle dermalight cabin 4000 |
| للمعالجة الكيميائية الضوئية وللمعالجة الضوئية بوضعية الوقوف | UVA و UVB | Metal halide high pressure lamp | Dr. Hönle dermalight cabin 6000 |

(*) Balneophototherapy .

| الصانع والجهاز | - نمط المصباح<br>- أنجرة معدنية معالجة<br>- مصابيح عالية الضغط | النمط الرئيسي للانبعاث | الاستخدام |
|---|---|---|---|
| Dr Hönle dermalight 2005 | Metal halide high pressrue lamp | UVA و UVB | جهاز مفتوح متحرك بوضعية الوقوف أو الاستلقاء |
| Dr. Hönle Sol III | Metal halide high pressure lamp (400w) | UVA أو UVB أو ضوء مرئي | إشعاع مُقلد لأشعة الشمس ، إجراءات تشخيصية |
| Mutzhas types 3000, 5000 | Filtered metal halide high pressure lamp | UVA | للمعالجة الضوئية ، وللإجراءات التشخيصية |
| Muller Dermolum HI | Xenonlamp (1000w) Type 976 C0010 | UVA أو UVB أو ضوء مرئي | إشعاع مُحاكٍ لأشعة الشمس ، وإشعاع وحيد اللون ، وأطوال موجات انتقائية ( إجراءات تشخيصية ) |

مثل القطرانات الخشبية ( قطران البتولا Pix betulinae ) وقطران الفحم الحجري ( Pix lithanthracis ) .

**الاستطبابات** :

*تشعيع كامل الجسم* : الصُداف ، والتهاب الجلد التأتبي ، ونظير الصُداف ، والفطار الفطراني ، والنخالية الحزازانية المزمنة ، والشرى الصباغي ، والمتلازمة مفرطة الحمضات(*) ، والطفح الضوئي المتعدد الأشكال ، والتفاعل الضوئي المستديم ، والشرى الشمسي ، والحزاز المسطح .

*تشعيع جزء من الجسم* : الصُداف ( مساحات محدودة ) ، والفطار الفطراني ( ارتشاحات محدودة ) ، والخاصة البقعية ، والحبيبوم الحلقي ، والذأب الشائع ، والعد ، والعد الوردي ( الأشكال الحبيبومية ) . يُجرى التشعيع الجزئي بعد تطبيق محلول ٨ - ميتوكسي بسورالين 8 - Methoxypsoralen ( الميلادينين Meladinine ) على المنطقة الجلدية المراد علاجها ( البوفا الموضعية Topical PUVA ، البوفا الخارجية PUVA ex ) ، أو بعد إعطاء أحد الأدوية التالية بطريق الفم : ٨ - ميتوكسي بسورالين ، ٥ - ميتوكسي بسورالين ( البوفا الفموية oral PUVA ) ، أو الخلين Khellin .

**الجرعة والتدابير الوقائية** : وكما هي الحال في المعالجة الضوئية فإن المعطيات في المعالجة الكيميائية الضوئية تُقدر أيضاً بالملي جول لكل سنتيمتر مربع ( $mJ/cm^2$ ) . أما المعطيات المقدرة بالثواني أو الدقائق أو النبضات Impulses فليس لها مغزى .

ينبغي على المريض ارتداء النظارات الواقية أثناء عملية التشعيع . وإذا ما أُعطي المحسسات الضوئية زرقاً أو بطريق الفم فعليه ارتداء النظارات الكتيمة للـ UVA طوال فترة النهار ، ويُنصح عادة بارتداء النظارات التالية : Clarlet pink ، و Clarlet No. 35 pale green ( شركة Zeiss ) ، لأنها تمتص بشكل أفضل الموجات الطويلة من الإشعاع فوق البنفسجي دون أن تؤثر بشكل ملحوظ على المجال المرئي . كما يعد إجراء Spectra - Shield ( Spectra - Shield ، Pasadena ، الولايات المتحدة الأمريكية ) فعالاً أيضاً ، حيث تُستر النظارات بطبقة تعكس بشكل كامل جميع الأشعة فوق البنفسجية UV ، والأشعة تحت الحمراء IR ، وتسمح بمرور الطيف المرئي فقط ، ويجب ارتداء هذه النظارات طوال يوم العلاج وحتى لحظة ذهاب المريض إلى الفراش . هذا ويُنصح أيضاً بإجراء استشارة عينية قبل البدء بالعلاج لاعتبارات قضائية . كما يجب توخي الحذر التام عند تشعيع كامل الجسم أو جزء منه بمعدات شعاعية عالية الشدة وخاصة في المعالجة الكيميائية الضوئية . أما الأشخاص المعنيون بالأمر ( الأطباء والمساعدون ) فعليهم أن يكونوا على دراية جيدة بالبيولوجيا الضوئية ، واستطبابات العلاج ، ومضادات استطبابه ، وتركيب أجهزة التشعيع وطاقاتها ، وأن يُعطوا دوماً الجرعات الصحيحة ، وأن يتأكدوا من خلو الأجهزة من العيوب التقنية . هذا ويجب أن تخضع هذه الأجهزة لمراقبة دقيقة من قبل السلطات القانونية المختصة مثل : مختبرات الضامنين في الولايات المتحدة الأمريكية Underwriters' Laboratories ، ومجلس مراقبة التقنية في ألمانيا Technical Control Board (TÜV) .

---

(*) Hypereosinophilic Syndrome

الجدول ٦٩ ـ ٨ : مقاييس الجرعة الشعاعية dosimeters
( مجموعة مختارة )

| الصانع | الجهاز | مجال القياس |
|---|---|---|
| Osram | Centra | UVB و UVA |
| Waldmann | PUVA – Meter | UVA |
| Dr. Hönle | UVAMAT | UVA |
| National Biological | LMA – 302 | UVA |
| International Light | IL 1350,1 | UVA و UVB وغيرها |
| | IL 1352 | UVA |
| | IL 1353 UVB | |

الجدول ٦٩ ـ ٩ : طرق المعالجة الكيميائية الضوئية

| الطريقة | الدواء | إعطاء الدواء | |
|---|---|---|---|
| البوفا PUVA | ٨ ـ متوكسي بسورالين[أ] | فموياً | UVA |
| | ٥ ـ متوكسي بسورالين[أ] | فموياً | UVA |
| | تري ميتيل بسورالين[ب] | فموياً | UVA |
| | الخلين Khellin | فموياً | UVA |
| البوفا الخارجية PUVA | ٨ ـ متوكسي بسورالين[أ] | موضعياً | UVA |
| البسورالي موضعياً مع الـ UVA[ج] | تري ميتيل بسورالين[ب] | موضعياً | UVA |
| غوكرمان Goeckerman | القطران ( قطران الفحم الحجري ) | | UVB ، UVB و UVA |
| إنغرام Ingram | الأنترالين[د] | | UVB ، UVB و UVA |

( أ ) ـ Meladinine ، Oxsoralen .

( ب ) ـ Trisoralen .

( ج ) ـ تُطبق هذه الطريقة على مساحات جلدية محدودة أو على كامل الجسم ( حمام بالبسورالين ) .

( د ) ـ ديترانول ( dithranol ) وقطران .

## فائق الصوت Ultrasound :

اكتشف Spallanzani فائق الصوت في القرن التاسع عشر ، وتعرف Langevin على أهميته الفيزيولوجية في عام ١٩١٧ ، وقدم Horvath تقريراً عن نتائج المعالجة بفائق الصوت في عام ١٩٤٤ . وقد استخدم فائق الصوت على نحو واسع في الفترة السابقة بسبب فعله المنبه للاستقلاب وتأثيره المبيغ Hyperemic . يُطبق فائق الصوت بشكل مستمر أو بشكل نابض Pulsed ، وبشدة تتراوح بين ٠,١ ـ ٠,٥ واط/سم٢ ( أحياناً حتى د واط/سم٢ ) . أما فيما يتعلق بطب الجلد فلقد أقلع الأطباء عن استخدام هذا النوع من العلاج إلى حد كبير .

**الاستطبابات** : لفائق الصوت استطبابات محدودة في طب الجلد منها : تصلب الجلد المحدد ( القشيعة ) ، وتصلب الجلد المنتشر ، وقرحات الساق ذات الحواف الضخامية المتليفة .

## الإشعاع المؤين ( المشرد ) : Ionizing Radiation

### الأشعة السينية X – Rays :

تطور علاج الآفات الجلدية بالإشعاع المؤين كفرع خاص من المعالجة بالأشعة السينية ؛ ويجب أن لا يُجرى هذا العلاج إلا من قبل أطباء الجلد المدربين عليه تدريباً خاصاً ، تجنباً لأية أذيات إشعاعية غير قابلة للإصلاح أو الترميم .

### مفاهيم حول الجرعة الشعاعية ووحدات الجرعة الشعاعية : .

*جرعة الحمامى الجلدية Skin Erythema Dose ( SED ) :* قبل البدء باستخدام الرُّنْتِغن Röntgen كوحدة لقياس الأشعة السينية وأشعة غاما ( Chicago ١٩٣٧ ) ، كانت جرعة الحمامى الجلدية ( SED ) أساس كل قياس إشعاعي لفترة طويلة من الزمن . ولقد عُرِّفت الـ SED بأنها جرعة الأشعة السينية التي تُنتج حمامى مرئية على الجلد بعد ١٤ يوماً من التشعيع . ولكن الـ SED عامل شخصي يتوقف على نوع الأشعة السينية وعلى حالة جلد الإنسان المُعالَج ، ولذا فهي غير دقيقة ، ولا تستخدم في الوقت الحاضر .

*الرُّنْتِغن Röntgen :* هي وحدة التعرض Unit of exposure ، وتساوي مقدار الأشعة السينية أو أشعة غاما التي سوف تُنتج في حيز هوائي كمية من الشحنة المُحرَّضة ( موجبة أو سالبة ) تعادل وحدة كهرباء ساكنة واحدة Electrostatic unit ( ESU ) في ٠,٠٠١٢٩٣ غرام من الهواء .

يُرمز للرنتغن بـ R أو r :

١ رنتغن ( 1 R ) =

= وحدة كهرباء ساكنة واحدة ( 1 ESU ) / ١,٢٩٣ ملغ

= ٢,٥٨١٠^-٤ كولوم / كغ

1 ESU = ٣,٣٣٥٦ × ١٠^-١٠ كولوم ( C ) .

*الراد Rad :* وهو الوحدة القديمة لجرعة الطاقة الممتصة ، واختصار للعبارة التالية : Radiation absorbed dose

( جرعة الإشعاع الممتصة ) . وجرعة الطاقة Energy dose هي المفهوم الأكثر أهمية للجرعة في سياق المعالجة الشعاعية ؛ كما أن لجرعة الطاقة لكل وحدة زمن أهمية أيضاً ( معدل الجرعة الممتصة Absorbed dose rate ) .

*الغراي Gray* : أُطلق على جرعة الطاقة اسم الغراي ( Gy ) في نظام التعديل الثاني لقانون الوحدات للعام ١٩٧٧ .

لم يعد يُستخدم التعريف التاريخي للجرعة الشاردية Ion dose المبنيّ على أساس الـ ESU ( وحدة الكهرباء الساكنة ) وحجم الهواء ، وإنما ينوه فقط إلى الشحنة الناتجة عن تشعيع كتلة من الهواء : أي الجرعة الشاردية ( I ) المحدثة بإشعاع مؤين .

واعتباراً من عام ١٩٨٥ أصبحت الوحدات السيوية SI units ( وحدات النظام الدولي Systeme International d'Unifes ) هي التي يمكن استخدامها فقط كوحدات قانونية ، وذلك وفقاً لقانون وحدات المقاييس للعام ١٩٦٩ المبني على أساس مؤتمر المتر Convention of the Meter . والوحدات السيوية الرئيسية هي : المتر Meter ، والكيلو غرام Kilogram ، والثانية Second ، والأمبير Ampere ، والكلفِن ( وحدة الحرارة الترمودنمية ) Kelvin ، والقَنْدِلَة ( وحدة شدة الإنارة ) Candela ، والمول Mole ، بالإضافة إلى وحدات مشتقة من الوحدات السابقة بعامل القوة (١) . والرنتغن Röntgen ( R ) ليس من الوحدات السيوية ، لذلك يجب ألّا يُستخدم بعد عام ١٩٨٥ . أما وحدة التعرض السيوية SI Unit of exposure فهي الكولوم لكل كغ C/kg . لكن ما يعيب وحدة التعرض(*) هو أنها ترتبط بالتعريف بتأثير مقاس في حيز مملوء بالهواء وليس بفعل الإشعاع في الأنسجة ، ولقد أمكن التغلب على ذلك باستخدام الغراي gray الذي هو جرعة الطاقة ( الجرعة الممتصة Absorbed dose ) . والجرعة الممتصة هي نسبة الطاقة الإشعاعية المنتقلة من إشعاع مؤين إلى نسيج ما إلى كتلة النسيج :

$$\text{١ غراي} = \text{١} \frac{\text{جول}}{\text{كغ}} = \text{١} \frac{\text{واط . ثانية}}{\text{كغ}} = \text{٠,٢٣٩} \frac{\text{ميلي كالوري}}{\text{غرام}}$$

أما الوحدة القانونية لمعدل الجرعة الممتصة Absorbed dose rate فهي الغراي/ثا ( Gy/s ) . هذا ويمكن أيضاً استخدام الأجزاء العشرية أو المضاعفة للغراي ( جرعة الطاقة ) ، وأية وحدة قانونية للزمن مثل : ميلي غراي/ساعة ( mGy/h ) ، أو غراي/دقيقة ( Gy/min ) .

$$\text{١} \frac{\text{ميلي غراي}}{\text{ساعة}} = \text{١٠}^{-\text{٣}} \frac{\text{غراي}}{\text{ساعة}} \times \frac{\text{١ ساعة}}{\text{٣٦٠٠ ثانية}} = \text{٠,٢٧٨} \frac{\text{مكرو غراي}}{\text{ثانية}}$$

$$\text{١} \frac{\text{غراي}}{\text{دقيقة}} = \text{١} \frac{\text{غراي}}{\text{٦٠ ثانية}} = \text{١٦,٧} \frac{\text{ميلي غراي}}{\text{ثانية}}$$

وبحكم التجربة فإن العلاقة التقريبية(**) بين الغراي والراد هي : ١ راد = ٠,٠١ غراي .

هذا وتؤثر نوعية الأشعة السينية ومقدار جرعتها الممتصة على نتيجة العلاج بشكل ملحوظ .

*فولطية الأشعة السينية X – Ray Voltage* : كلما كانت فولطية الأشعة السينية عالية كانت الأشعة السينية أقسى ، وأطوال موجاتها أقصر ، وكانت طاقتها أكبر ، ونفوذها أعمق ، أي أنه يزداد نفوذ الأشعة السينية كلما كانت أمواجها أقصر . ومن جهة أخرى تمتاز الأشعة السينية اللينة Soft X – rays الناتجة عن استخدام فولطية منخفضة بسهولة امتصاصها في الطبقات العليا من الجلد .

*عمق نصف القيمة Half – Value Depht ( D 1/2 )* : يُعرّف عمق نصف القيمة ( HVD أو D 1/2 ) بأنه عمق النسيج الذي تنخفض عنده قيمة الجرعة الشعاعية إلى نصف قيمتها عند السطح ( نصف جرعة السطح = الجرعة الجلدية ) . ويجب على الطبيب المُعالج عند وضعه خطة علاج الآفات الجلدية السطحية أن يضع في حسبانه ضرورة تزويد الآفة بالمقدار الأكبر من الجرعة الشعاعية اللازمة مع وصول أقل ما يمكن من هذه الجرعة إلى الأنسجة التحتانية .

*الترشيح Filtering* : يمكن تغيير نوعية الأشعة السينية وذلك باستخدام مراشح ملائمة مصنوعة من الألمنيوم عادة .

*طبقة نصف القيمة Half – Value Layer* : تُعرّف طبقة نصف القيمة ( HVL ) بأنها ثخانة مادة ترشيح معينة تؤدي إلى إنقاص شدة الأشعة السينية إلى ٥٠٪ من قيمتها الأصلية . ولقد اُقترح أن يحلّ التعبير الحديث « ثخانة نصف القيمة Half – value thickness ( HVT ) » محل تعبير طبقة نصف القيمة ( HVL ) .

*تناقص الشدة Decrease in Intensity* : وهو يتبع قوانين البصريات ، حيث تتناقص شدة الأشعة السينية طرداً مع مربع البعد عن منبع الإشعاع . وإذا كانت المنطقة المراد تشعيعها

---

(*) أي الرنتغن والكولوم لكل كغ ( المترجم ) .

(**) أي أنها علاقة مبنية على تجارب عملية وليس على قياسات علمية ( Rule of thumb ) ( المترجم ) .

مكورة وليست مسطحة ، فإننا نلجأ في هذه الحالة إلى استخدام أنبوب شعاعي أطول للتعويض عن الضياع في شدة الأشعة السينية داخل الكتلة الورمية بسبب شكلها .

*بعد الجلد المستهدف Target Skin Distance* : يلعب بعد الجلد المستهدف ( TSD ) دوراً هاماً عند معالجة الآفات الجلدية بالأشعة السينية ، فكلما ازداد الـ TSD تناقصت الجرعة على الجلد . وبتغيير عدة عوامل مختلفة ( الفولطية ، ومرشحة الأنبوب ، ومرشحة الإشعاع ، وبعد الجلد المستهدف ) فإنه يمكن الحصول على معالجة شعاعية مُثلى تُحدث التأثير المرغوب به بأقل جرعة ممكنة ، وتهدف إلى وقاية الأنسجة المجاورة قدر الإمكان تجنباً للأذيات المتأخرة .

الإشعاع الفائق اللين Supersoft radiation : لا تتجاوز فولطية الأنبوب الـ ٢٠ كيلو فولط .

الإشعاع اللين Soft radiation : تتراوح فولطية الأنبوب بين ٢٠ ـ ٦٠ كيلو فولط .

الإشعاع السطحي Superficial radiation : تتراوح فولطية الأنبوب بين ٦٠ ـ ١٥٠ كيلو فولط .

**المعالجة بأشعة غرينز Grenz Ray Therapy** : أشعة غرينز هي أشعة سينية فائقة اللين Supersoft ، تُنتجها أنابيب خاصة ( مزودة بنوافذ من البريليوم Beryllium ) تتراوح طاقتها بين ١٠ ـ ٢٠ كيلو فولط أو أقل . وبما أن البريليوم ذو وزن ذري منخفض ، فإنه يسمح بمرور الأشعة السينية اللينة التي يمكن أن تضيع عند استخدام النوافذ الأخرى . ولقد أُدخلت أشعة غرينز إلى طب الجلد من قبل بَكي Bucky في عام ١٩٢٨ ( إشعاع بَكي Bucky radiation ) . تتميز هذه الأشعة بأنها تنفذ فقط إلى الطبقات الجلدية الأكثر سطحية ( البشرة ، والأدمة العلوية ) ، ولذا فهي ليست ملائمة من أجل النتف Epilation ، لا تحتاج هذه الأشعة إلى الترشيح ، غير أنه يجب تزويد أنبوب الأشعة السينية بنافذة خاصة ( نافذة البريليوم Beryllium window أو نافذة ليندمان Lindemann window ) بحيث تسمح بمرور حزمة الأشعة السينية الفائقة الليونة ( أي أنها لن تُمتص قبل مغادرتها للأنبوب ) . وفي معظم الأحيان يُلاحظ حدوث حمامي وفرط تصبغ بعد المعالجة بأشعة غرينز ( حتى بعد استخدام الأشعة المنخفضة الشدة ) . كما قد تؤدي الجرعات المفردة التي تتجاوز الـ ١٠ غراي ( Gy ) وكذلك الجرعات الكلية المرتفعة إلى حدوث ضمور تبكلي سطحي في الجلد المُعالج .

**الاستطبابات** : الإكزيمة المزمنة المحددة ، والحزاز البسيط المزمن .

**المعالجة بالتماس Contact Therapy** : أُدخلت هذه المعالجة من قبل شاول Chaoul في عام ١٩٣١ وذلك بصنعه الأنبوب المصعدي المجوف ( جهاز شاول Chaoul apparatus ، Siemens – Reiniger ) . وفي عام ١٩٣٤ بدأ Van der Plaats باستخدام جهاز مماثل ( R.T.50 ، C.H.F.Müller ، Hamburg ) . ومن الممكن في الوقت الحاضر وضع الأنابيب الشعاعية قريبة جداً من سطح الجلد وبحيث لا يتجاوز بعد الجلد المستهدف ( TSD ) ١,٥ ـ ٥ سم . كما يمكن أن نستخدم في المعالجة بالتماس أنابيب الأشعة السينية اللينة التي تتراوح فولطيتها بين ٣٠ ـ ٦٠ كيلو فولط ، ولكن مع استخدام مراشح خاصة تؤدي إلى إنقاص جرعة العمق بشكل ملحوظ ، وبحيث لا يتجاوز عمق نصف القيمة ( D 1/2 ) في هذه الحالة ٤ ـ ١٢ ملم . وعلى أي حال وبسبب بعض القيود المفروضة على تصميم مخروط الأشعة cone فإنه بالإمكان فقط تشعيع مساحات جلدية واضحة ، متجانسة ، صغيرة ، دائرية تقريباً ، بينما يؤدي تشعيع مساحات جلدية متجاورة إلى حدوث التراكب Overlap .

**الاستطبابات** : سرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة الشائكة الخلايا ، وداء بوفن ، والفُطار الفطراني ، والشامة الخبيثة ، وبعد الاستئصال الجراحي للجدرة أو للوعاؤوم الدموي الكهفي تجنباً للنكس .

**المعالجة بالأشعة السينية اللينة Soft X – Ray Therapy** :
حلّت هذه المعالجة بشكل كبير مكان المعالجة بالأشعة السينية بالتماس وذلك منذ ابتكار أنابيب الأشعة السينية المجهزة بنوافذ البريليوم Beryllium windows . يؤدي التشعيع بالأشعة السينية اللينة إلى حدوث تناقص حاد في قيمة الجرعة الشعاعية داخل النسيج المعالج ، وبالتالي فإن الامتصاص الأعظمي للأشعة سوف يحدث في الطبقات العليا من الجلد ، ويُستدل من ذلك أن بعد الجلد المستهدف ( TSD ) ليس له إلا أهمية ثانوية في سياق المعالجة بالأشعة السينية اللينة . هذا وتُصنّع أجهزة الإشعاع اللين من قبل : Siemens – Reiniger ( جهاز Dermopan ) ؛ ومن قبل : C.H.F. Müller ، Hamburg ( الجهازان R.T.100 أو R.T.50 ) ؛ ومن قبل : Philips Medical System Inc. ، 710 Bridgeport Ave ، P.O.Box 484 ، Shelton ، CT O6484 ، U.S.A . وإذا ما قمنا بتبديل المرشحة وفولطية الأنبوب الشعاعي ( بين ١٠ و ١٠٠ كيلو فولط للجهاز R.T.100 ، وبين ١٠ و ٥٠ كيلو فولط للجهاز Dermopan ) فإنه يمكننا عند التحكم بالمعالجة الشعاعية المطلوبة : سواء منها المعالجة بأشعة غرينز Grenz ( حتى ١٢ كيلو فولط ) ، أم المعالجة بالأشعة السينية اللينة

( بين ٣٠ – ٦٠ كيلو فولط ) ، أم المعالجة الشبه عميقة Semideep ( بين ٦٠ – ١٠٠ كيلو فولط ) . تتصف أجهزة الأشعة السينية اللينة بفائدة إضافية تتجلى بإمكانية فرش الحزمة الشعاعية فوق مساحة واسعة لعلاج الفُطار الفطراني ، وأحمريات الجلد ، واللمفومات الجلدية الخبيثة ( **المعالجة بطريقة الحقل الواسع Larg field method treatment** أو **المعالجة بالأشعة السينية البُعادية Remote tele – X – ray treatment ، Röntgenfernbestrahlung** ) . يُستنتج مما سبق أن لجهاز الأشعة السينية اللينة استخدامات واسعة في مجال معالجة الآفات الجلدية بالأشعة السينية ، فهو يجمع إلى حد ما عدة أجهزة في جهاز واحد .

**الاستطبابات** : سرطانة الخلية القاعدية ، والسرطانة الوسفية الخلايا ، وداء بوفن وسرطانة بوفن ، والشامة الخبيثة ( داء دوبروي Dubreuilh ) ، واللمفوم الجلدي الخبيث . كما تعتبر الأشعة السينية اللينة فعالة في علاج الجلادات السليمة مثل : الإكزيمة المزمنة ، وحثل الأظافر الصُداقي ، والصُداف ، والتهاب الوريد الخُثاري ، والتهاب الإبط من نمط التهاب الغدد العرقية المقيح ، غير أنه يجب تحديد الاستطباب بشكل دقيق وحذر قبل البدء بتشعيع مثل هذه الجلادات السليمة ، وذلك على الرغم من ندرة استخدام الأشعة السينية اللينة في معالجة الجلادات السليمة في الوقت الحاضر .

**مُسرِّعات ( مُعجِّلات ) الجسيمات Particle Accelerators** : وهي إما مُسرِّعات خطية أو دوروية Cyclic ( حزمة إلكترونية Electron beam ) .

*المُسرِّعات الخطية Linear Accelerators* : تكتسب الإلكترونات طاقتها من قدرة الموبجات Microwave power مع ازدياد سرعة الطور Phase velocity . ويُنتج المُسرِّع الخطي إشعاعياً دفعياً Impulse radiation ذا شدة عالية ، وله طاقات تتراوح بين ٤ – ٢٥ ميغا إلكترون فولط MeV ، وقد تصل أحياناً إلى ٤٠ MeV .

*المُعجِّلات الذرية ( السيكلوترونات ) Cyclotrons* : يتم تسريع الإلكترونات في وعاء حلقي الشكل مُفرَّغ من الهواء ، وذلك باستخدام مغانط كهربائية ضخمة تؤدي إلى زيادة الدفق المغناطيسي . وبوصول السرعة إلى نهايتها القصوى فإنه غالباً ما تبلغ سرعة الضوء . كما يُعد جهاز **البيتاترون Betatron ( Siemens ؛ مُسرِّع للإلكترونات electron accelerator** ) ، الذي يملك طاقة إلكترونية قصوى تتراوح بين ١٨ – ٤٢ ميغا ألكترون فولط MeV ، سيكلوتروناً أيضاً. تُنتج المُسرِّعات الخطية والبيتاترونات حزماً إلكترونية بطاقات محددة ، أي أنها تُعطي إلى حد كبير نفوذات إلكترونية محددة ( كما تُنتج هذه الأجهزة الحزم الفوتونية photon beams من أجل المعالجة العميقة ) .

**الاستطبابات** : الأورام الجلدية الخبيثة خاصة المتوضعة فوق عظم أو غضروف ، واللمفومات الجلدية الخبيثة ( تشعيع كامل الجسم ) .

**جهاز الكوري البُعَادي Telecurie Apparatus** : ( ماري وبيير كوري ١٨٩٨ ) : يتم تركيز الراديوم – ٢٢٦ ( $^{266}Ra$ ) في رؤوس مناسبة للتشعيع ( Radium canons ، ويُعد الجهاز ملائماً من أجل **المعالجة شبه العميقة Semideep therapy** . تعتمد الأجهزة الحديثة على مصادر الكوبلت – ٦٠ ( $^{60}Co$ ) ، والسيزيوم – ١٣٧ ( $^{137}Cs$ ) ، فقد أدى استعمال الكوبلت – ٦٠ ( $^{60}Co$ ) ، الذي يُعطي إشعاعاً وحيد اللون تقريباً وكميات ثابتة من إشعاع عالي النوعية ، إلى تحسن **جهاز الكوبلت البُعَادي Telecobalt apparatus** . والشيء نفسه ينطبق على عنصر السيزيوم – ١٣٧ ( $^{137}Cs$ ) الذي يُصدر أشعة غاما ( **جهاز السيزيوم البُعَادي Telecesium apparatus** ) . وبتغيير بُعد الجلد المستهدف ( TSD ، فإنه يمكن استخدام جهاز الكوري البُعَادي في **المعالجة شبه العميقة أو في المعالجة العميقة** . كما يتصف هذا الجهاز بميزات تفوق تلك الموجودة في المعالجة بالأشعة السينية ، وخاصة فيما يتعلق بتوزيع الجرعة الشعاعية ضمن الآفات الواقعة تحت الجلد ، حيث يتم هذا التوزيع بشكل أفضل عند استخدام جهاز الكوري البُعَادي . تكون الجرعة السطحية أقل مما هي عليه على عمق ميليمترات أو سنتيمترات قليلة ( وفقاً للطاقة المستخدمة ) ، ويعود السبب في ذلك إلى ما يُسمى بالتأثير المتنامي ( المتزايد ) Build – up effect .

**الاستطبابات : المعالجة شبه العميقة Semideep therapy** ( الكوبلت البُعَادي Telecobalt ، السيزيوم البُعَادي Telecesium ، الإلكترونات السريعة ) : الأورام الخبيثة كالنقائل في الرأس ، والعنق ، والقضيب ، والأثداء ، والفرج ، والعقد اللمفية المحيطية ؛ والأورام السطحية في الأطراف . **المعالجة العميقة Deep therapy** ( الكوبلت البُعَادي ، الإلكترونات السريعة ، المُسرِّع الخطي ) : الأورام العميقة في الصدر والبطن والأطراف ؛ والأورام المنتشرة في الرأس والعنق . هذا ويجب ألاّ يُجرى هذا العلاج إلا من قبل أطباء مختصين بالمعالجة الشعاعية .

**التوريوم X ( Thorium X )**(*) : مادة مشعة من سلسلة التوريوم ، تنتج بشكل طبيعي عن تدرك عنصر التوريوم

(*) يُعد التوريوم X نظيراً مشعاً طبيعياً للراديوم ( المترجم ) .

المشع . فترة حياته قصيرة جداً ، ويبلغ عمره النصفي ٣,٦٤ يوم . يُصدر التوريوم X إشعاعات ألفا ( أكثر من ٩٠٪ ) تنفذ إلى الجلد بشكل سطحي جداً ، كما يُصدر إشعاعات غاما تنفذ عميقاً . هذا ولقد بطل استخدام هذه الوسيلة العلاجية لأسباب تتعلق بالحماية الشعاعية .

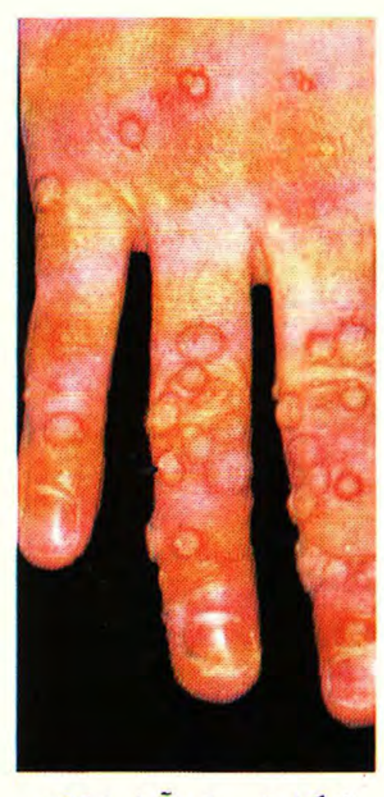
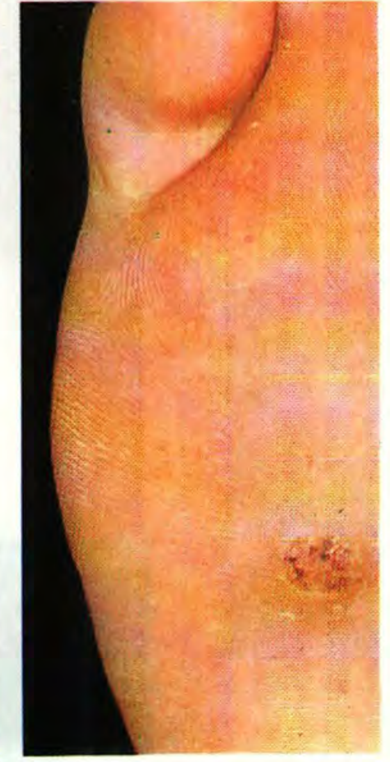
**النظائر المشعة الإصطناعية ( النويدات المشعة Radionuclides )** : تُستعمل المواد المشعة الاصطناعية بدلاً من إبر الراديوم في المعالجة الخلالية Interstitial treatment ( أي غرس الأشعة السينية داخل الورم ) . ويُستعمل عادة وبحسب الحالة المعالجة الكوبلت – ٦٠ ( $^{60}Co$ ) ، أو السيزيوم – ١٣٧ ( $^{137}Cs$ ) ، أو الإيريديوم – ١٩٢ ( $^{192}Ir$ ) ، أو اليود – ١٢٥ ( $^{125}I$ ) إما على شكل خرزات أو على شكل أسلاك تُغرس بشكل دائم أو مؤقت . وبقدر الإمكان ، يجب استخدام تقنيات خاصة يمكن بواسطتها التحكم عن بعد بهذه المواد المشعة ، وذلك عند نقلها أو غرسها ضمن الأنسجة تجنباً للأذيات الشعاعية التي يمكن أن تصيب العاملين في هذا الميدان . هذا ويجب عدم استعمال هذه المواد إلا من قبل أطباء الأشعة .

**الباعثات الاصطناعية لأشعة بيتا Artificial Beta Emitters** : تخترق هذه الأشعة ميليمترات قليلة فقط ، ولذلك فهي ملائمة بشكل خاص لعلاج الآفات الجلدية السطحية . والعنصر الأكثر استعمالاً هو السترونيتوم المشع Strontium ( $^{90}Sr$ ) الذي يتفكك بعمر نصفي قدره ٢٨,٥ سنة إلى الإتريوم المشع Yttrium ( $^{90}Y$ ) ، وهذا الأخير يتحول بعمر نصفي قدره ٢,٦٧ يوم إلى نظير مستقر هو الزرقونيوم ( $^{90}Zr$ ) بعد أن يُصدر أشعة بيتا نقية طاقتها القصوى ٢,٣٥ Mev . تتوافر هذه المستحضرات على شكل صفائح من الـ $^{90}Y$ – $^{90}Sr$ ( باعثات أشعة بيتا المغلقة ) ( Buchler ) ، أو على شكل مطابيق بقعية Spot applicators .

**الاستطبابات** : الأورام السطحية للجلد والأغشية المخاطية ، والوعاؤومات الدموية الجلدية ، والملانومات الخبيثة في العين .

يجب ألاّ يُجرى هذا النوع من العلاج ( المعالجة بالنظائر المشعة الاصطناعية ) إلا من قبل أطباء مُرخص لهم بموجب أنظمة الحماية من الإشعاع Radiation Protection Regulations .

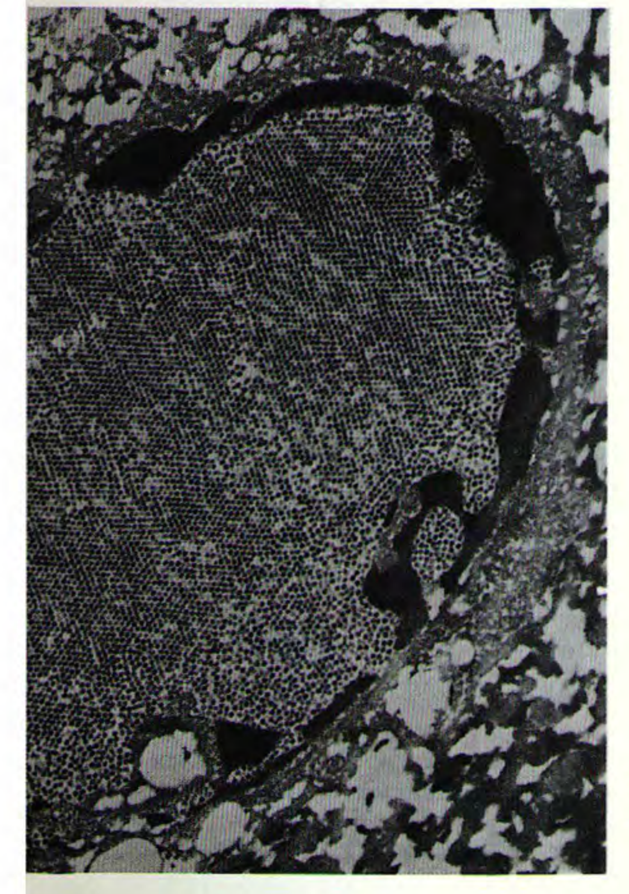
# أطلـس الأشـكال

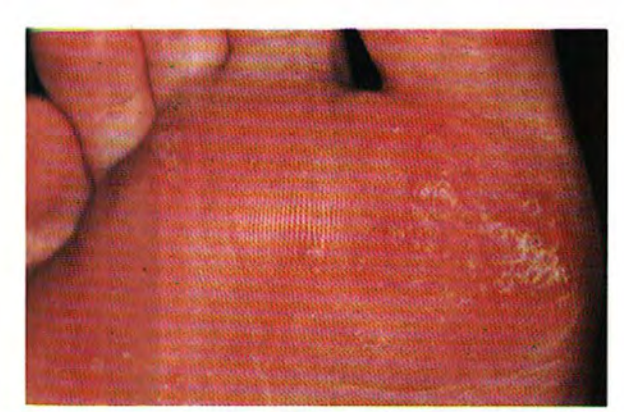

**الشكل 2 – 1** : ثآليل شائعة ، ثآليل أخمصية ، ثآليل الطيات الظفرية .



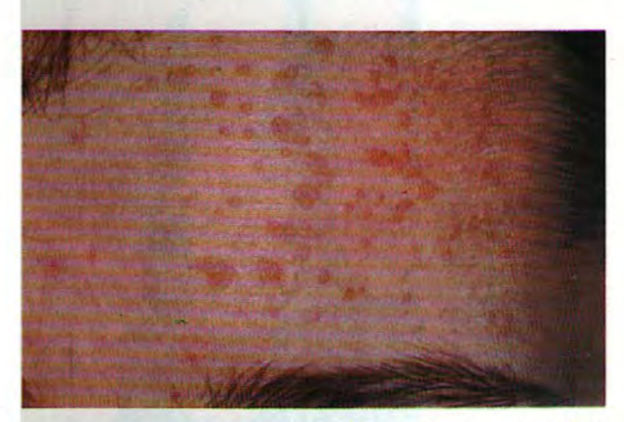
**الشكل 2 – 2** : ثآليل شائعة خيطية .



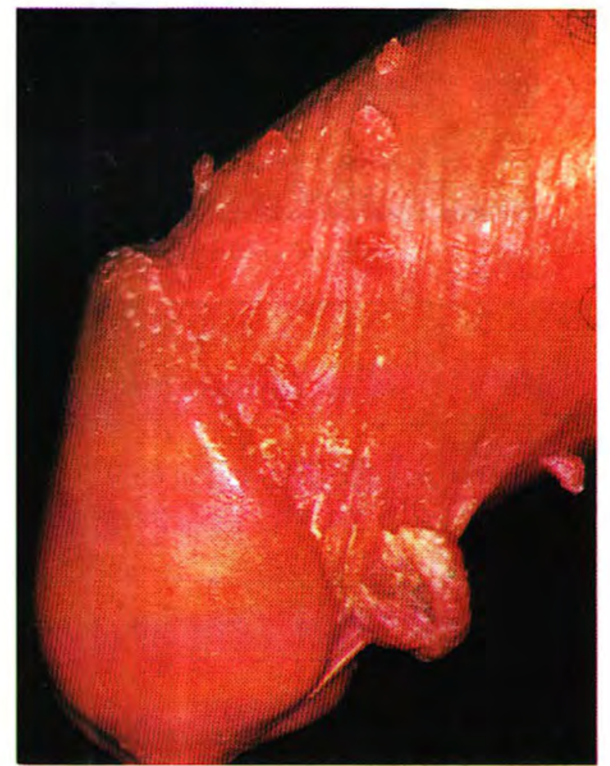
**الشكل 2 – 3** : ثؤلول شائع : جسيمات الحمات الحليمومية الإنسانية داخل النواة في خلية مقرنة « الصورة بالمجهر الإلكتروني ، تكبير × 80000 » .



**الشكل 2 – 4** : ثآليل أخمصية « ثآليل مزيِّقة » .



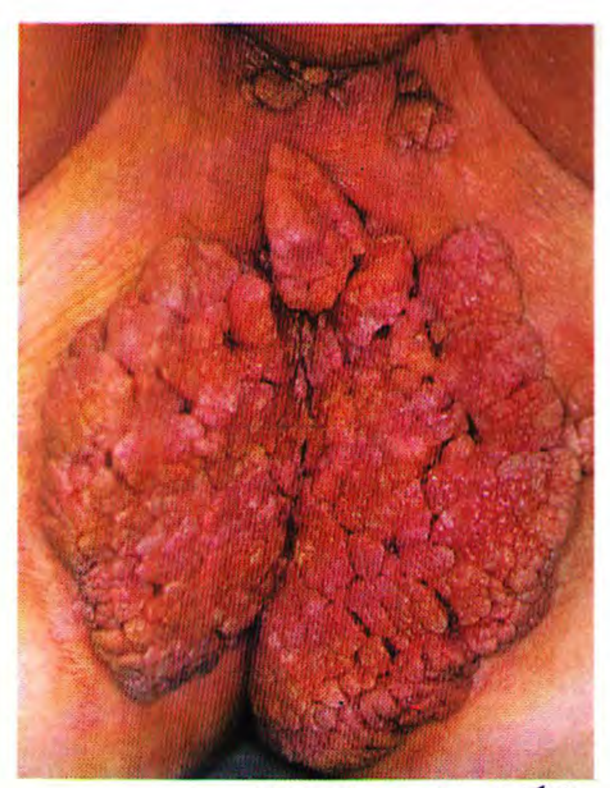
**الشكل 2 – 5** : ثآليل فتوية مسطحة ( منبسطة ) .



**الشكل 2 – 6** : لقمومات مؤنفة .



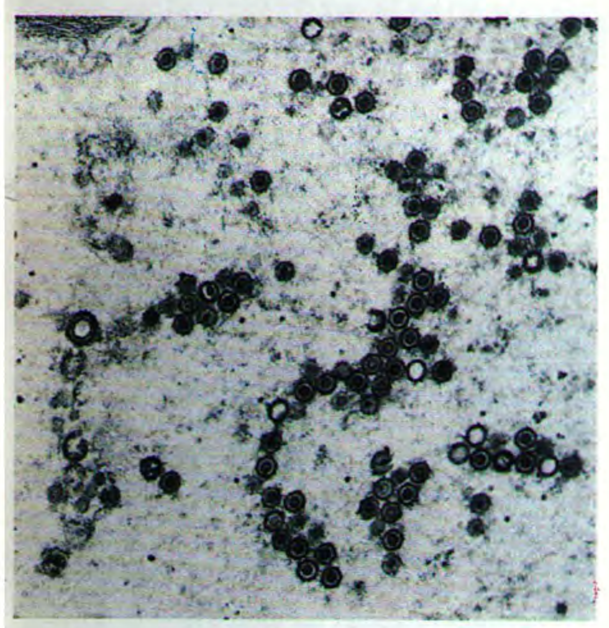
**الشكل 2 – 7** : لقمومات مؤنفة حول الشرج .



**الشكل 2 – 8** : لقمومات عملاقة .



**الشكل 2 – 9** : مليساء معدية .



**الشكل 2 – 11** : حلأ بسيط « حمة الحلأ البسيط في خلية مقرنة » – الصورة بالمجهر الألكتروني مكبرة × ٣٠٠٠٠ مرة .



**الشكل 2 – 10** : مليساء معدية : « جسيمات حموية في خلية مقرنة » – صورة بالمجهر الألكتروني ، مكبرة × ٦٢٥٠٠ مرة .



**الشكل 2 – 12** : التهاب لثة وفم حلئي .



**الشكل 2 – 13** : إكزيمة حلئية .



**الشكل 2 – 14** : حلأ بسيط ... خمج بدئي .



**الشكل 2 – 15** : حلأ بسيط شفوي .



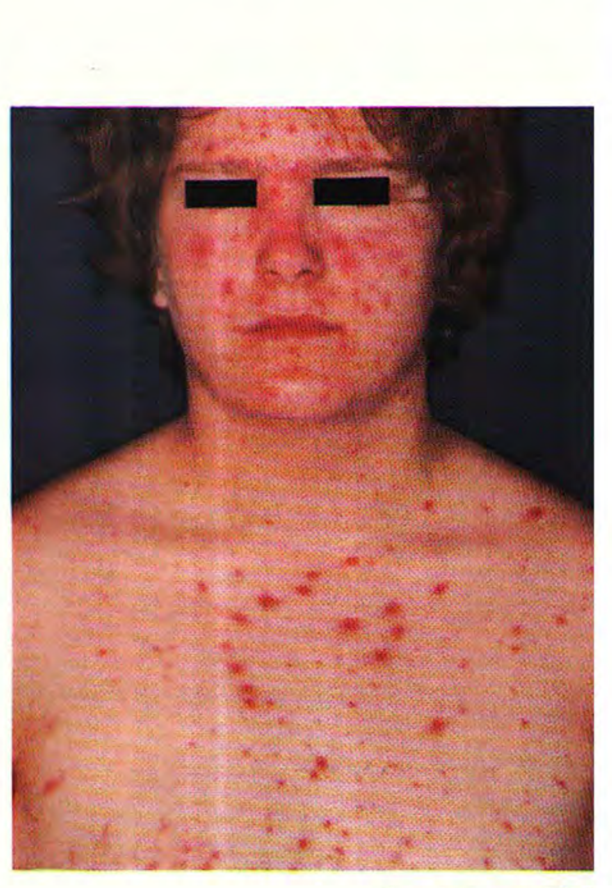
**لشكل 2 – 16** : حلأ بسيط : تقرح عقب الحلأ .



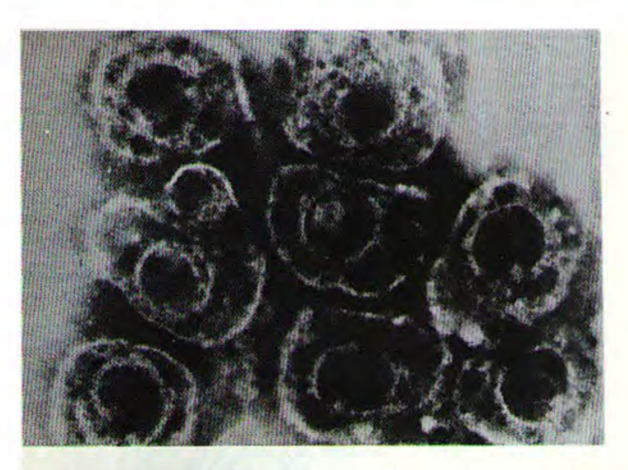
**الشكل 2 – 17** : حلأ بسيط .



الشكل 2 – 18 : حلأ بسيط معاود موضع .



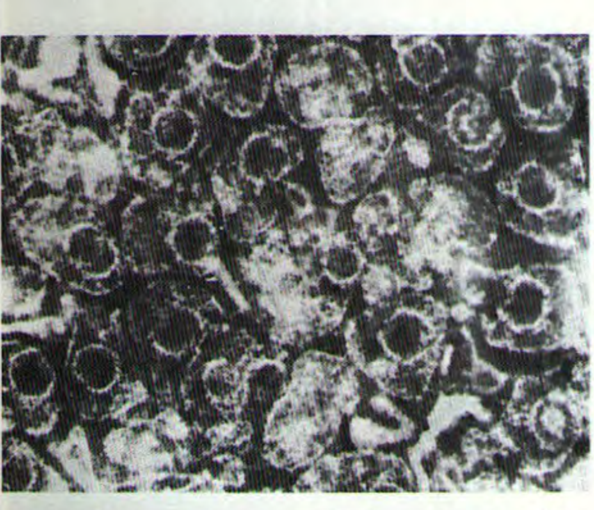
الشكل 2 – 20 : حماق .



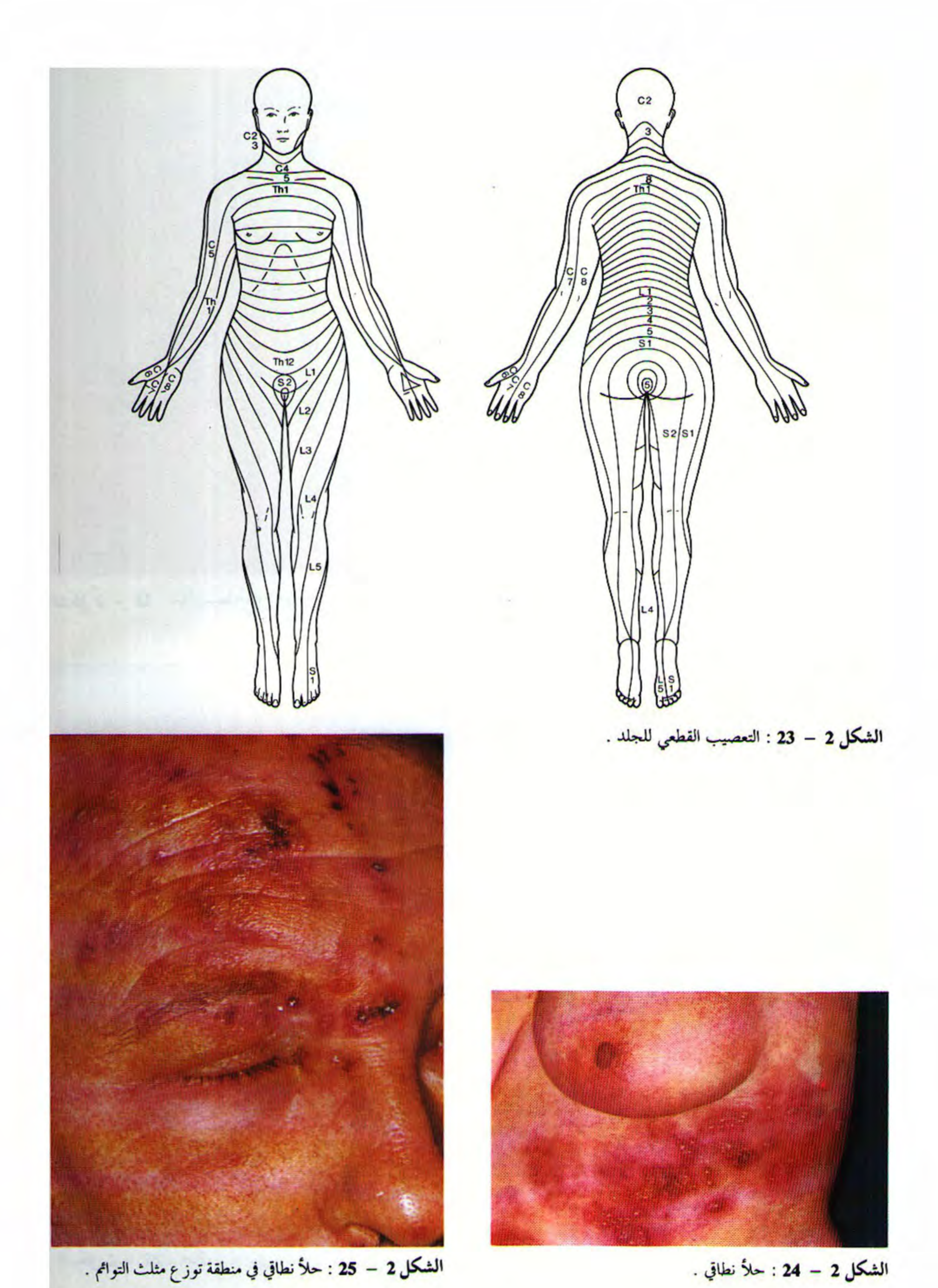
**الشكل 2 – 19** : حلأ بسيط : حمة الحلأ البسيط الإنسانية من محتوى حويصل . صورة بالمجهر الألكتروني بلا تلوين × 57500 .



**الشكل 2 – 21** : آفات حماقية .



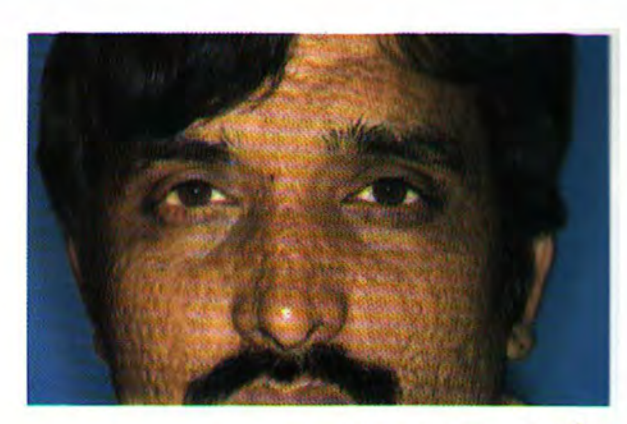
**الشكل 2 – 22** : حلأ نطاقي : « حمة الحماق ـ الحلأ النطاقي في سائل حويصل » صورة بالمجهر الألكتروني بلا تلوين × ٦٠٠٠٠ .




**الشكل 2 – 23** : التعصيب القطعي للجلد .

**الشكل 2 – 24** : حلأ نطاقي .

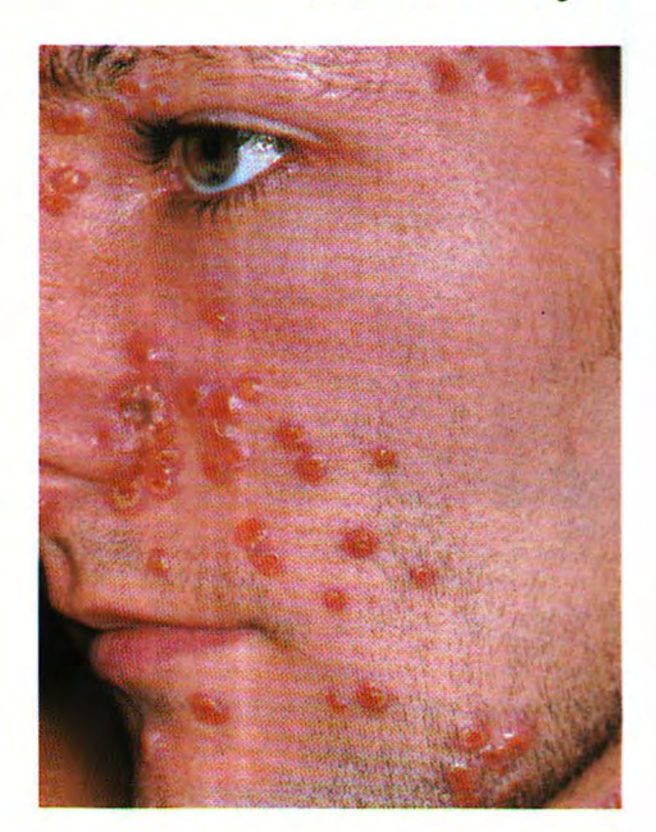
**الشكل 2 – 25** : حلأ نطاقي في منطقة توزع مثلث التوائم .



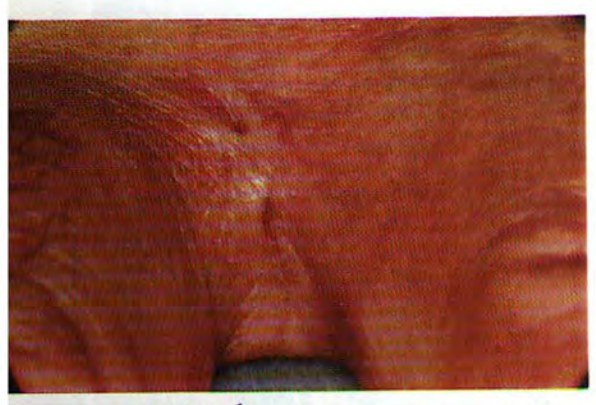
**الشكل 2 – 26** : ندبات الجدري .



**الشكل 2 – 29** : عقيدات الحلّابين .



**الشكل 2 - 27** : إكزيمة لقاحينية .



**الشكل 2 – 30** : حبيبومات الحلّابين أو الحلاقين ( حبيبوم شعري ) .



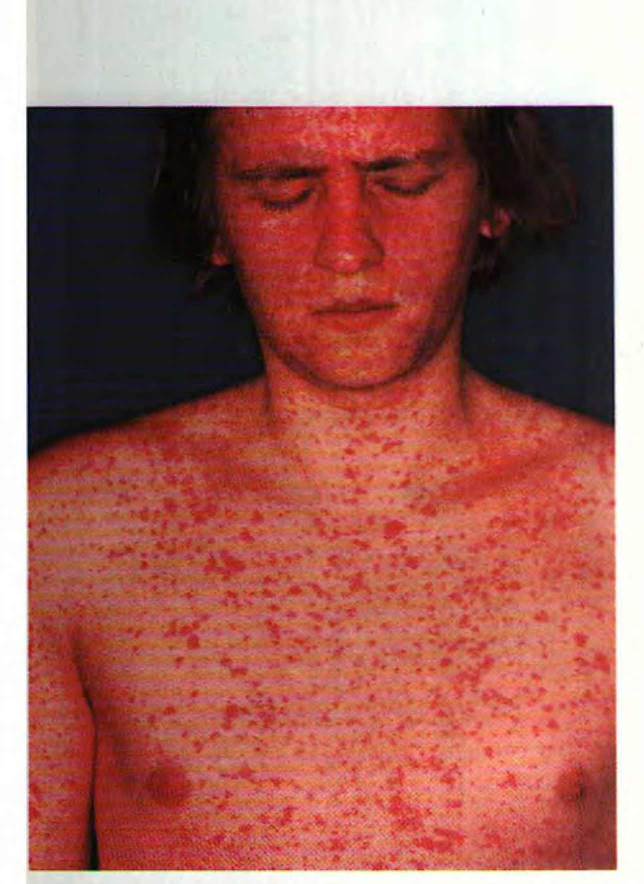
**الشكل 2 – 28** : وقس .



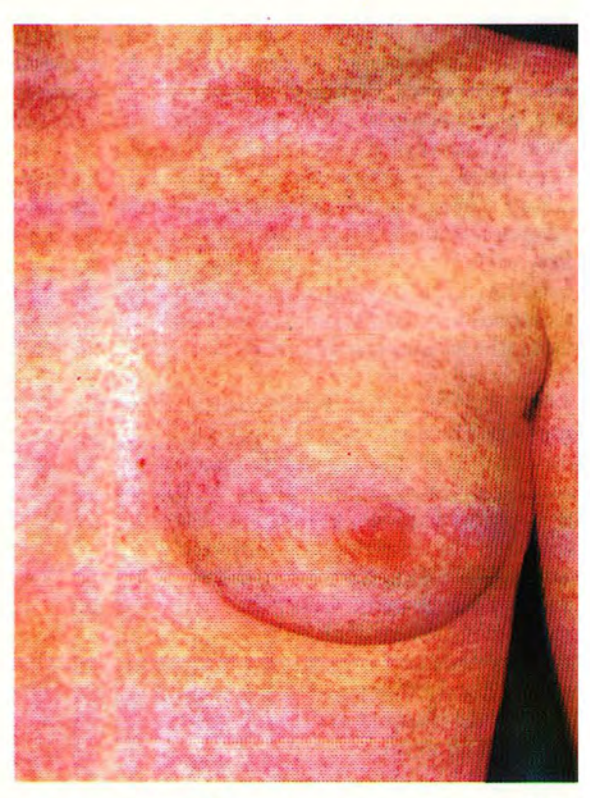
**الشكل 2 – 31** : الإكثيمة المعدية .



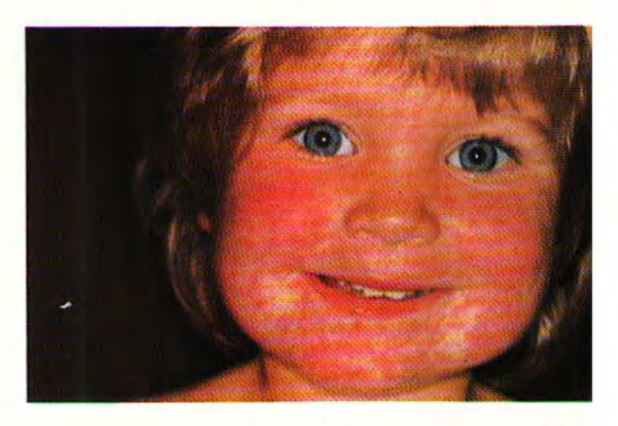
الشكل 2 – 32 : طفحية اليد – القدم – الفم .



الشكل 2 – 33 : الحصبة .



الشكل 2 – 34 : الحميراء ( الحصبة الألمانية ) .

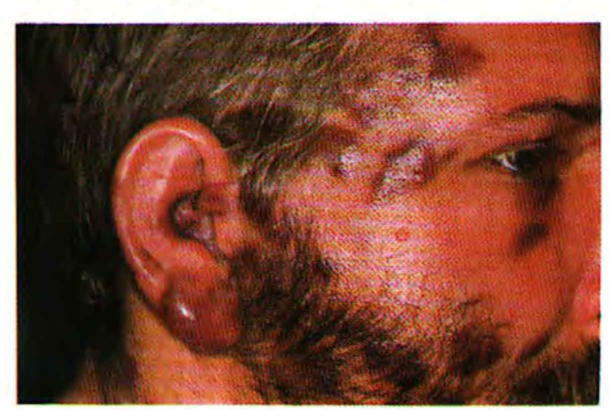


الشكل 2 – 35 : الحمامى الخمجية .



الشكل 2 – 36 : الحمامى الخمجية .

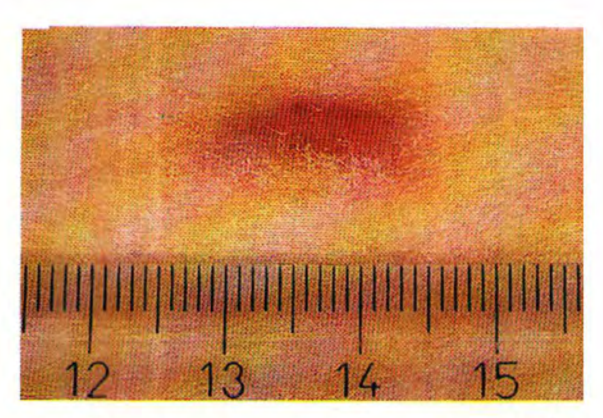
**الشكل 2 – 37** : جسيم حمة عوز المناعة الإنسانية : تتألف المحفظة من البروتينات $P_{17}$ و $P_{24}$ ، تحتوي على نسختين من مجين الرنا RNA مترافقة مع إنظيم الإنتساخ الخلفي $P_{51}$ ، $P_{66}$ والنواعاز الداخلية $P_{31}$ . يتألف غلاف الحمة من طبقة مضاعفة شحمية وبروتين سكّري ذي مكونتين $gp_{41}$ و $gp_{120}$ وهما يشتقان من البروتين الطليعي $gp_{160}$ بواسطة الشطر الحالّ للبروتين ( معدّل عن Gallo عام 1987 بعد أخذ الإذن ) .



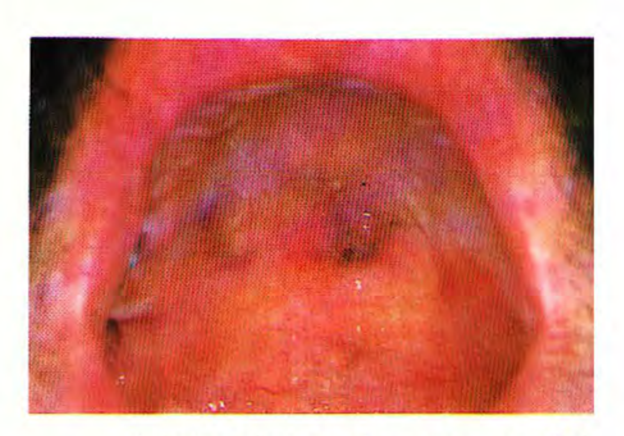
**الشكل 2 – 38** : غرن كابوزي عند مريض مصاب بالإيدز .



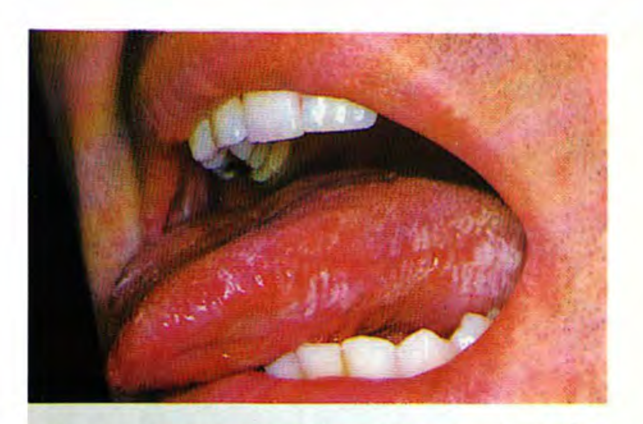
**الشكل 2 – 39** : غرن كابوزي عند مريض مصاب بالإيدز .




**الشكل 2 – 40** : غرن كابوزي عند مريض مصاب بالإيدز .



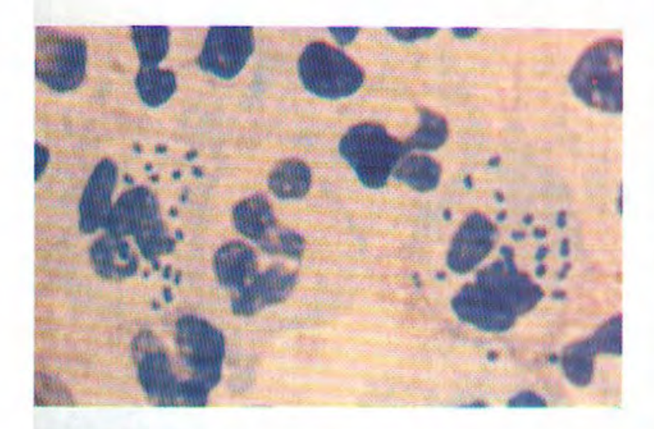
**الشكل 2 – 41** : غرن كابوزي في الغشاء المخاطي للفم .



**الشكل 2 – 42** : طلوان مشعّر فموي عند مريض مصاب بالإيدز .



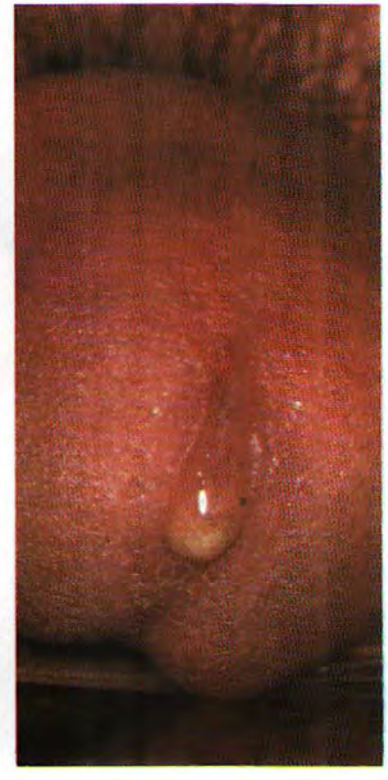
**الشكل 2 – 43** : غرن كابوزي على القضيب عند مصاب بالإيدز .



**الشكل 4 – 1** : النيسرية البنية .



**الشكل 4 – 2** : التهاب الإحليل السيلاني البني الحاد .



التهاب الإحليل السيلاني البني المزمن .



التهاب غدة بارثولان بالسيلان البني مع خراج .



**الشكل 4 – 3** : السيلان العيني عند الكهول .



**الشكل 4 — 7** : التهاب الإحليل بالمشعرات .



**الشكل 4 — 8** : داء رايتر . التهاب الحشفة التآكلي المتحلق .



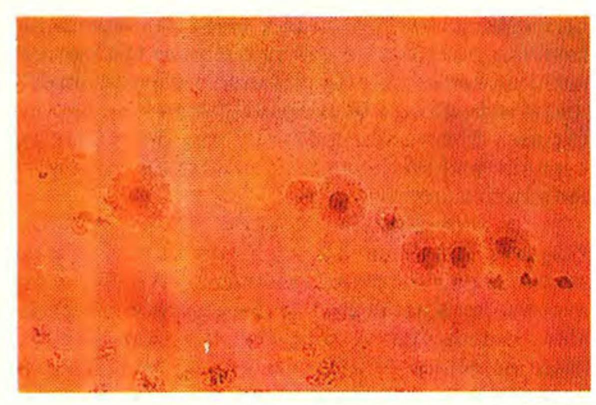
**الشكل 4 — 9** : داء رايتر . تقرن الجلد السيلاني .



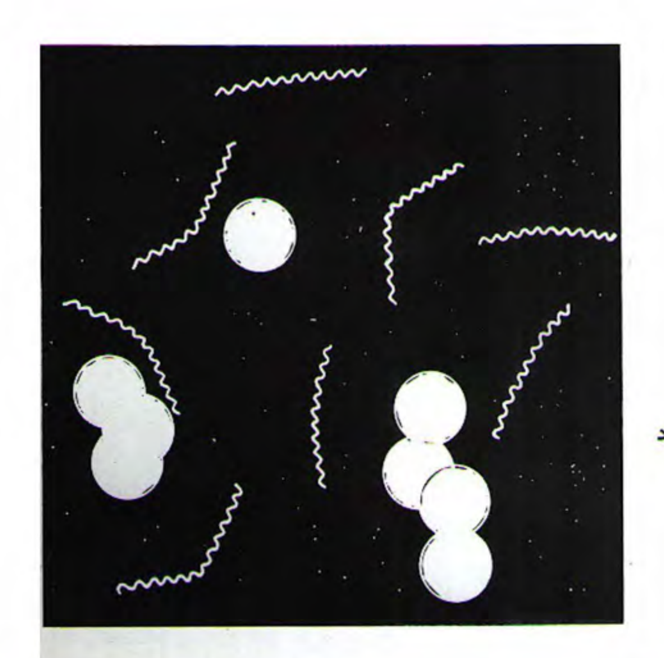
**الشكل 4 — 4** : خمج منتثر بالبنيّات .



**الشكل 4 — 5** : مصورة البولة الحالّة للبولة .



**الشكل 4 — 6** : المفطورة الإنسانية .

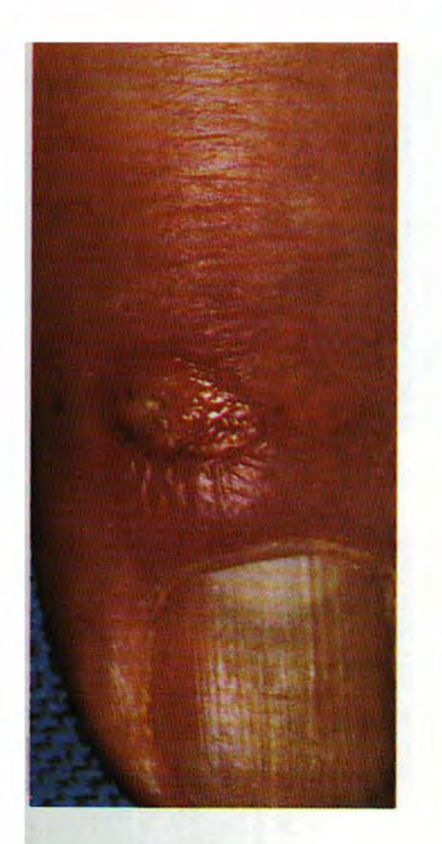


**الشكل 4 – 10** : ترسيم لساحة مظلمة مجهرية تبدي وجود اللولبيات الشاحبة والكريات الحمر في لطاخة مصلية من جرح .

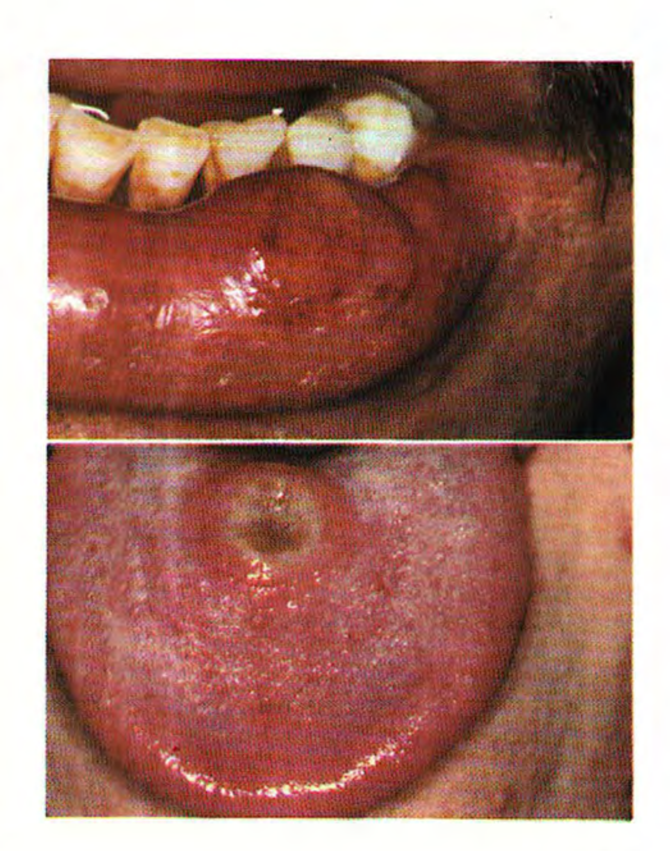


**الشكل 4 – 11** : الإفرنجي I ، الآفة الأولية : قرح صلب ، قرح تآكلي ، قرح صلب .

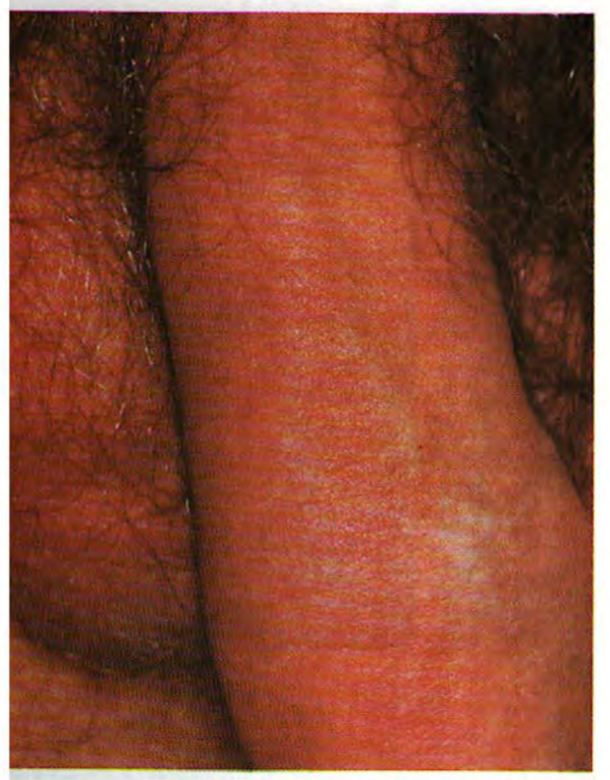


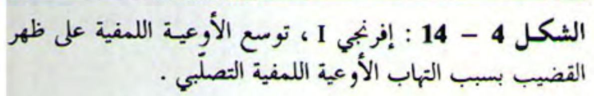


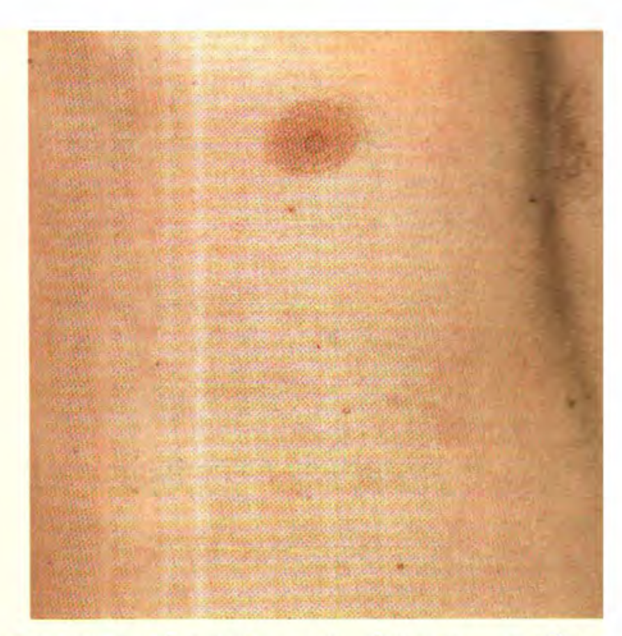
**الشكل 4 – 12** : الإفرنجي I ، الآفة الأولية : قرح صلب ، وذمة جاسئة ، قرح تآكلي .



**الشكل 4 – 13** :إفرنجي I ، قرح صلب .



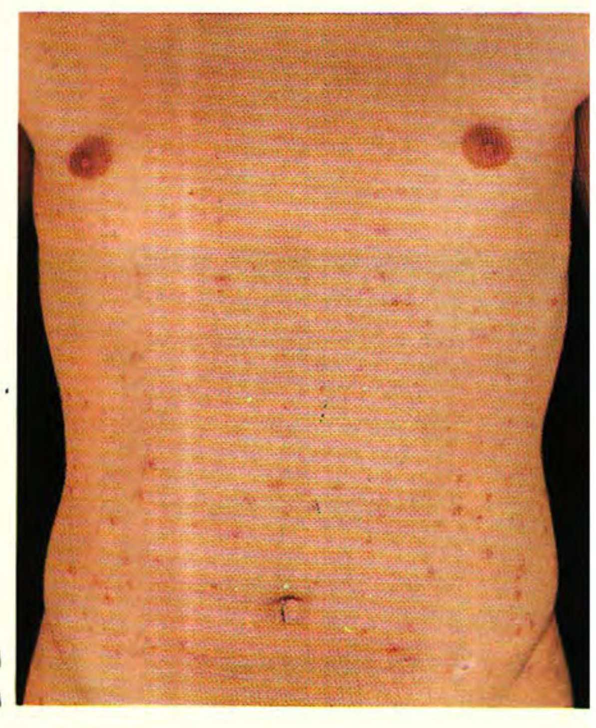

**الشكل 4 – 14** : إفرنجي I ، توسع الأوعية اللمفية على ظهر القضيب بسبب التهاب الأوعية اللمفية التصلّبي .

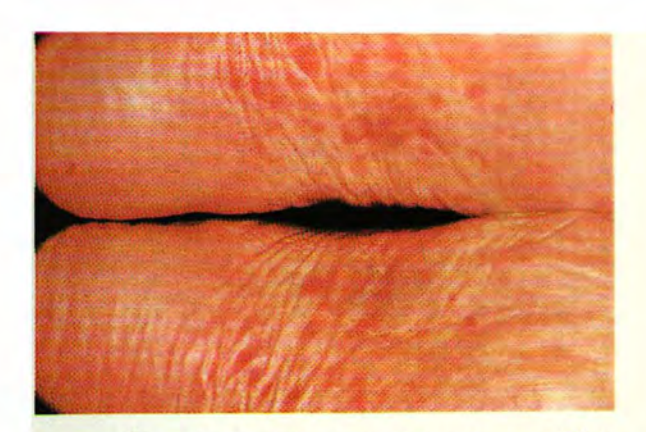


**الشكل 4 – 15** : إفرنجي ثانوي ، طفحة إفرنجية بقعية ( وردية إفرنجية ) .

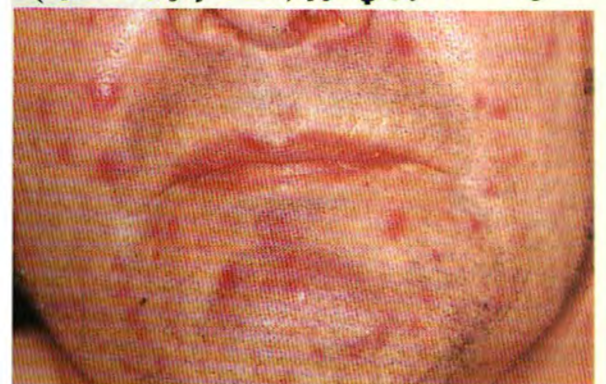


**الشكل 4 – 16** : إفرنجي ثانوي ، طفحة إفرنجية على الراحتين .





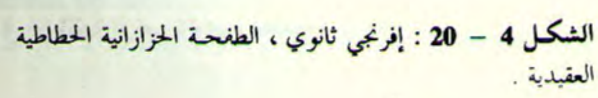
**الشكل 4 – 17** : إفرنجي ثانوي ( الطفحة الإفرنجية الأخمصية ) .



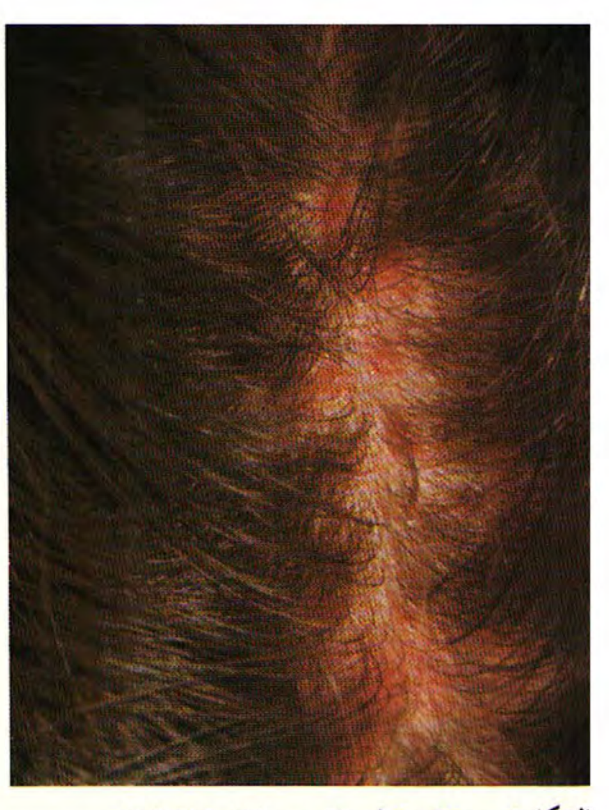
**الشكل 4 – 18** : إفرنجي ثانوي ، ( الطفحة الحطاطية ) .



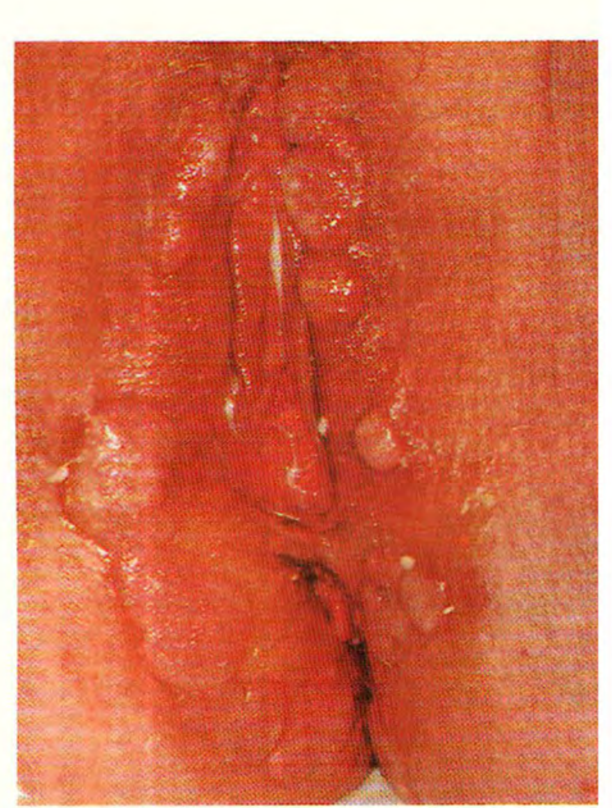
**الشكل 4 – 19** : إفرنجي ثانوي ، الطفحة البقعية الحطاطية .



**الشكل 4 – 20** : إفرنجي ثانوي ، الطفحة الحزازانية الحطاطية العقيدية .



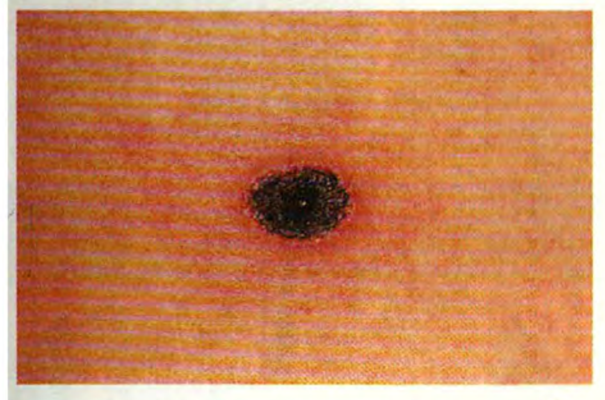
**الشكل 4 – 21** : إفرنجي ثانوي ، الطفحة الحطاطبة .



**لشكل 4 – 23** : إفرنجي ثانوي ، اللقموم المنبسط .



**الشكل 4 – 22** : إفرنجي ثانوي ، الحطاطات النازة حول الشرج والمتسحجة .



**الشكل 4 – 24** : إفرنجي خبيث .





**الشكل 4 – 25** : الإفرنجي الثانوي ، البقع المخاطية .



**الشكل 4 – 26** : الإفرنجي الثانوي ، ( الذباح الإفرنجي ) .



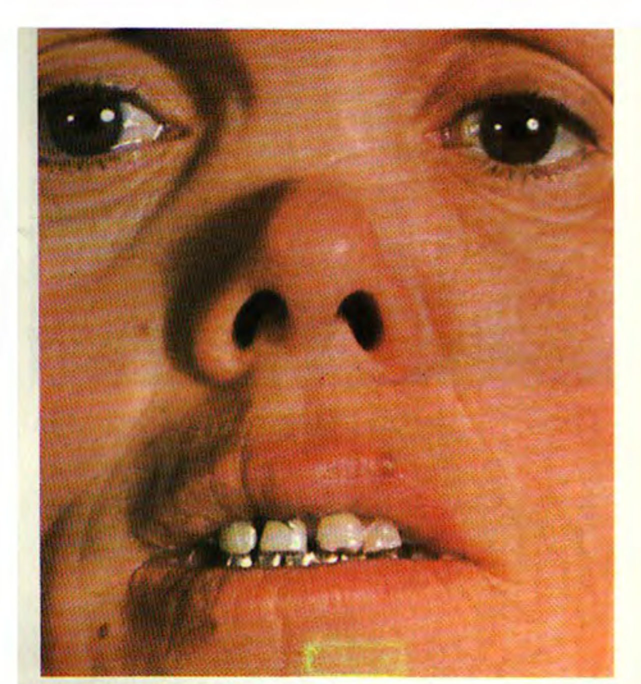
**الشكل 4 – 27** : الإفرنجي الثالثي ، الطفحة المعجرة .



**الشكل 4 – 28** : الإفرنجي الثالثي ، الصمغة .



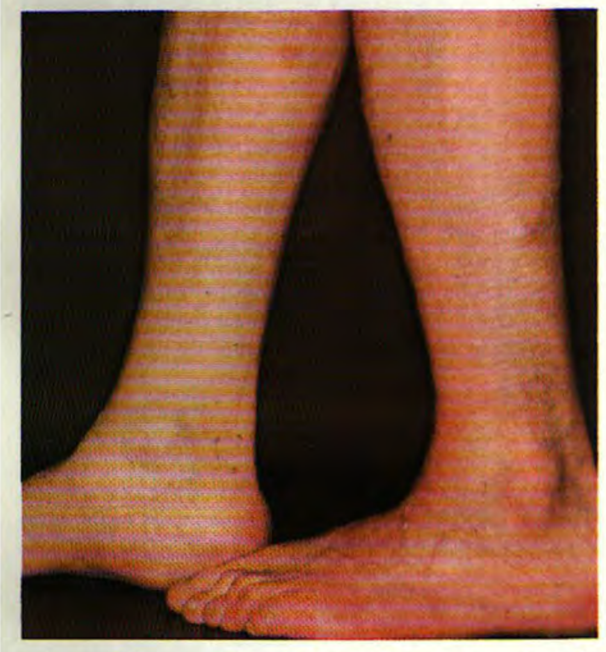
**الشكل 4 – 29** : الإفرنجي الولادي الباكر .



**الشكل 4 – 30** : الإفرنجي الولادي الآجل ، الأنف السرجي وميزابة باروت .

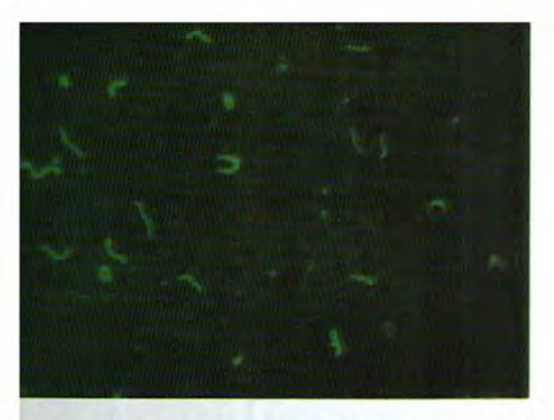


**الشكل 4 – 31** : الإفرنجي الولادي ، أسنان هتشنسون .

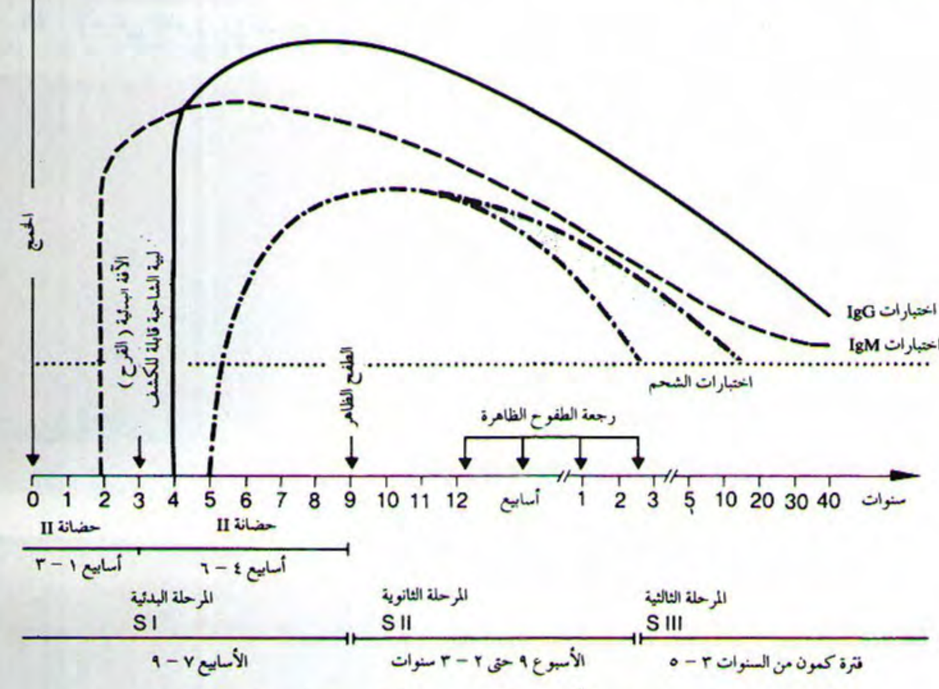


**الشكل 4 – 32** : الإفرنجي الولادي ، الظنبوب بشكل نصلة السيف .

الشكل 4 – 33 : اختبار VDRL ، تفاعل إيجابي .



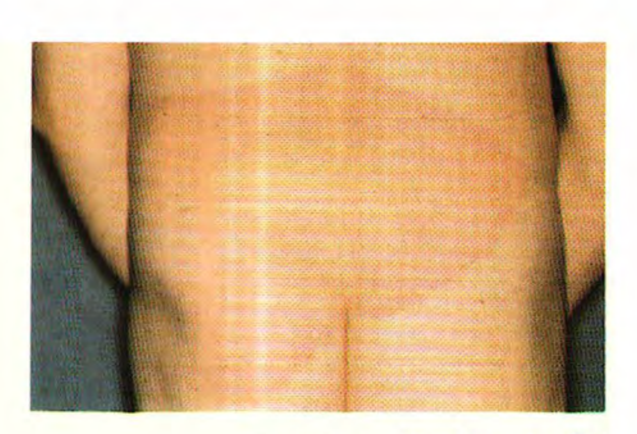
الشكل 4 – 34 : اختبار FTA – ABS ، تفاعل إيجابي .



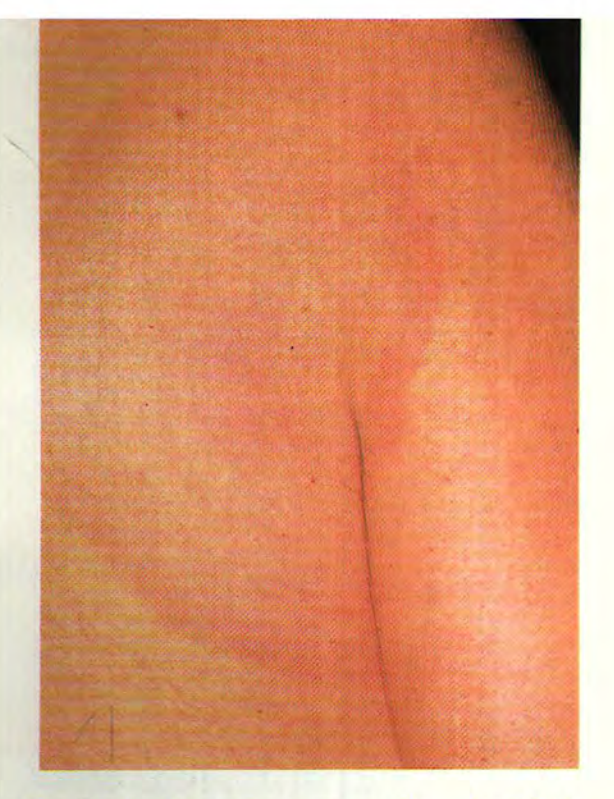

الشكل 4 – 35 : تفاعلات الأضداد في مراحل مختلفة من إفرنجي غير معالج .

المعالجة
اختبارات IgG
اختبارات IgM
اختبارات الشحم
رجعة الطفوح الظاهرة
الطفح الظاهر
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 أسابيع 1 2 3 5 10 20 30 40 سنوات
حضانة I
حضانة II
أسابيع ١ – ٣
أسابيع ٤ – ٦
المرحلة البدئية
S I
المرحلة الثانوية
S II
المرحلة الثالثية
S III
الأسابيع ٧ – ٩
الأسبوع ٩ حتى ٢ – ٣ سنوات
فترة كمون من السنوات ٣ – ٥

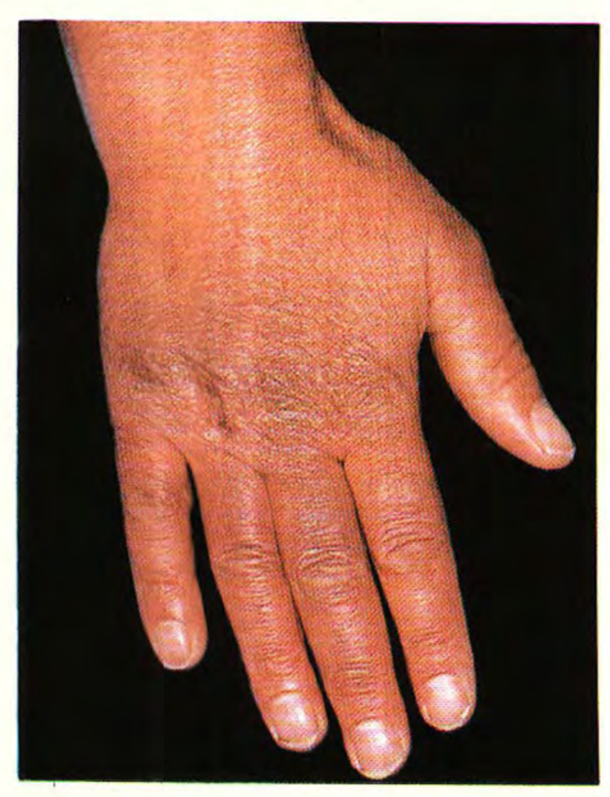
الشكل 4 – 36 : تفاعلات الأضداد في مراحل مختلفة من إفرنجي معالج .



**الشكل 4 – 37** : حمامى مزمنة هاجرة .



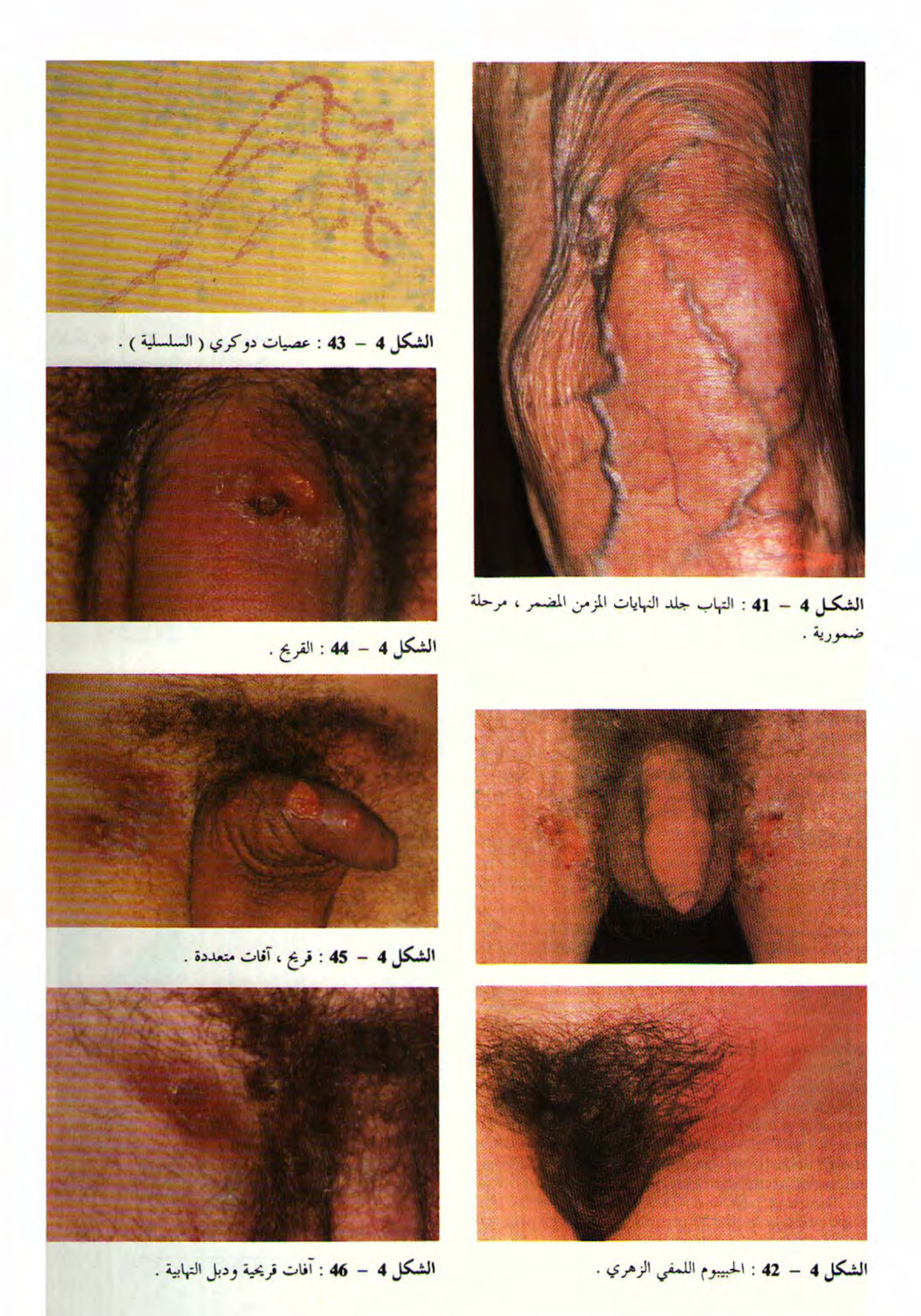
**الشكـل 4 – 38** : حمامى مزمنة هاجرة مع تفاعل مركزي للدغة .



**الشكل 4 – 39** : التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، المرحلة الالتهابية – الوذمية .



**الشكل 4 – 40** : التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، ترقى إلى المرحلة الضمورية .



**الشكل 4 – 41** : التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ، مرحلة ضمورية .

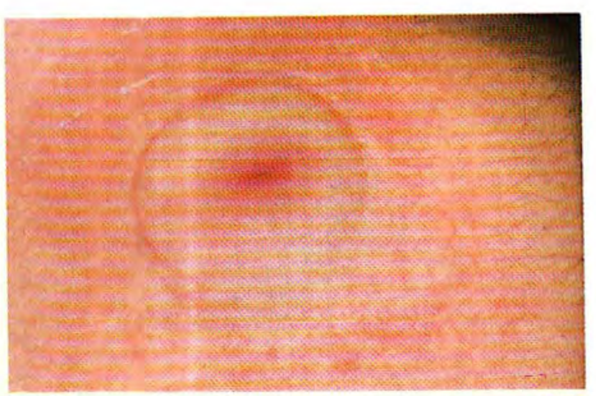
**الشكل 4 – 42** : الحبيبوم اللمفي الزهري .

**الشكل 4 – 43** : عصيات دوكري ( السلسلية ) .

**الشكل 4 – 44** : القريح .

**الشكل 4 – 45** : قريح ، آفات متعددة .

**الشكل 4 – 46** : آفات قريحية ودبل التهابية .



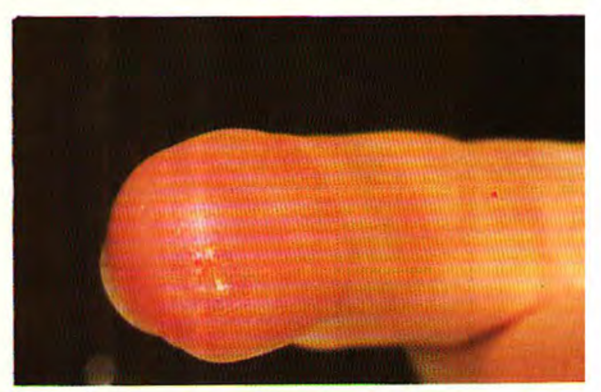
**الشكل 4 – 47** : قريح ، تلقيح ذاتي إيجابي .



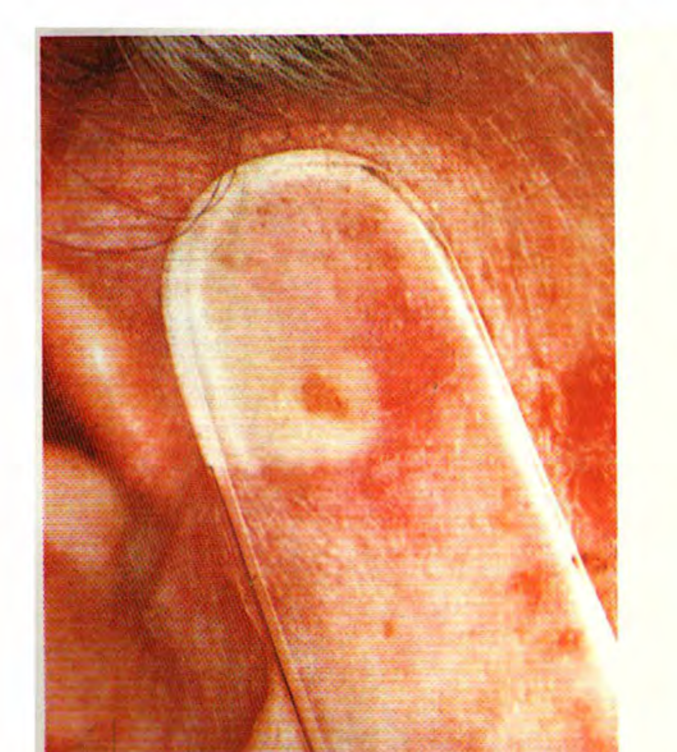
**الشكل 4 – 48** : قرحة بعد لقاح ب .ث . ج .



**الشكل 4 – 49** : سل الجلد الثؤلولي .



**الشكل 4 – 50** : ثؤلول نخري المنشأ ( الدرنة بعد الوفاة ) .



**الشكل 4 – 51** : ذأب شائع ، ارتشاح ذأباني ( عقيدة ذأبية بلو
جمد التفاح ) بالمعاينة الشفوفية .



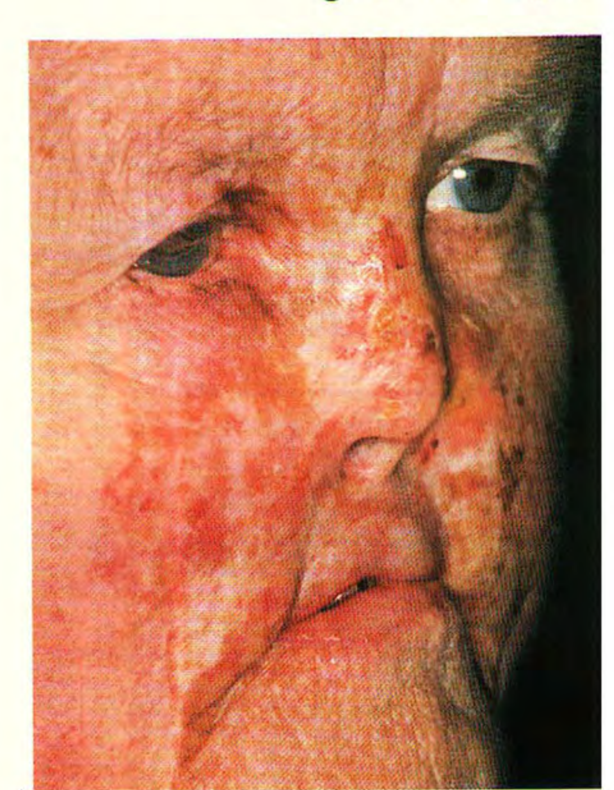
**الشكل 4 – 52** : ذأب شائع جادع ( آكل فصيص الأذن ) .



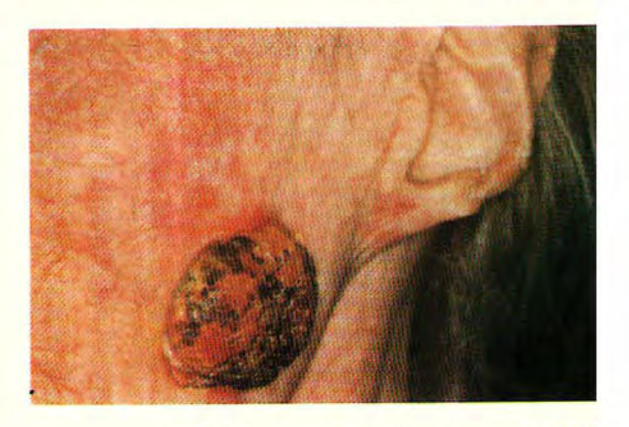
**الشكل 4 – 53** : ذأب شائع صدافي الشكل .



**الشكل 4 – 54** : ذأب شائع .



**لشكل 4 – 55** : ذأب شائع جادع ، ذأب شائع متندب ( بعد لمعالجة بالأشعة السينية ) .



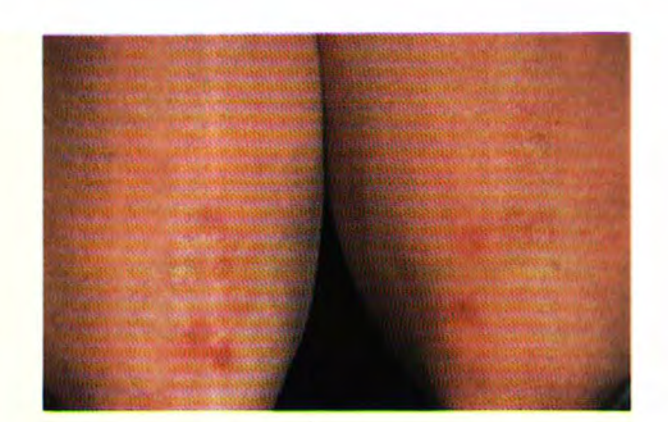
**الشكل 4 – 56** : ذأب شائع مع سرطانة ذأبية .



**الشكل 4 – 57** : تدرن الجلد ( خنزرة ) .



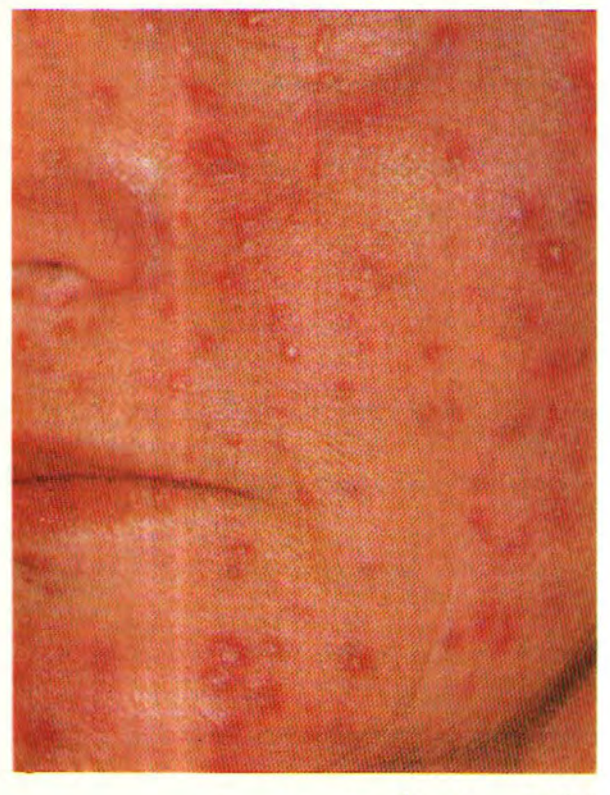
**الشكل 4 – 58** : حزاز خنزري .



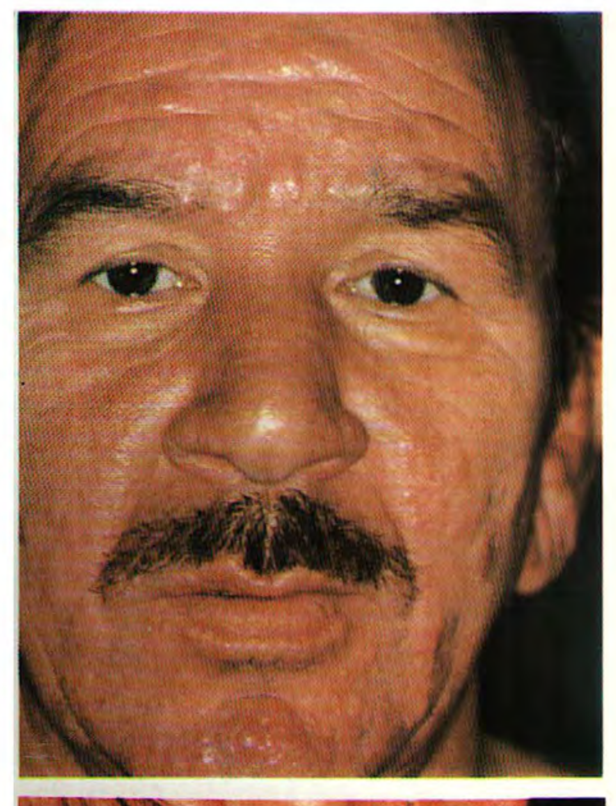
**الشكل 4 – 59** : الطفحة السلية ( السليات ) الحطاطية النخرية .



**الشكل 4 – 60** : حمامى حاسئة على الربلة .

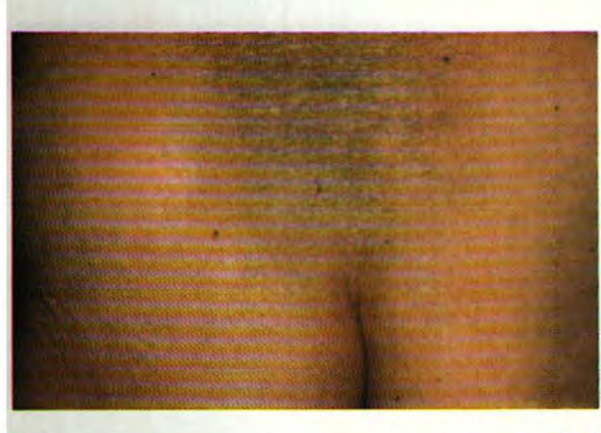


**الشكل 4 – 61** : ذأب دخني منتثر وجهي .





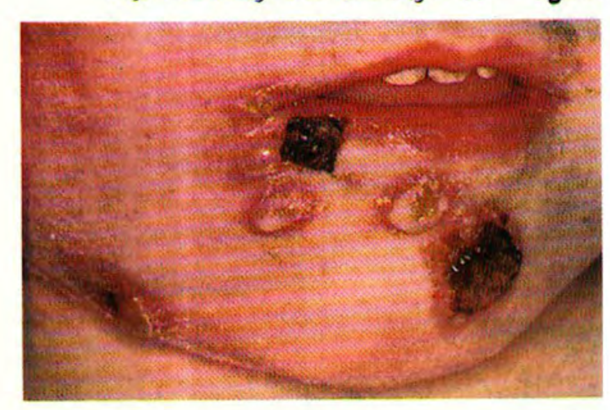
**الشكل 4 – 62** : جذام جذمومي .



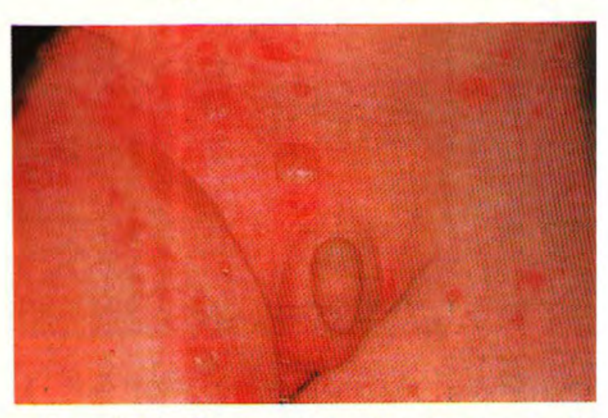
**الشكل 4 – 63** : جذام درني .



لشكل 4 — 64 : قوباء معدية ذات حويصلات صغيرة .



لشكل 4 — 65 : قوباء معدية ( النمط الفقاعي ) .



شكل 4 — 66 : قوباء فقاعية ( الفقاعاني بالمكورات العنقودية )
ند الوليد .



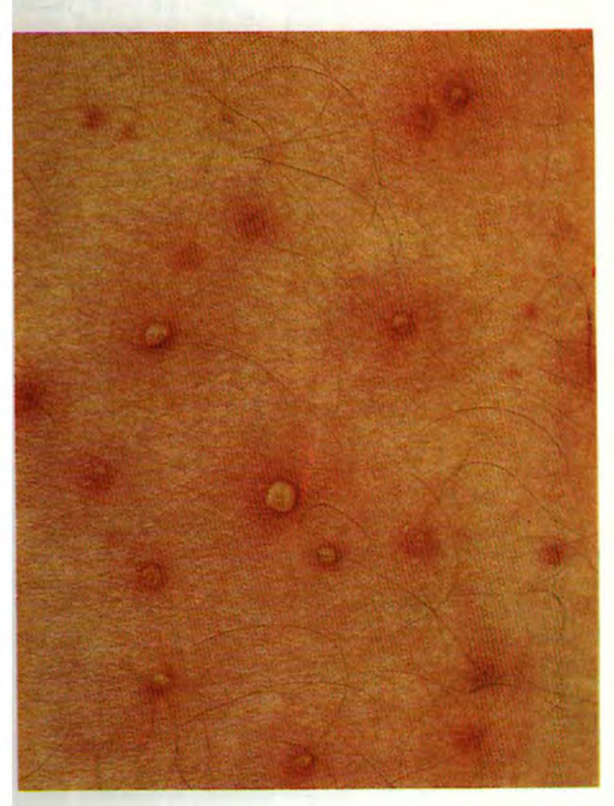
شكل 4 — 67 : التهاب الجلد التقشري عند الوليد ( متلازمة
يل الناجمة عن العنقوديات ) .



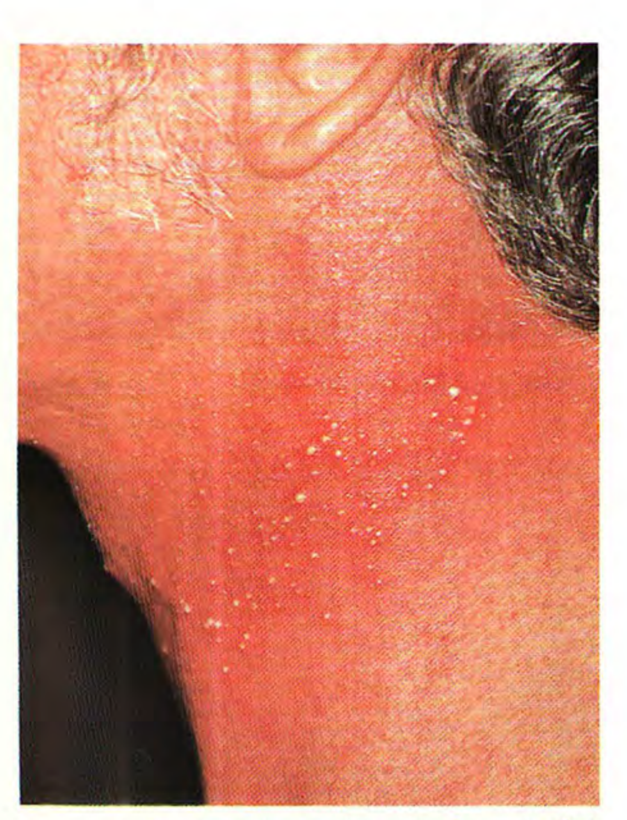
الشكل 4 — 68 : فقاعات زاحفة .



الشكل 4 — 69 : فقاعات زاحفة مع داحس .



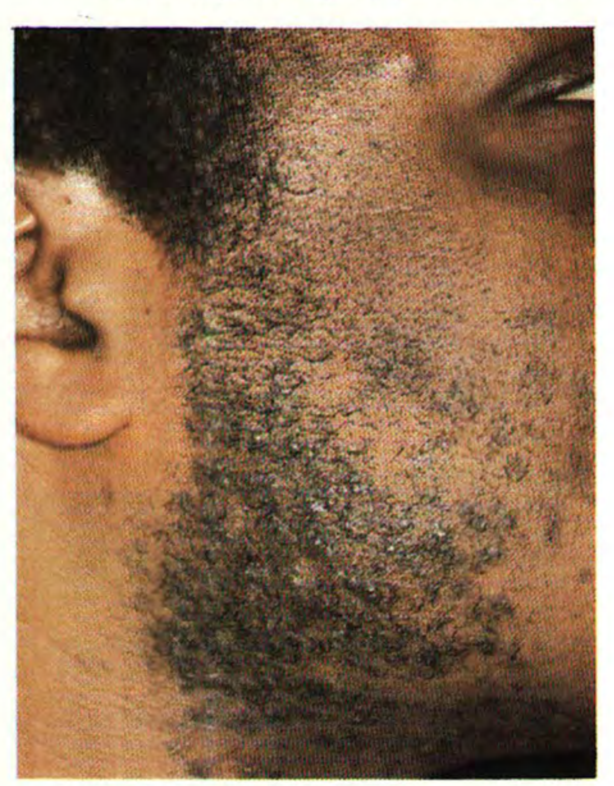
الشكل 4 — 70 : تقيح جلد جريبي .



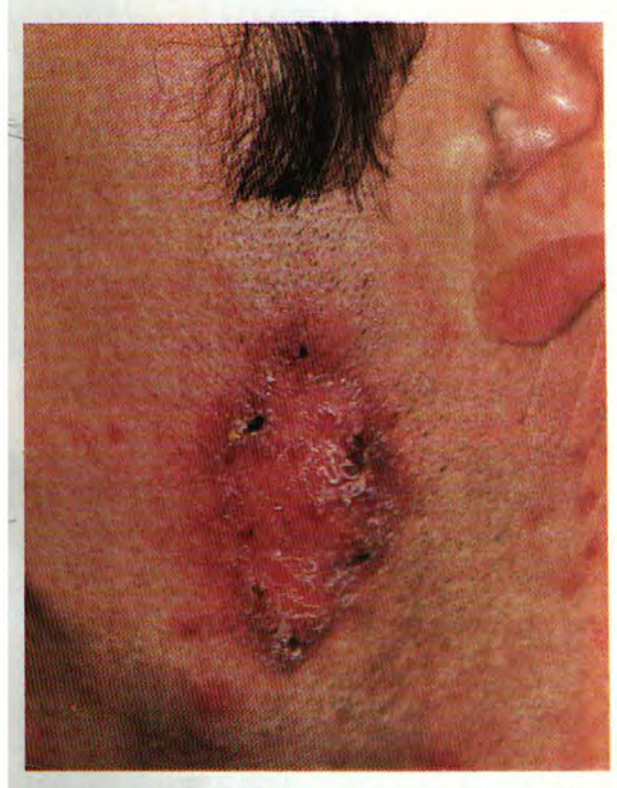
**الشكل 4 – 71** : التهاب الجريبات بالعنقوديات المذهبة .



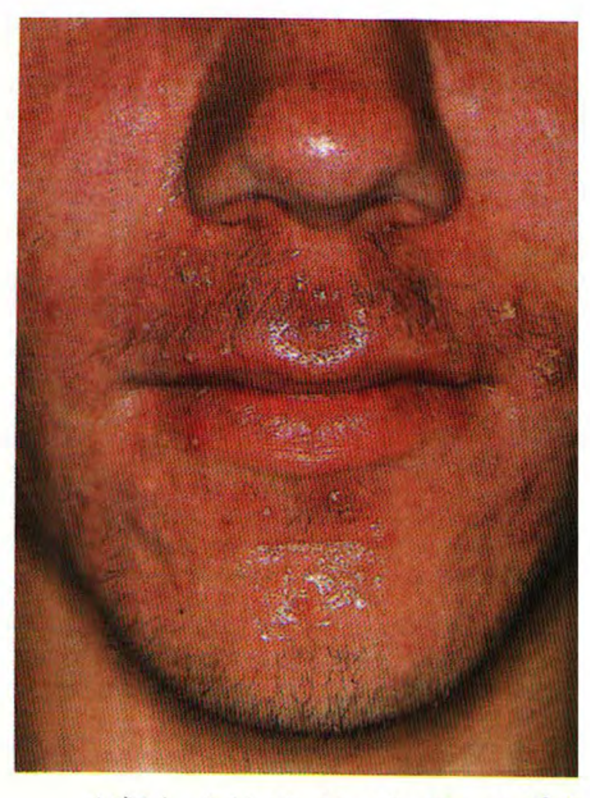
**الشكل 4 – 73** : التهاب الجريبات الحاص في الرأس .



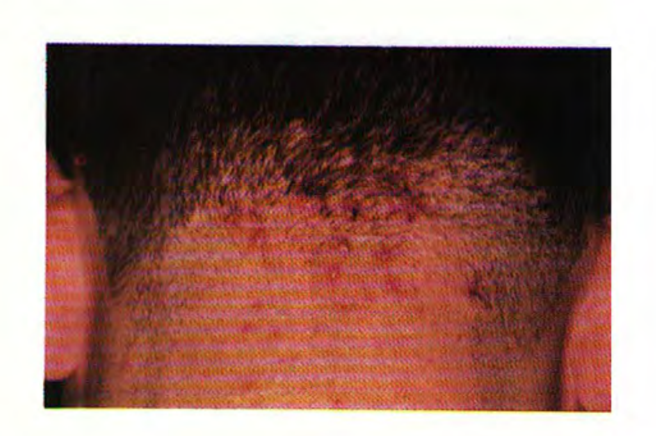
**الشكل 4 – 72** : التهاب الجريبات الكاذب في اللحية ( انغراز أشعار الذقن ) .



**الشكل 4 – 74** : التهاب الجريبات الحاص على الوجه .



**الشكل 4 – 75** : التهاب الجريبات بالجراثيم سلبية الغرام .





**الشكل 4 – 76** : عد جدري .



**الشكل 4 – 77** : التهاب ما حول الجريبات الرأسي المشكل للخراجات والمحتفر .



**الشكل 4 – 78** : شعيرة .



**الشكل 4 – 79** : دمل على الوجه .



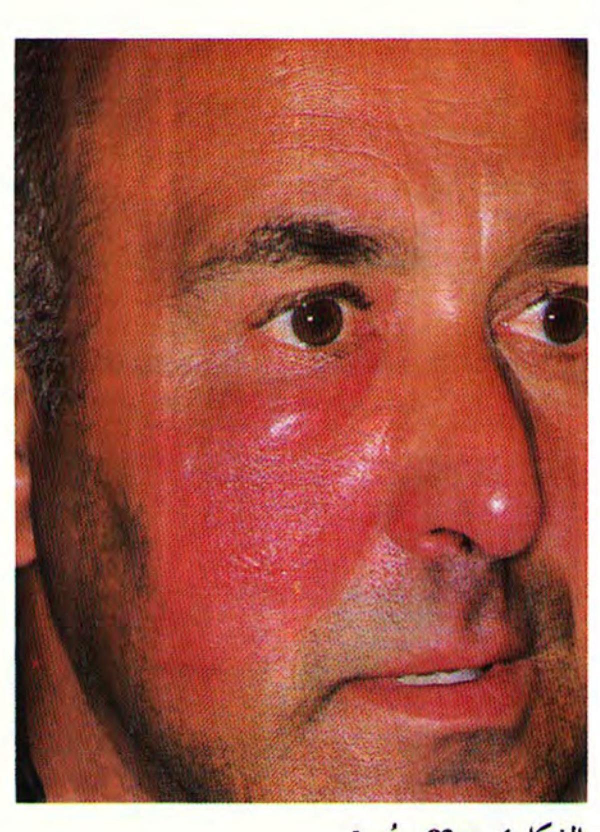
**الشكل 4 – 80** : دمال .



**الشكل 4 – 81** : جمرة ( العنق ) .



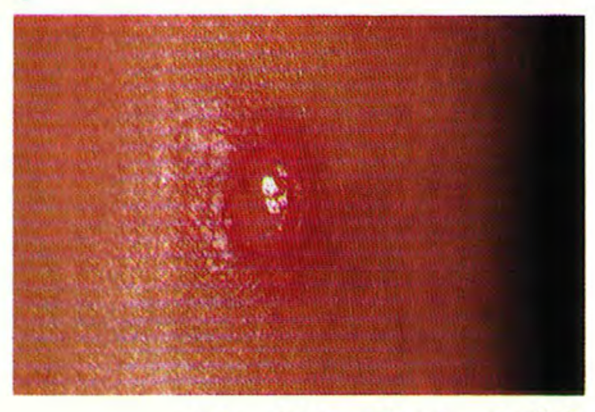
**الشكـل 4 – 82** : مـا يسمى التهاب الغدد العرقيـة التقيحي الإبطي .



**الشكل 4 – 83** : حُمرة .



**الشكل 4 – 84** : حُمرة .



**الشكل 4 – 85** : إكثيمة ( طرف سفلي ) .



**الشكل 4 – 86** : فلغمون على العنق .



**الشكل 4 – 87** : تقيح الجلد قرحي الشكل .

**الشكل 4 – 88** : عد نخري .

**الشكل 4 – 89** : وذح .

**الشكل 4 – 90** : وذح ( أشعة وود ) .

**الشكل 4 – 91** : فطار شعري إبطي .

**الشكل 4 – 92** انحلال الطبقة القرنية المنقر .

**الشكل 4 – 93** : داء الشعيات الرقبي الوجهي .

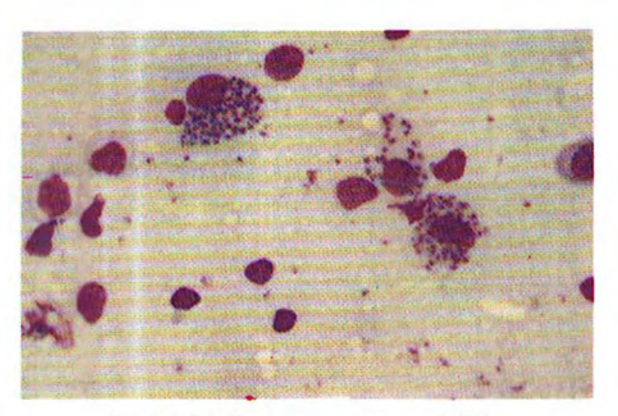
**الشكل 4 – 94** : داء الشعيات .



**الشكل 4 – 95** : فطروم ناجم عن النوكاردية البرازيلية .



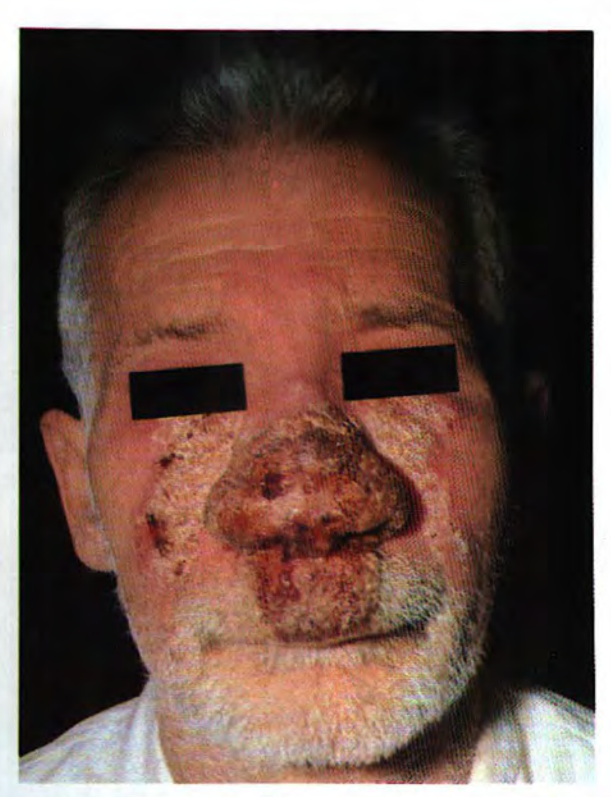
**الشكل 4 – 96** : فطروم .



**الشكل 5 – 1** : جسيمات الليشمانيا المدارية .



**الشكل 5 – 2** : الليشمانيات ـ الشكل التقرحي .



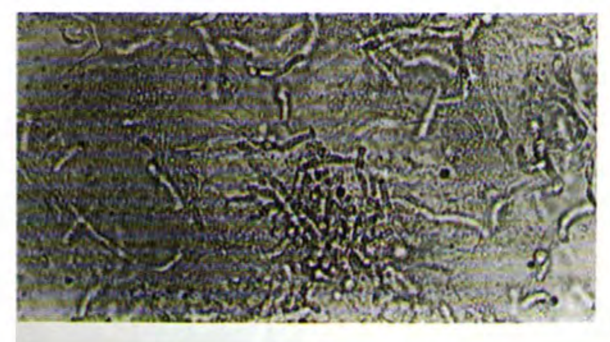
**الشكل 5 – 3** : الليشمانيات الأمريكية ، الشكل الجلدي المخاطي .



**الشكل 6 – 1** : حمرانية .



**الشكل 6 – 2** : جمرة خبيثة .



**الشكل 7 – 1** : أفطورة فطرية : خيطان فطرية وأبواغ

**الشكل 7 – 2** : الشكلياء العيانية ، والشكلياء المجهرية للمستنبتات الفطرية : الفطور الجلدية .
A – الشعروية الحمراء . B – الشعروية الذقنية . C – البشروية الندفية . D – البويغاء الكلبية .

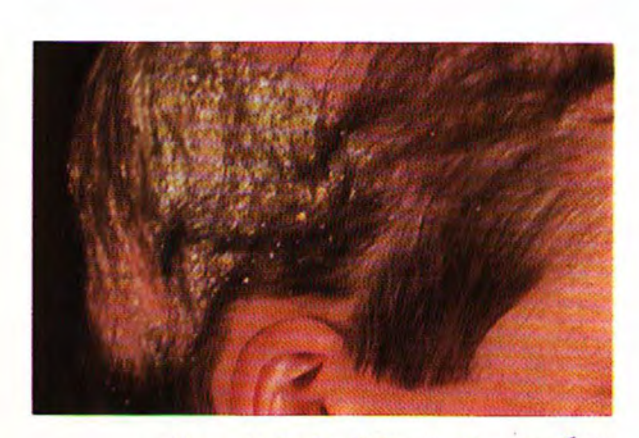
**الشكل 7 – 3** : الشكلياء العيانية والمجهرية للمستنبتات الفطرية: A – عفن (Scopulariopsis Brevicaulis) ؛ B – خمائر ( مبيضات بيض ) ؛ D,C – مظهر لفطور في محضرات غير ملونة ؛ C – وسوف من الجلد ؛ D – شعر .



**الشكل 7 – 4** : سعفة الرأس ( داء الشعرويات العميق ) .



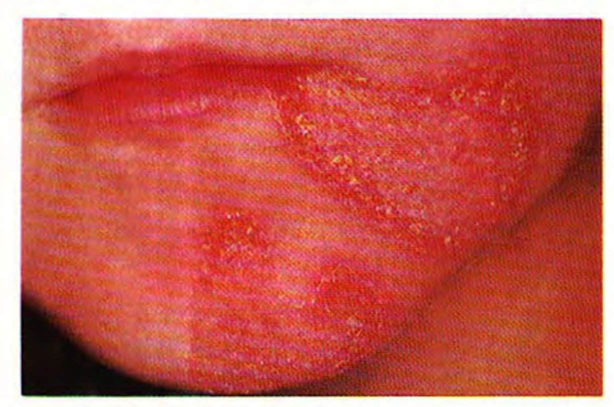
**الشكل 7 – 5** : داء البويغاء (Microsporosis) .



الشكل 7 – 6 : السعفة القرعية ( قرعة ، سعفة ) .



الشكل 7 – 7 : سعفة اللحية ( داء الشعرويات العميق ) .



الشكل 7 – 8 : سعفة الوجه ( داء الشعرويات السطحي ) .



الشكل 7 – 9 : سعفة كولي T. Colli ( داء الشعرويات السطحي ) .



الشكل 7 – 10 : سعفة جسدية .

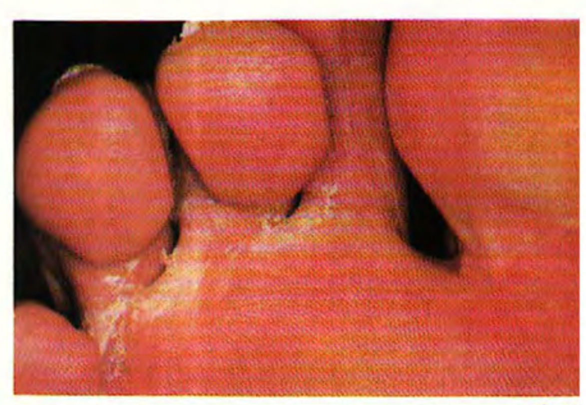


الشكل 7 – 11 : سعفة أربية أو مغبنية ( سعفة فخذية T. Cruris ) .

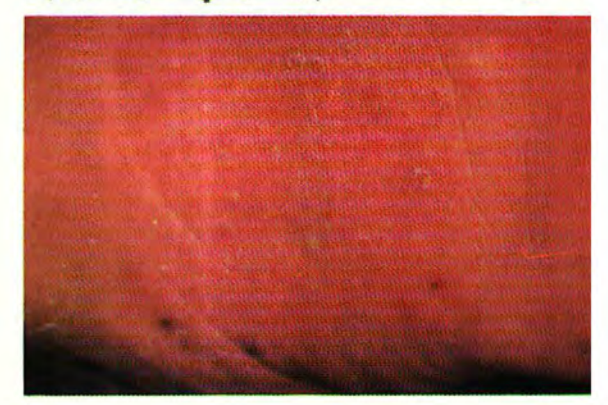
الشكل 7 – 12 : سعفة اليد : نمط وسفي مفرط التقرن .



**الشكل 7 – 13** : سعفة القدم ( نمط متعطن ) .



**الشكل 7 – 14** : سعفة القدم ( نمط وسفي – مفرط التقرن ) .



**الشكل 7 – 15** : سعفة القدم ( نمط خلل التعرق ، قوس القدم ) .



**الشكل 7 – 16** : سعفة الأظفار ( الوبش الفطري ، محدث بالشعروية الحمراء ) .



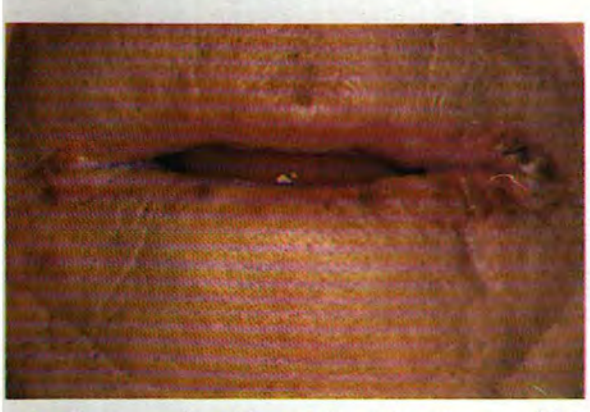
**الشكل 7 – 17** : فطار الأظفار ( محدث بالشعروية الحمراء ) .



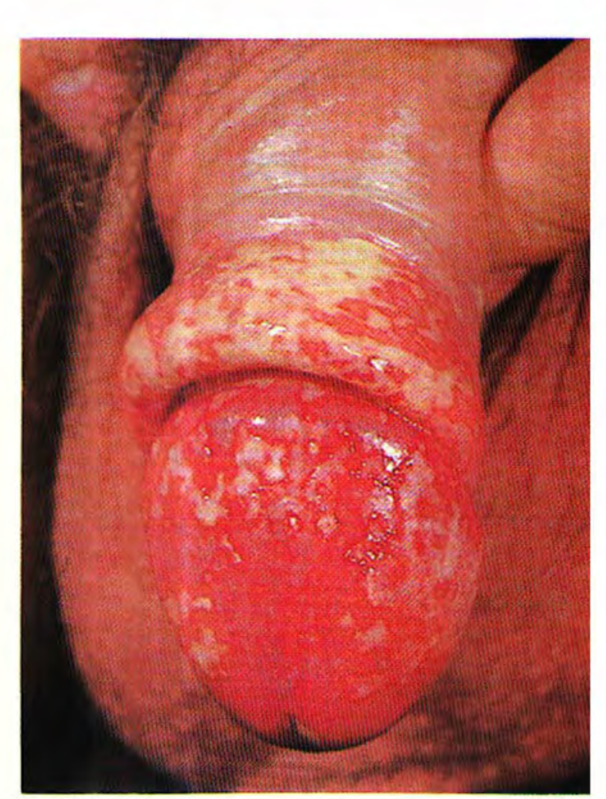
**الشكل 7 – 18** : طفحة فطرية Mycid ( حزاز شعروي ) .



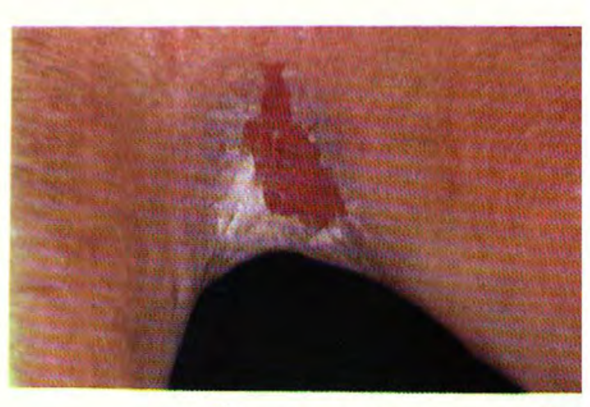
**الشكل 7 – 19** : سلاق ، التهاب الشفتين الزاوي والتهاب اللسان المسببان عن المبيضات البيض .



**الشكل 7 – 20** : التهاب الشفتين الزاوي المسبب عن المبيضات البيض في فم خالٍ من الأسنان .



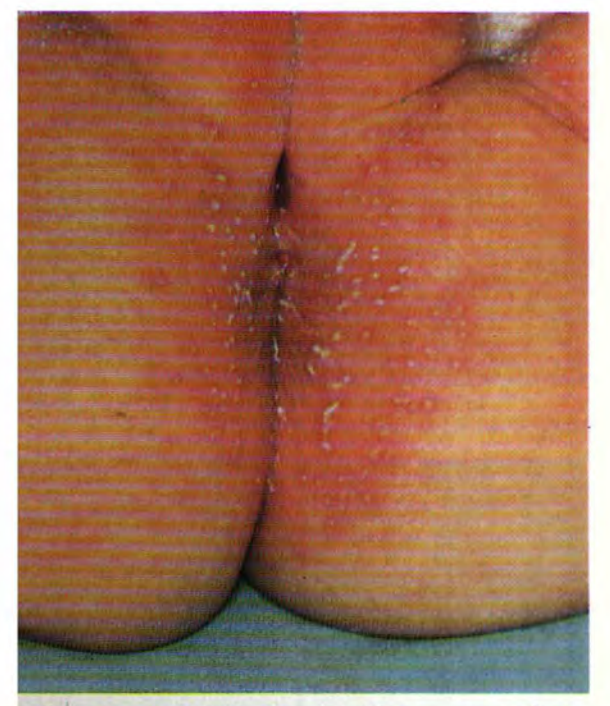
**الشكل 7 – 21** : التهاب الحشفة بالمبيضات .



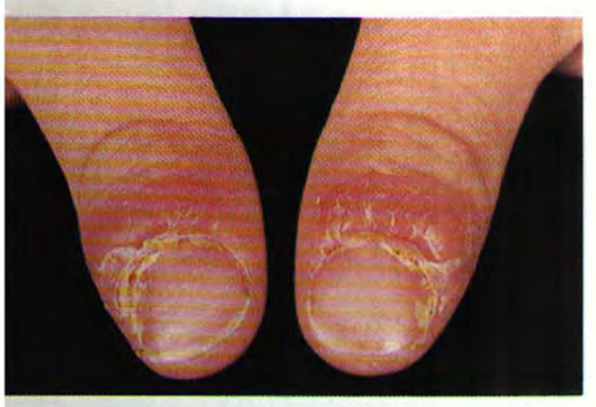
**الشكل 7 – 22** : داء المبيضات بين الأفوات .



**الشكل 7 – 23** : مذح بالمبيضات البيض .



**الشكــل 7 – 24** : التهـاب الجلد الحفـاضي مع داء مبيضـا مذحي .



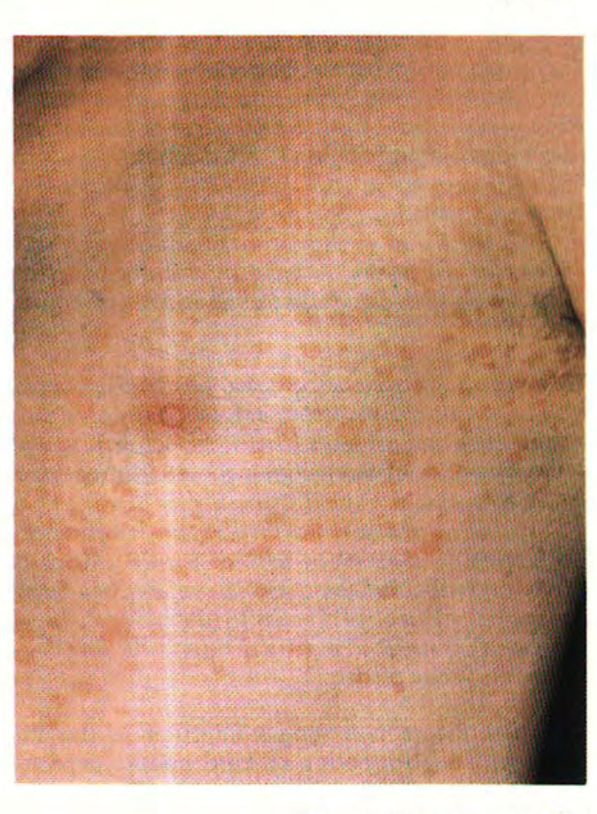
**الشكل 7 – 25** : داحس مزمن بالمبيضات البيض .



**الشكل 7 – 26** : داحس مزمن بالمبيضات مع حثل الأظفار .



**الشكل 7 – 27** : داء المبيضات الجلدي المخاطي ( إصابة الأجفان ) .



**الشكل 7 – 28** : نخالية مبرقشة .



**الشكل 7 – 29** : سعفة سوداء .



**الشكل 7 – 30** : الفطار الصباغي Chromomycosis .



**الشكل 7 – 31** : داء الشعريات المبوغة ( النمط اللمفي ) .



**الشكل 7 – 32** : داء الشعريات المبوغة ( النمط الجلدي الثابت ) .



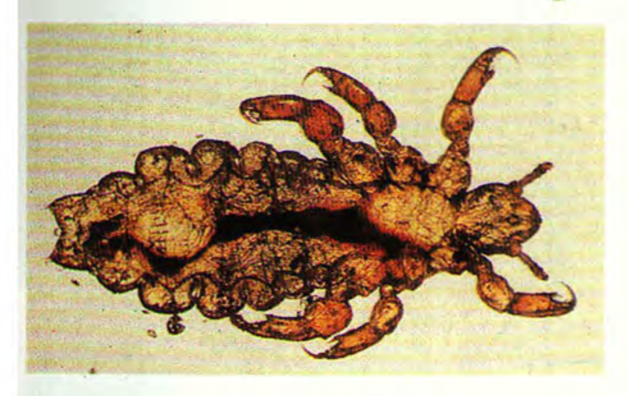
**الشكل 7 – 33** : الفطار نظير الكرواني ( النمط التقرحي الثابت ) .



**الشكل 7 – 34** : الفطار نظير الكرواني .



**الشكل 8 – 1** : قُمال الرأس ، الصئبان .



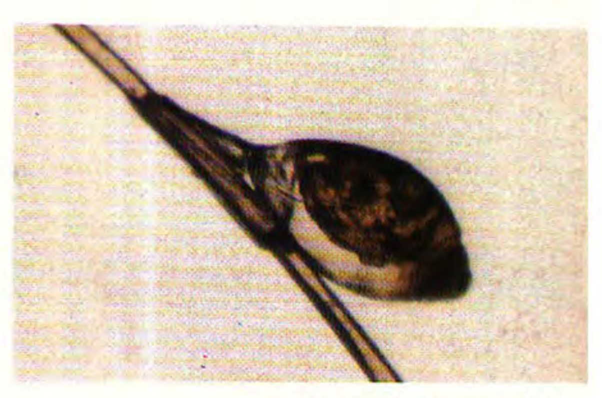
**الشكل 8 – 4** : قملة الجسد أو الثياب (Pediculus Humanus Corporis) .



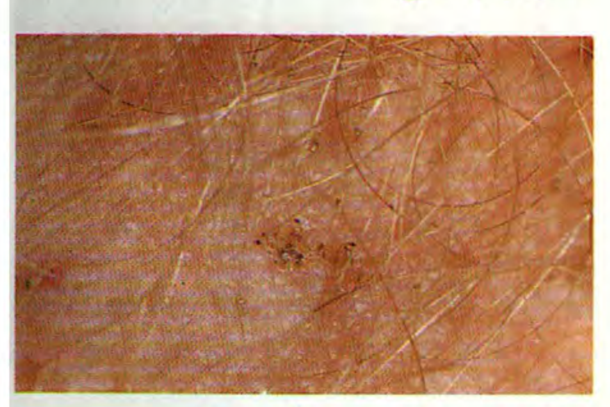
**الشكـل 8 – 2** : قُمال الرأس ، إكزيمة القمل Louse Eczema على مؤخرة العنق .



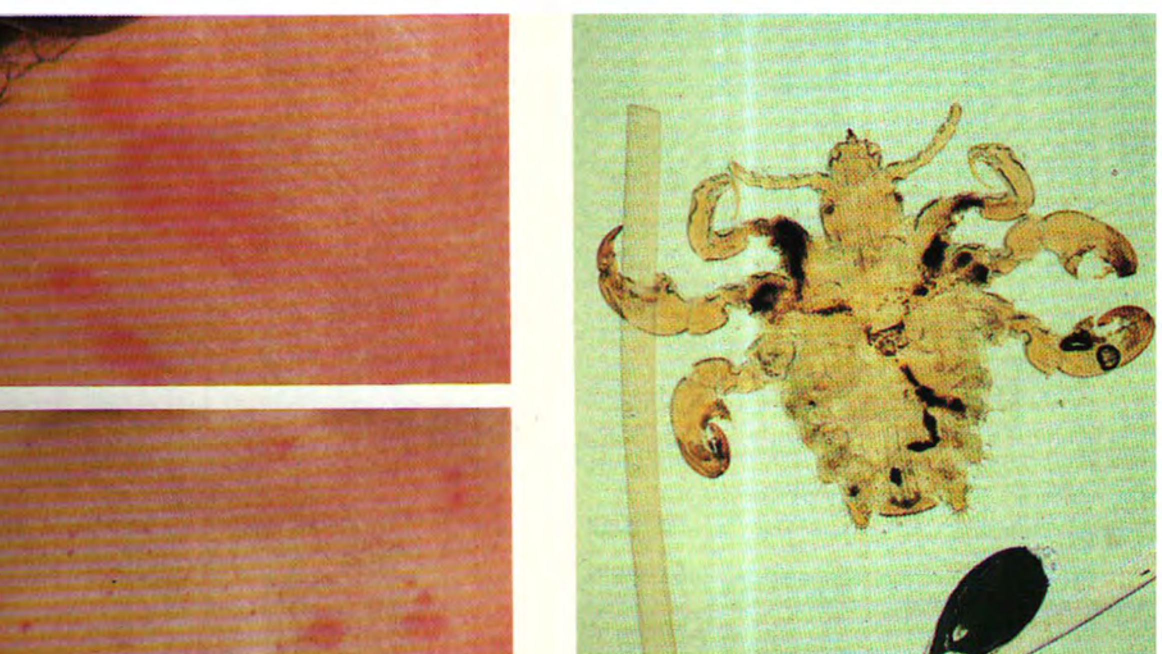
**الشكـل 8 – 5** : داء المتشـردين ، تسحجـات ، وتأكزم مع اضطرابات في التصبغ .



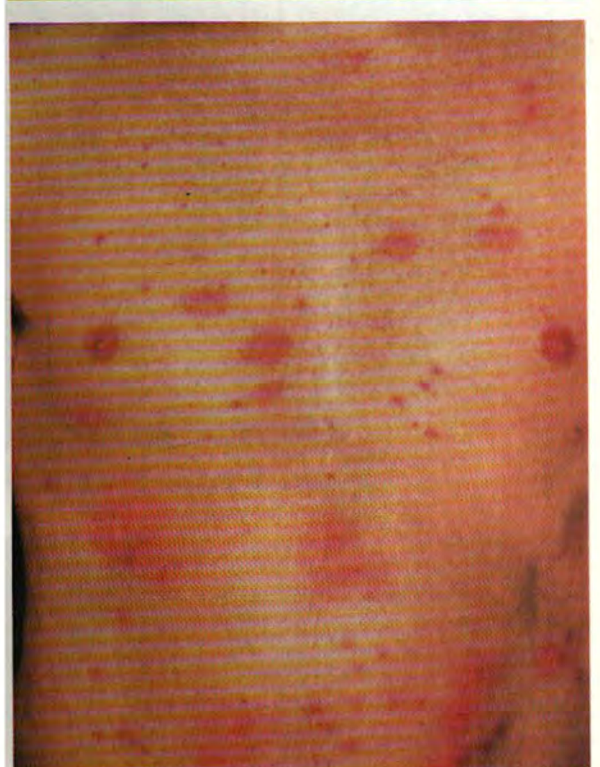
**الشكل 8 – 3** : صُؤابة Nit .



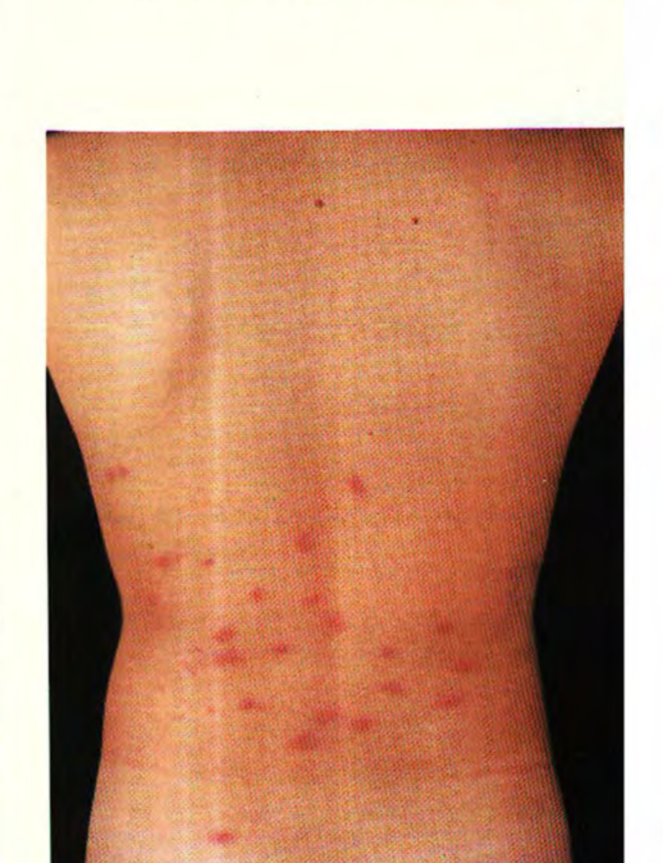
**الشكل 8 – 6** : قُمال العانة ، قُمّل وصئبان .



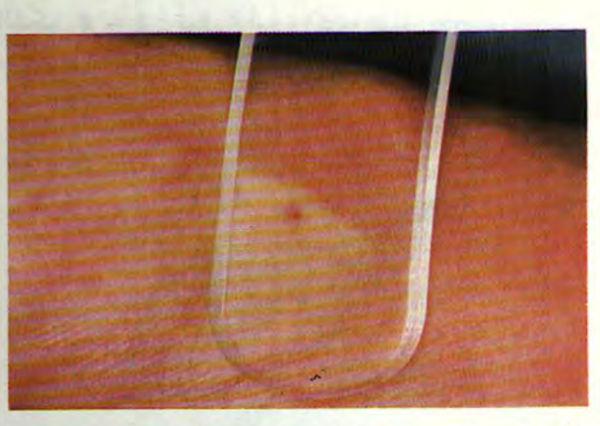
لشكل 8 – 7 : قملة العانة ( القُمّل ) Phthirus Pubis .



الشكل 8 – 8 : داء البق ، آفات ناجمة عن بق الفراش .



شكل 8 – 9 : عضات .



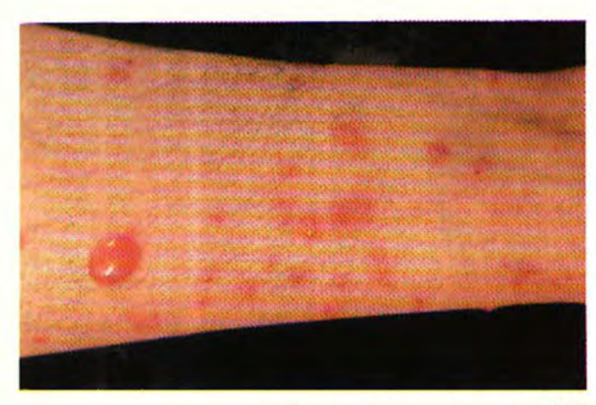
الشكل 8 – 10 : الفرفرية البرغوثية ، عضة البرغوث .



**الشكل 8 – 11** : داء البعوض ، عضات البعوض .



**الشكل 8 – 15** : جرب .



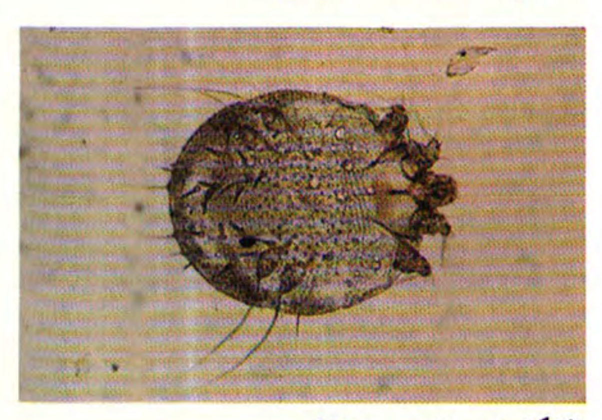
**الشكل 8 – 12** : داء البعوض الفقاعي .



**الشكل 8 – 13** : داء هجرة اليرقات .



**الشكل 8 – 16** : جرب : تلم السوسة مع تفاعل التهابي .



**الشكل 8 – 14** : سوسة الجرب .

**الشكل 8 – 17** : جرب : الحطاطات المستديمة .



**الشكل 8 – 18** : داء الخَطْماوات .

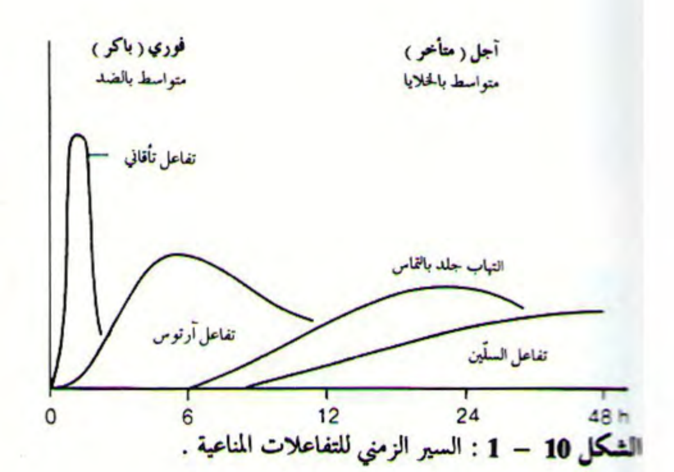


**الشكل 8 – 19** : لبود الخروع Ixodes Ricinus ( قُراد بذور الخروع ) .

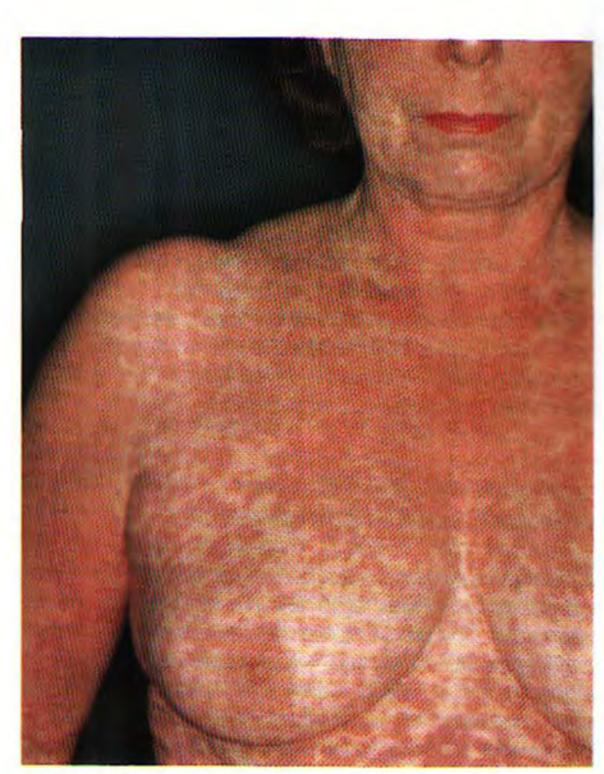
# الفصل التاسع



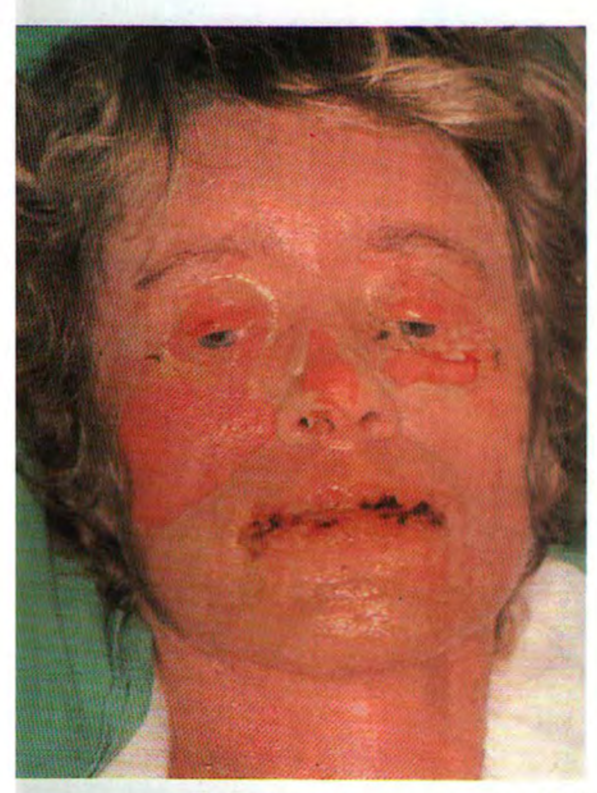
**الشكل 9 – 1** : داء هجرة اليرقات الجلدي .




**الشكل 10 – 1** : السير الزمني للتفاعلات المناعية .



**الشكل 10 – 2** : طفح دوائي بقعي .



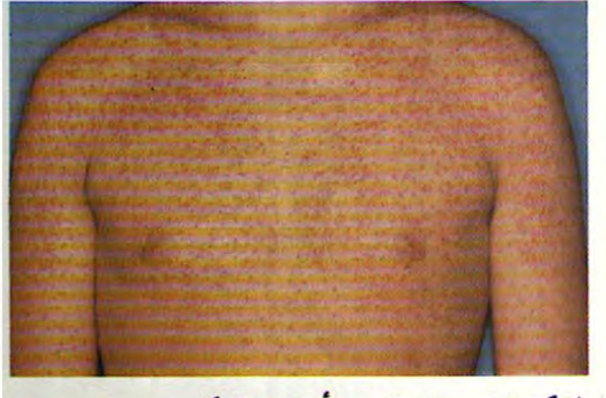
**الشكل 10 – 3** : متلازمة لايل المحدثة بالأدوية .



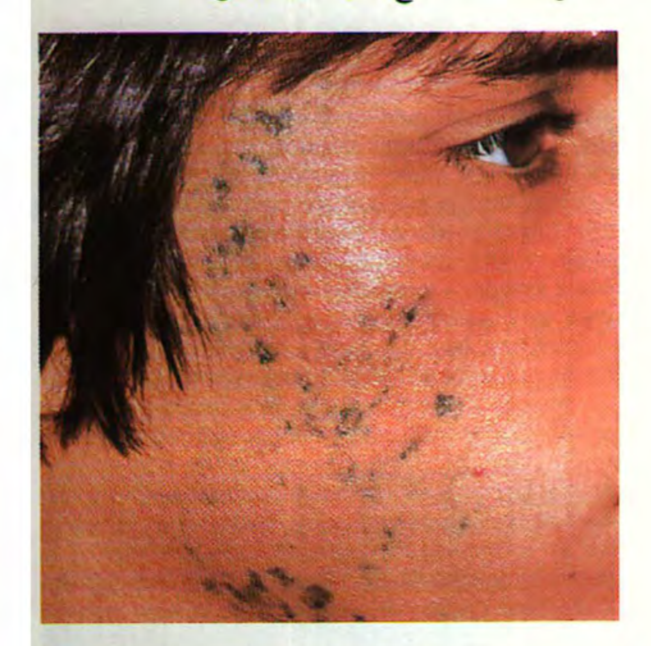
**الشكل 10 – 4** : متلازمة لايل المحدثة بالأدوية .



**الشكل 10 – 5** : طفح دوائي ثابت .



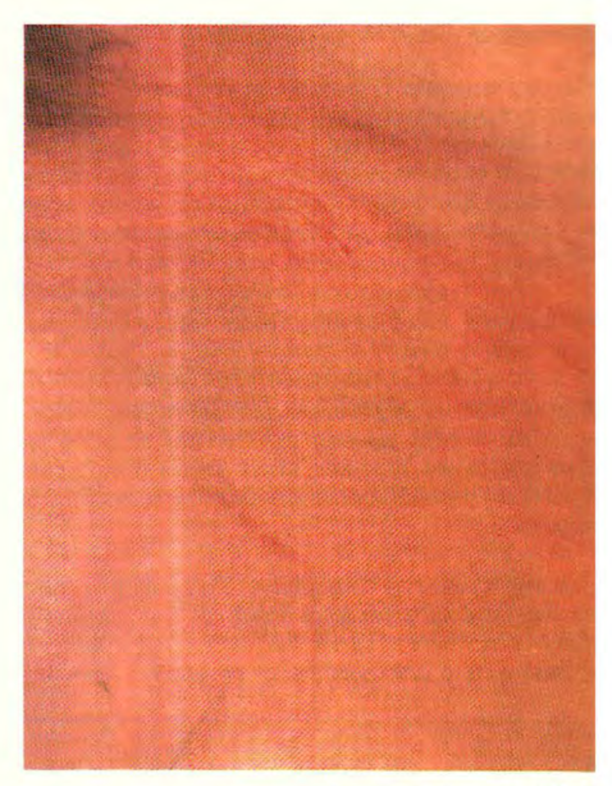
**الشكل 10 – 6** : طفح دوائي عدي الشكل .



**الشكل 10 – 7** : فرط تصبغ ناجم عن المينوسيكلين .



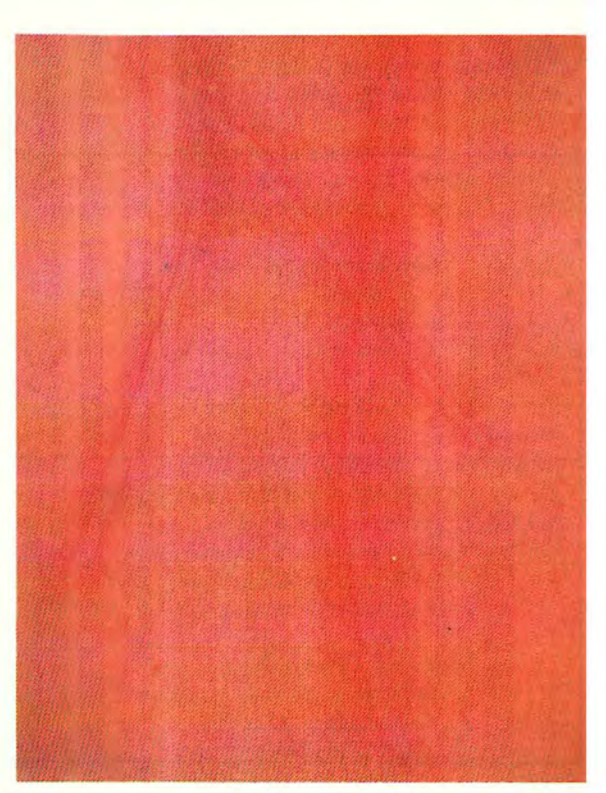
**الشكل 10 – 8** : صِمّة جلدية دوائية عقب زرقة عضلية من عقار مضاد للرثية يحتوي على الدكساميتازون .



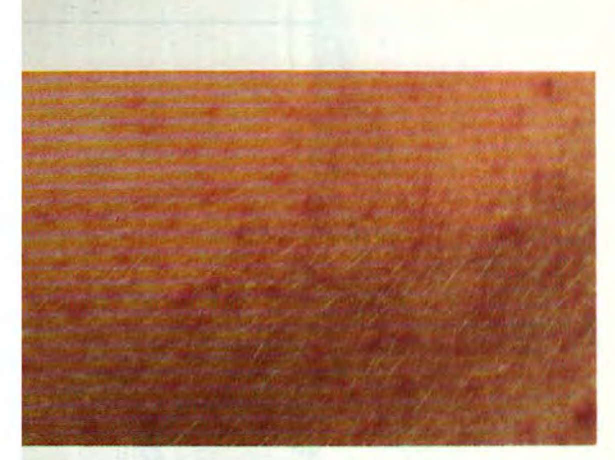
**الشكل 11 – 1** : شرى حاد .



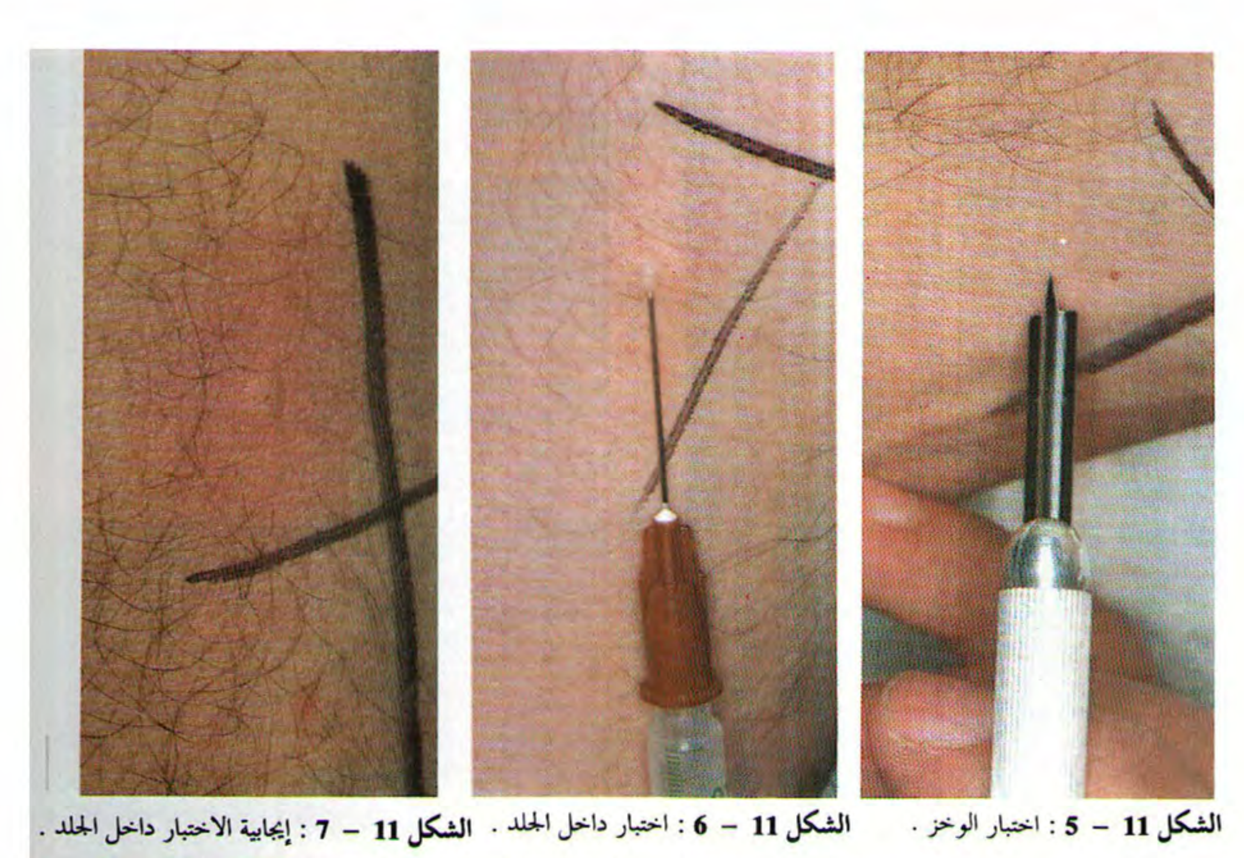
**الشكل 11 – 3** : شرى البرد .



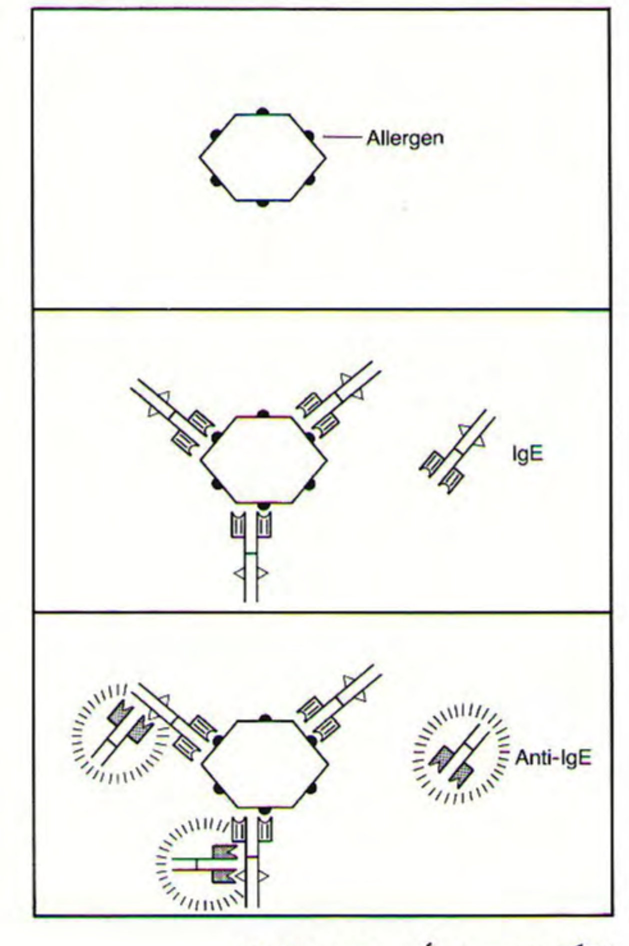
**الشكل 11 – 2** : كتوبية جلد شروية .



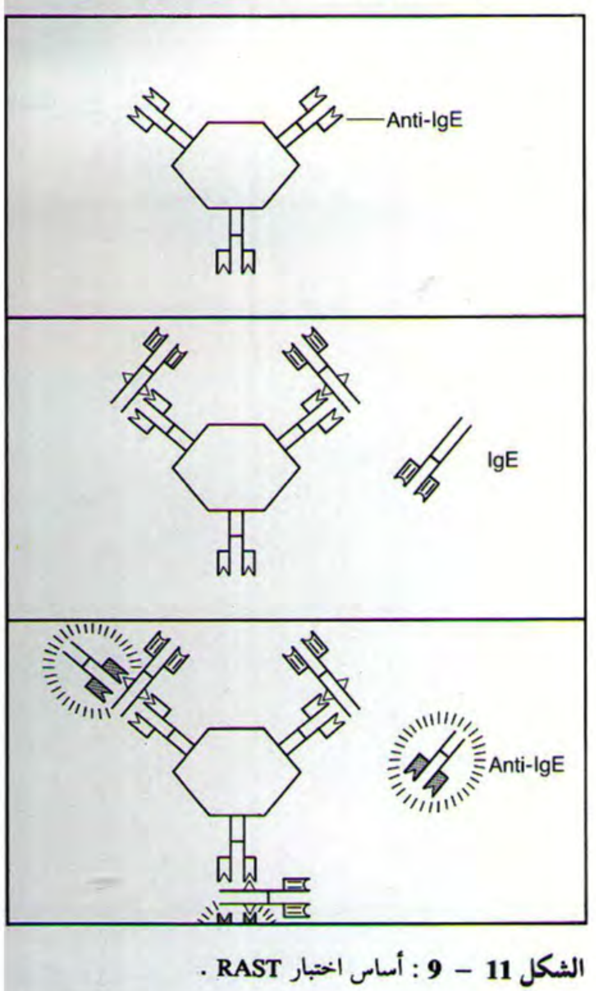
**الشكل 11 – 4** : شرى كوليزجي .



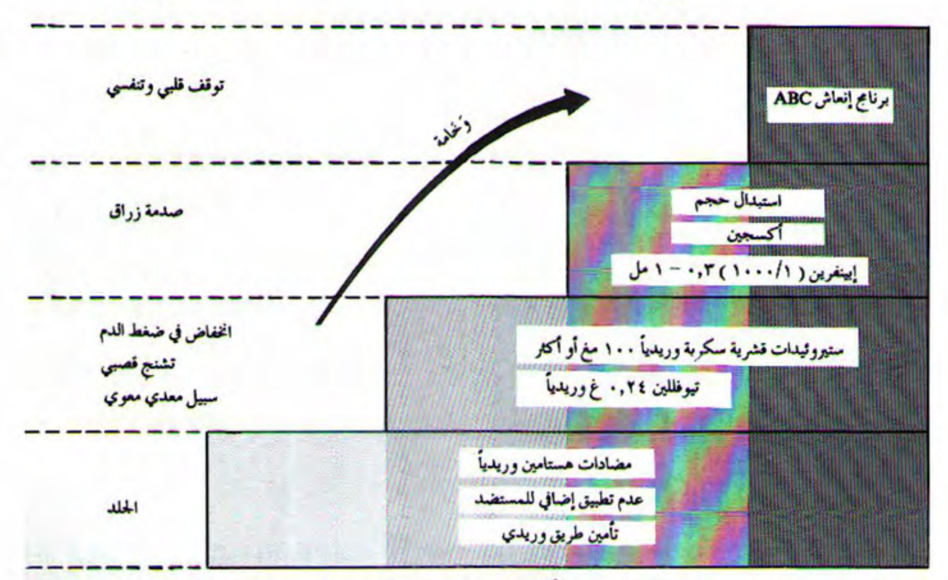
**الشكل 11 – 5** : اختبار الوخز . **الشكل 11 – 6** : اختبار داخل الجلد . **الشكل 11 – 7** : إيجابية الاختبار داخل الجلد .




**الشكل 11 – 8** : أساس اختبار **PRIST** .



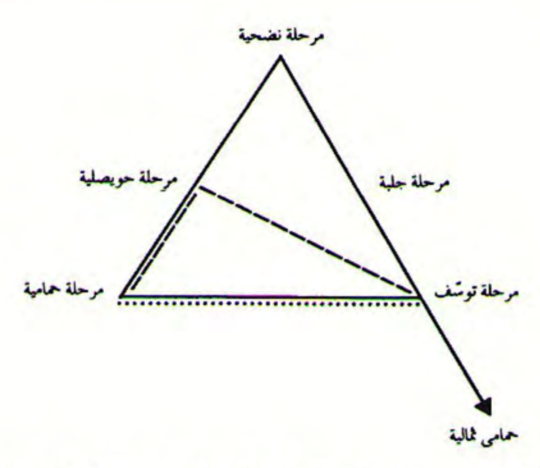

**الشكل 11 – 9** : أساس اختبار **RAST** .




**الشكل 11 – 10** : معالجة التفاعلات التأقانية في المراحل المختلفة ( عن Ring 1988 ) .



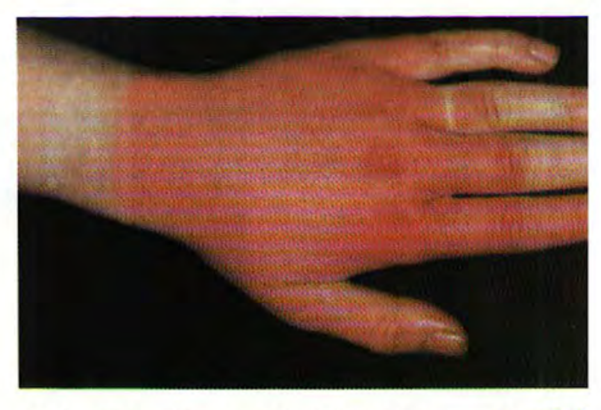
**الشكل 11 – 11** : الوذمة العرقية .



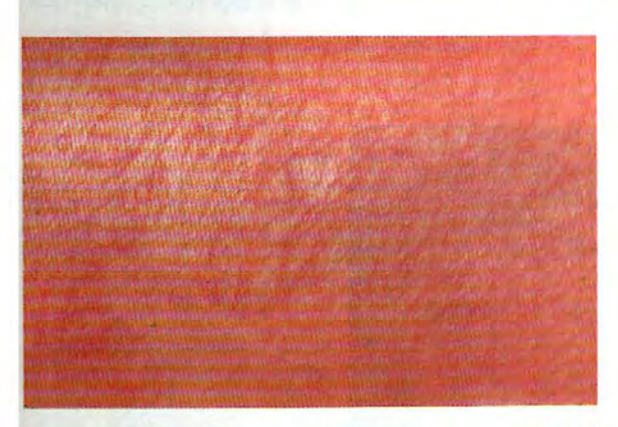

**الشكل 12 – 1** : مراحل التهاب الجلد التماسي الحاد كما يتصورها Kreibich : تعدد الأشكال باختلاف المراحل نموذجياً ... ، التهاب جلد حاد دون نزّ أو تجلّب ... التهاب جلد حاد فقط مع حمامى وتوسف



**الشكل 12 – 4** : سعفة إميانتية .



**الشكل 12 – 2** : التهاب الجلد التخريشي التماسي الحاد ، التهاب الجلد الشمسي ( مرحلة الحمامى ) .



**الشكل 12 – 5** : إكزيمة متشققة Eczema Craquele .



**الشكل 12 – 3** : التهاب الجلد التخريشي التماسي الحاد ( الطور التوسفي ) .



**الشكل 12 – 6** : إكزيمة الميزابة ( القنالية ) Eczema Cannale .

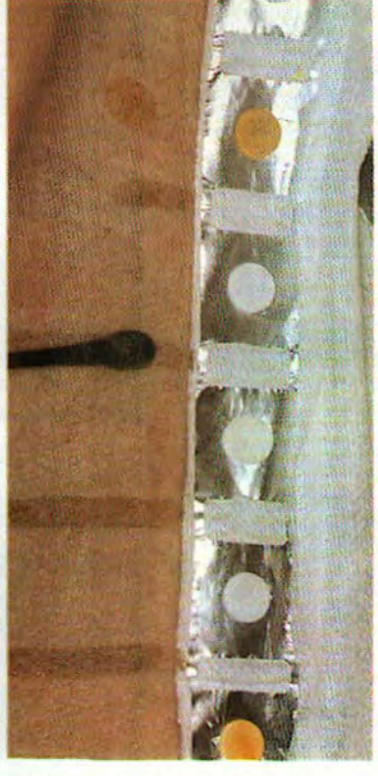


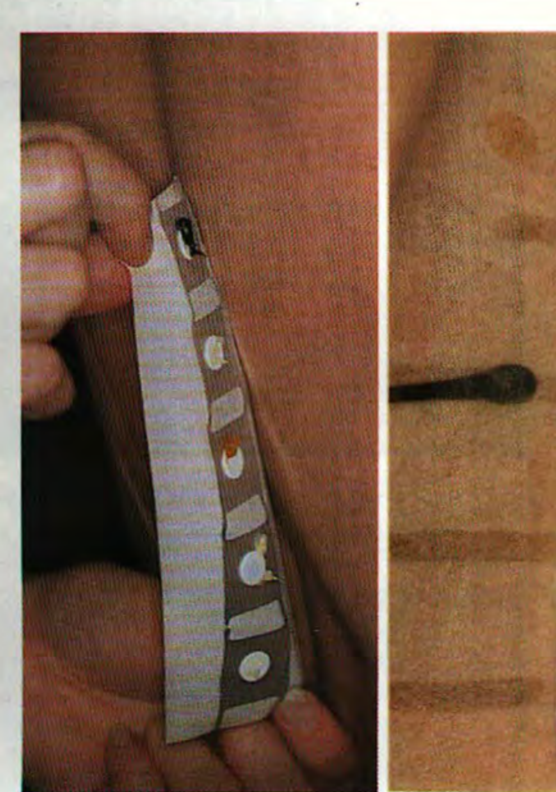
**الشكل 12 – 7** : إكزيمة اليد التخريشية التراكمية المزمنة .



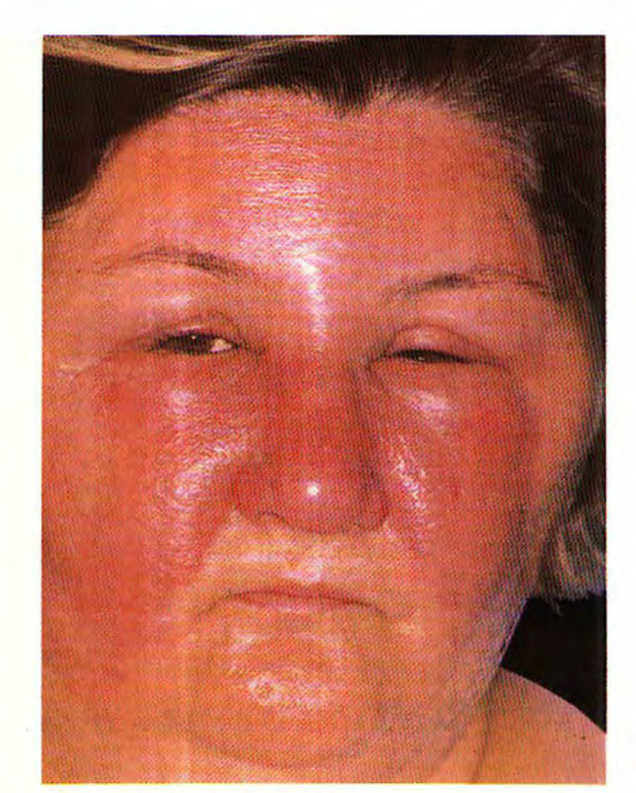
**الشكل 12 – 8** : إكزيمة اليد المتشققة مفرطة التقرن .







**الشكل 12 – 9** : الاختبار البقعي ( الرقعي ) ، على اليسار : تطبيق شريط الاختبار .
– في الوسط : نزع شريط الاختبار بعد ٤٨ ساعة مع وضع علامات على مناطق الاختبار .
– على اليمين : اختبارين رقعيين إيجابيين .



**الشكل 12 — 10** : التهاب الجلد الأرجي التماسي الحاد : المستأرج بالتماس هو أبخرة التربنتين .



**الشكل 12 — 11** : التهاب جلد أرجي تماسي حاد من نموذج خلل التعرق . المستأرج بالتماس هو **Epoxide Resine** .



**الشكل 12 — 12** : التهاب جلد حاد أرجي بالتماس على الأذن مع امتداد الآفات باتجاه الوجنتين ، المستأرج بالتماس هو سلفات النيومايسين .



**الشكل 12 — 13** : التهاب جلد حاد أرجي بالتماس ، الطور التجلبي ، المستأرج بالتماس هو صبغة الشعر .



**الشكل 12 — 14** : التهاب جلد حاد أرجي بالتماس مع تفاعل منتشر ، المستأرج بالتماس هو الأزولين .



**الشكل 12 — 15** : إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس ( إكزيمة رباط القبعة ) المستأرج بالتماس هو اللوريل .



**الشكل 12 — 16** : إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس .



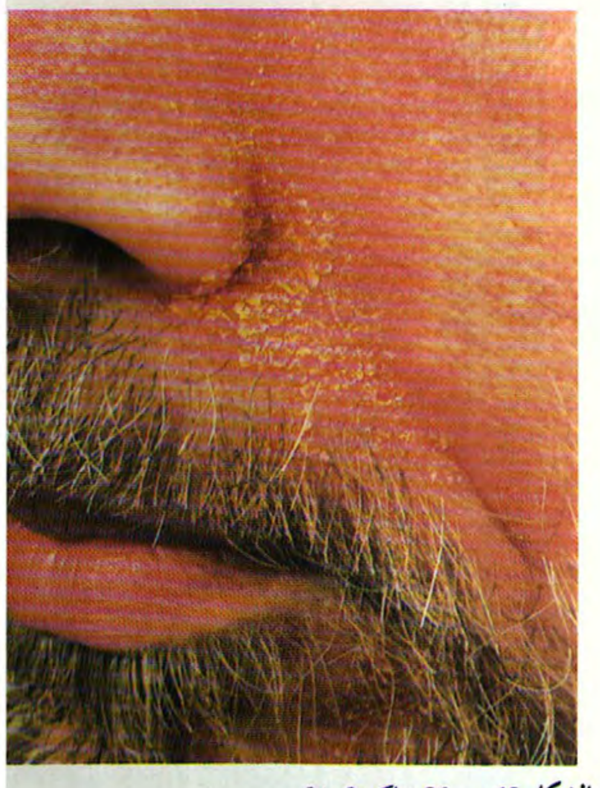
**الشكل 12 – 17** : إكزيمة الأنامل عند طبيب أسنان ، المستأرجات بالتماس هي المبنجات .



**الشكل 12 – 20** : إكزيمة مثية عند وليد حديث الولادة .



**الشكل 12 – 18** : إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس ، المستأرج بالتماس بلسم البيرو ، اللانولين .



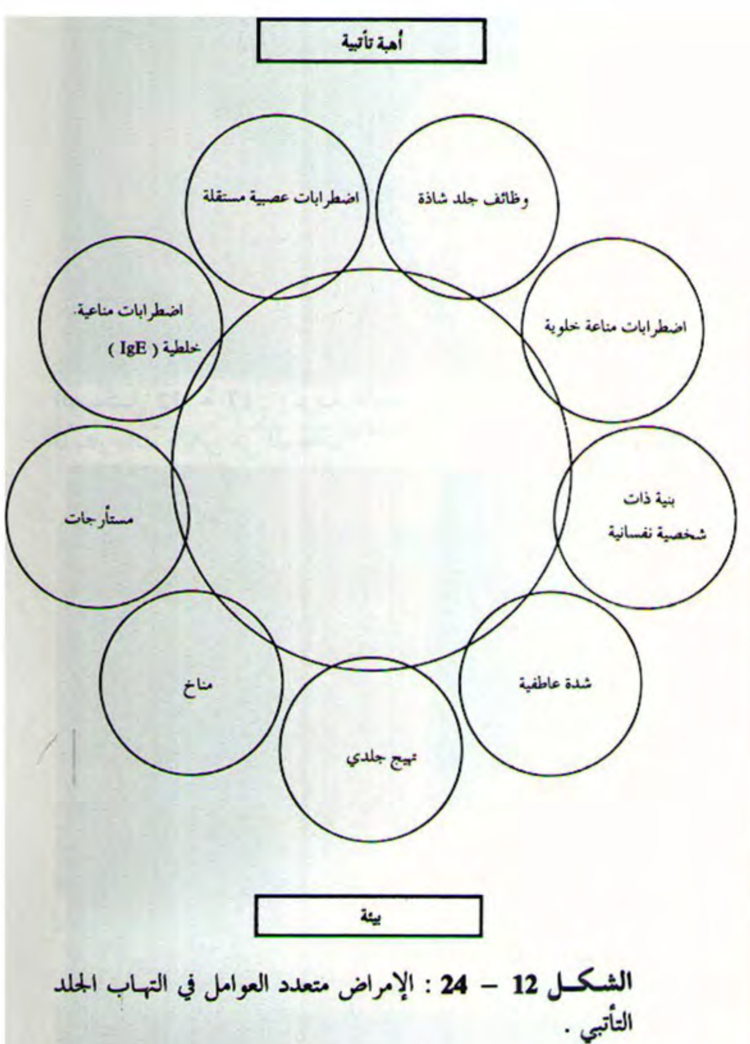
**الشكل 12 – 21** : إكزيمة مثية .



**الشكل 12 – 19** : إكزيمة مزمنة أرجية بالتماس من نمط خلل التعرق . المستأرج بالتماس هو النيكل ( المقص ) .



**الشكل 12 – 22** : إكزيمة مثية .

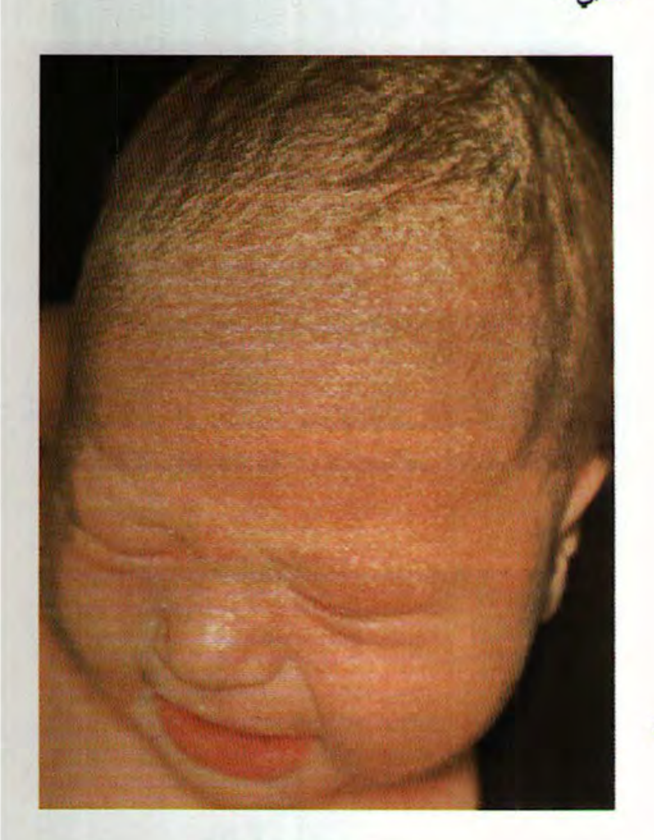



**الشكـل 12 – 24** : الإمراض متعدد العوامل في التهاب الجلد التأتبي .

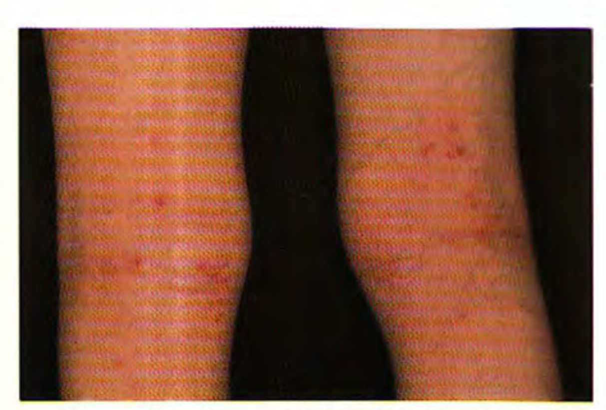




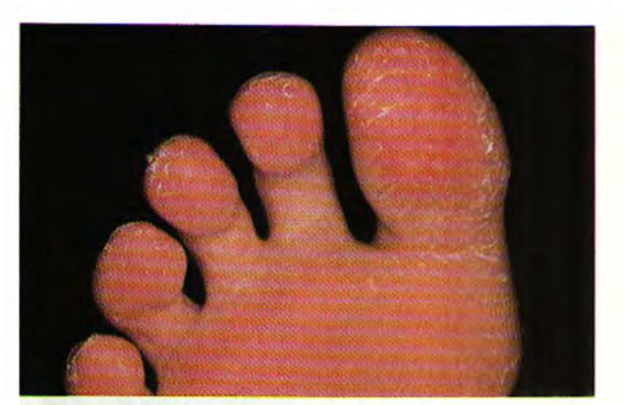
**لشكل 12 – 23** : إكزيمة درهمية ( نمّيّة ) .



**الشكـل 12 – 25** : إكزيمة تأتبية عند وليد ، تدعى « جلبة الحليب » .



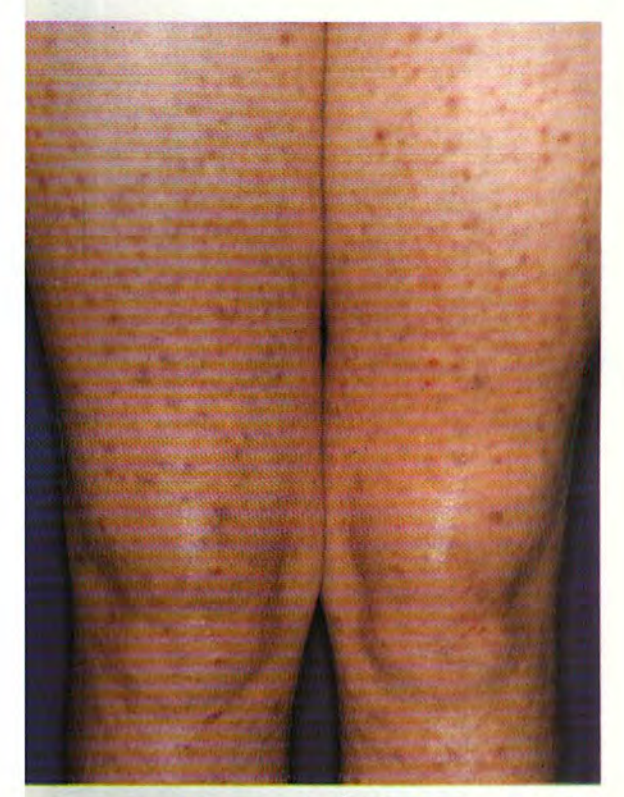
**الشكل 12 – 26** : إكزيمة تأتبية في سن الطفولة ، وهي ما يدعى إكزيمة الثنيّات .



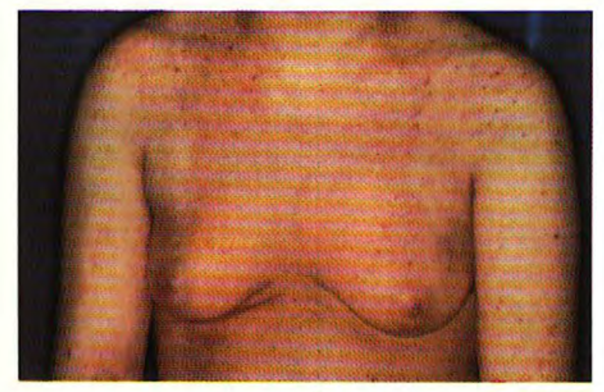
**الشكل 12 – 30** : سعفة كاذبة لدى مريض تأتبي .



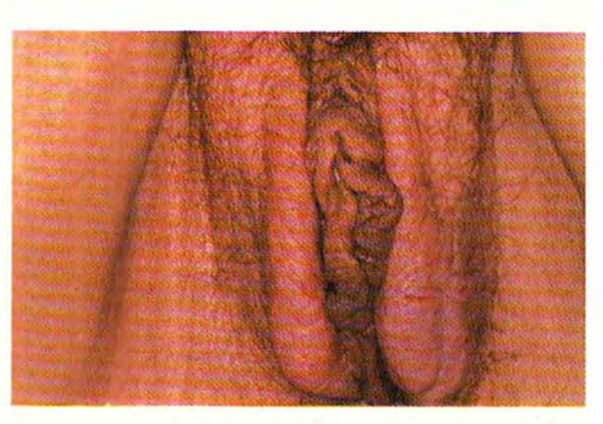
**الشكل 12 – 27** : علامة هيرتوغ Hertoghe .



**الشكل 12 – 31** : إكزيمة تأتبية : نموذج حكاكي .



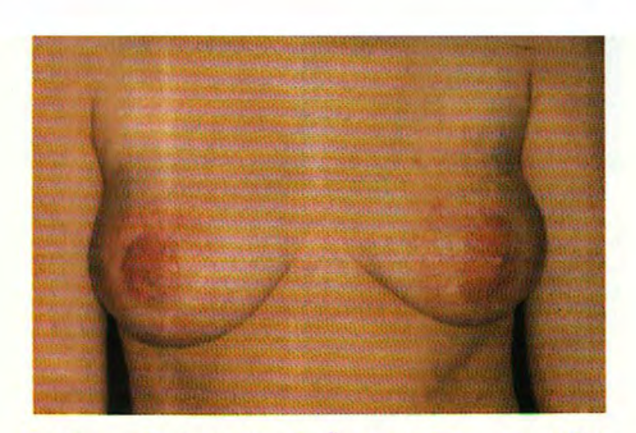
**الشكل 12 – 28** : إكزيمة تأتبية .



**الشكل 12 – 29** : إكزيمة تأتبية متحززة في الفرج .



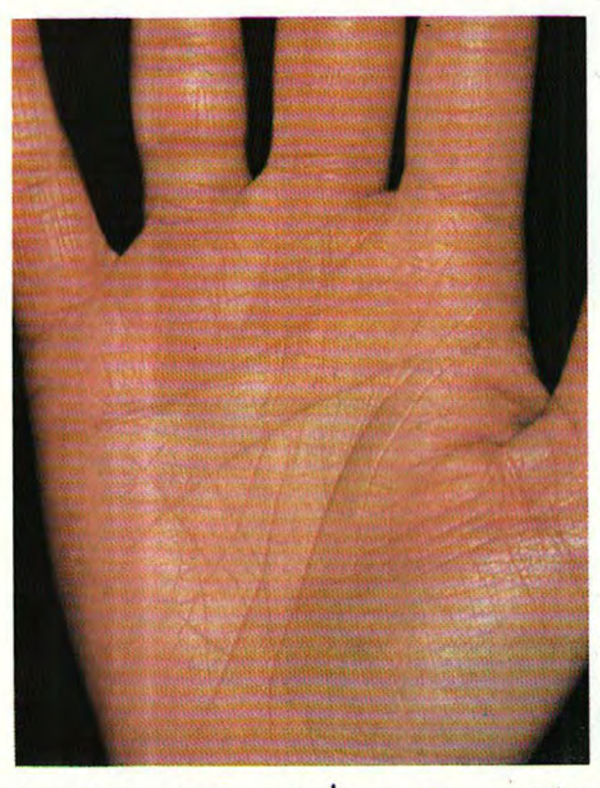
**الشكل 12 – 32** : إكزيمة تأتبية درهمية ( نميّة ) .



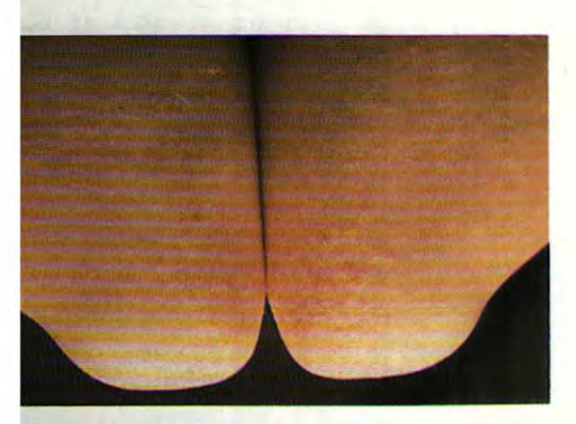
**الشكـل 12 – 33** : إكزيمة تأتبية في ناحية هالة الثدي ( إكزيمة الحلمة ) .



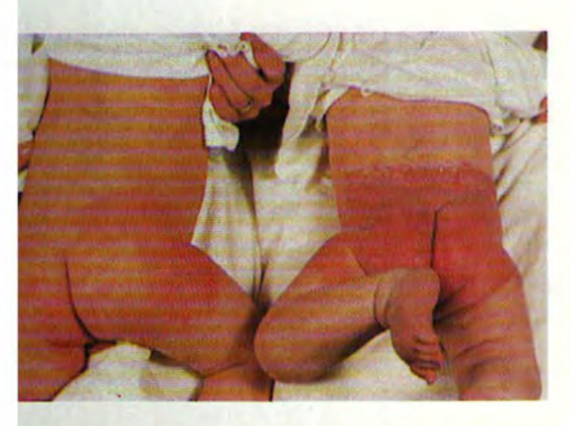
**الشكل 12 – 34** : طيّات أو ثنيات التأتب في الأجفان السفلية ( خطوط **Morgane Dennie** ) .



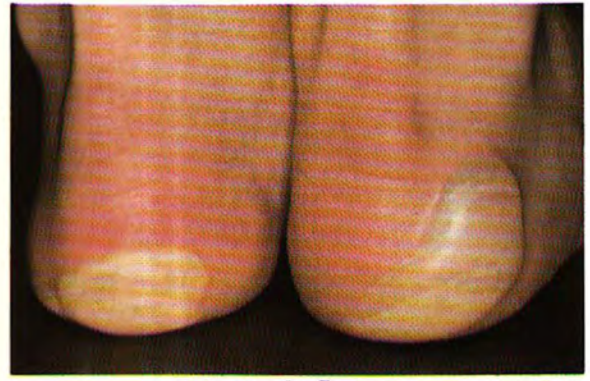
**الشكل 12 – 35** : اليد السُّماكية مع تغضنات زائدة العمق في اليد .



**الشكـل 12 – 36** : التهـاب جلد حزازاني بالاحتكاك ( الـ جلد بصندوق الرمل **Sandbox Dermatitis** ) .



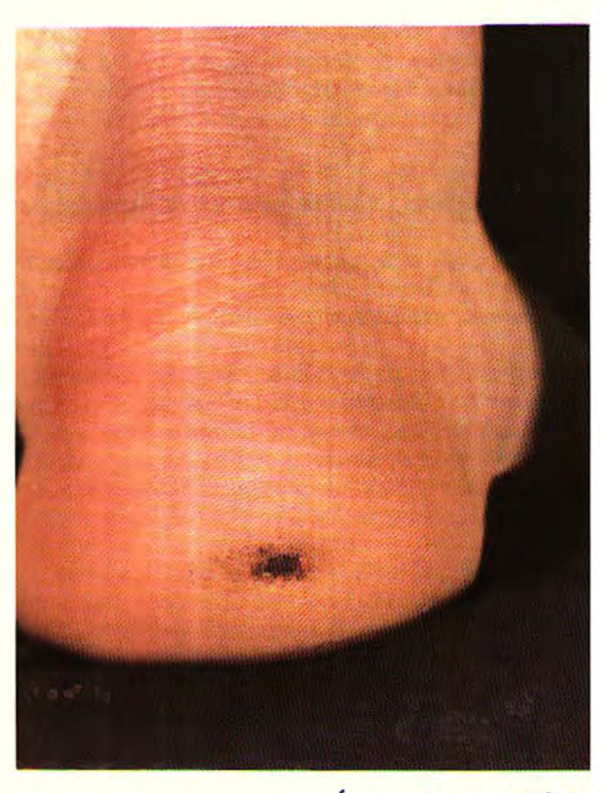
**الشكل 12 – 37** : التهاب جلد حفاضي .



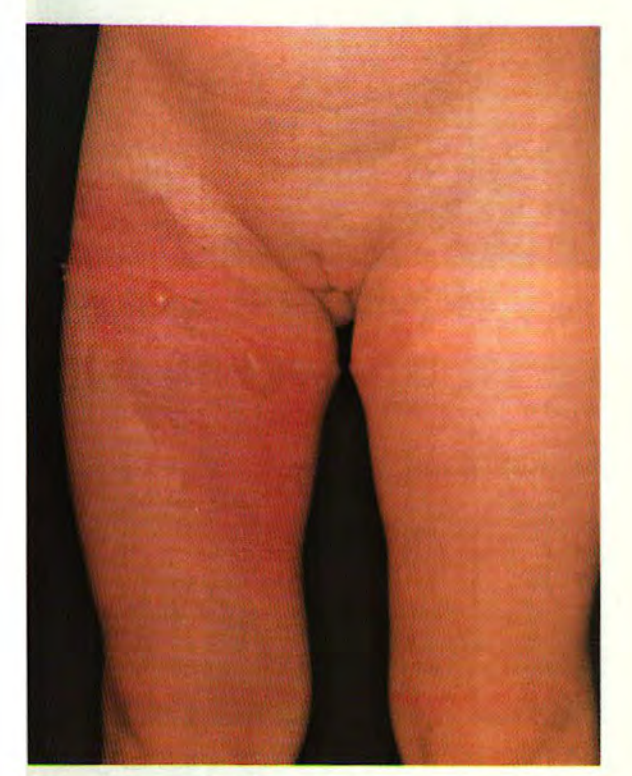
**الشكل 13 – 1** : فقاعات آلية أو بالاحتكاك .



**الشكل 13 – 2** : ثفن .



**الشكل 13 – 3** : عقب أسود .



**الشكل 13 – 4** : حرق من الدرجة الثانية .



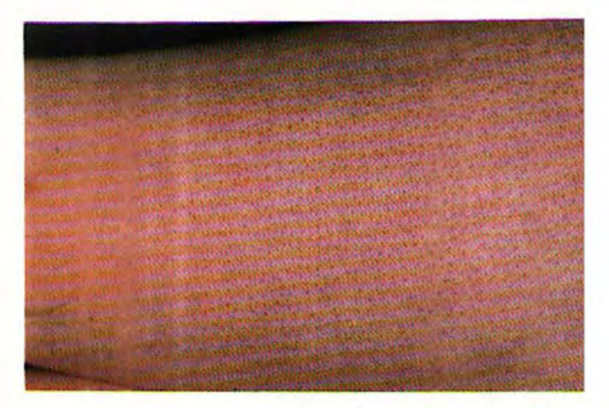
**الشكل 13 – 5** : حرق من الدرجة الثالثة .



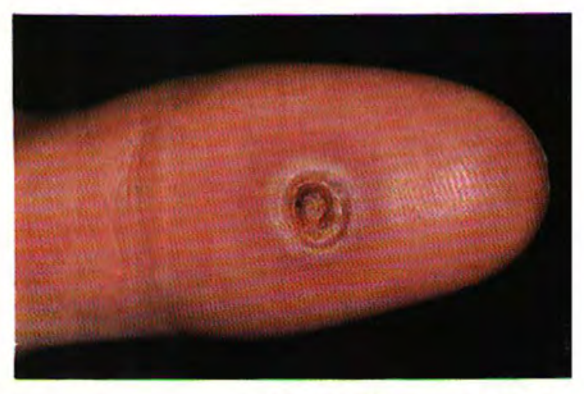
**الشكل 13 – 6** : عضة صقيع من الدرجة الثالثة .



**الشكل 13 – 7** : شرث .



**الشكل 13 – 8** : شرث جريبي .



**الشكل 13 – 9** : أذية كهربائية .



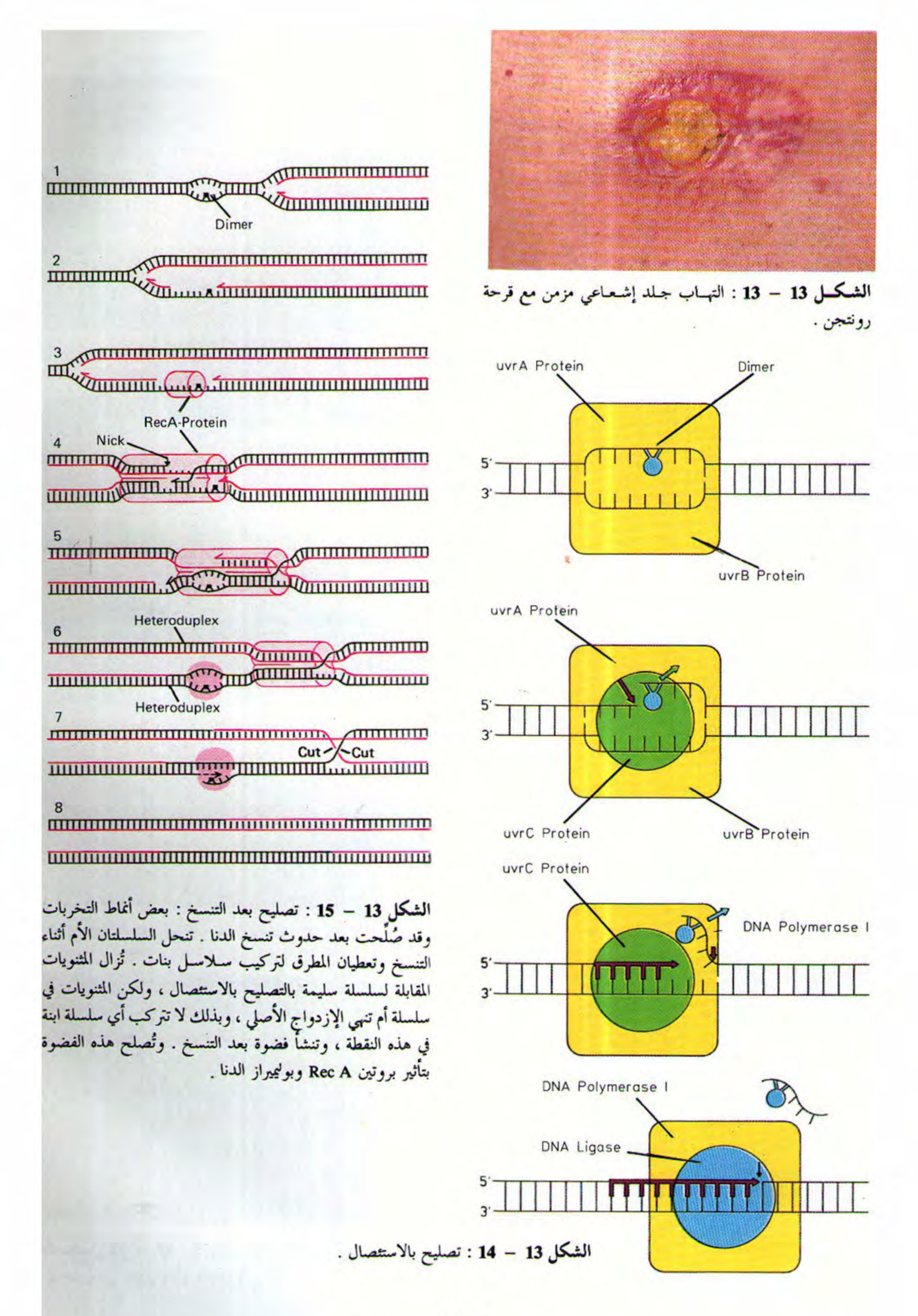
**الشكل 13 – 10** : كي من الدرجة الثالثة – حمض الخليك .



**الشكـل 13 – 11** : التهاب جلد إشعاعي مزمن مع تقر
رونتجنية متعددة وحثل ظفري لدى جراح .



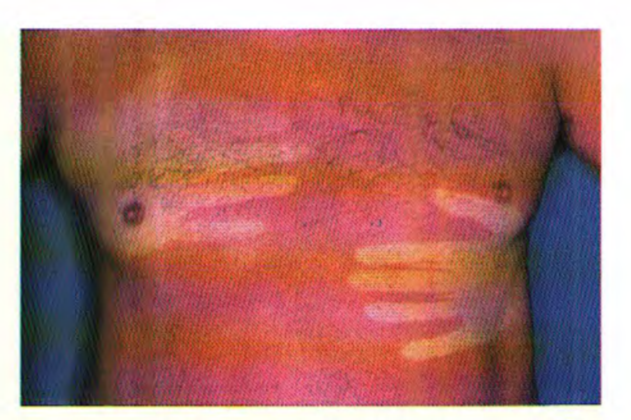
**الشكـل 13 – 12** : التهاب جلد إشعاعي تبكلي بعد مع
إشعاعية لسرطانة قاعدية الخلايا .



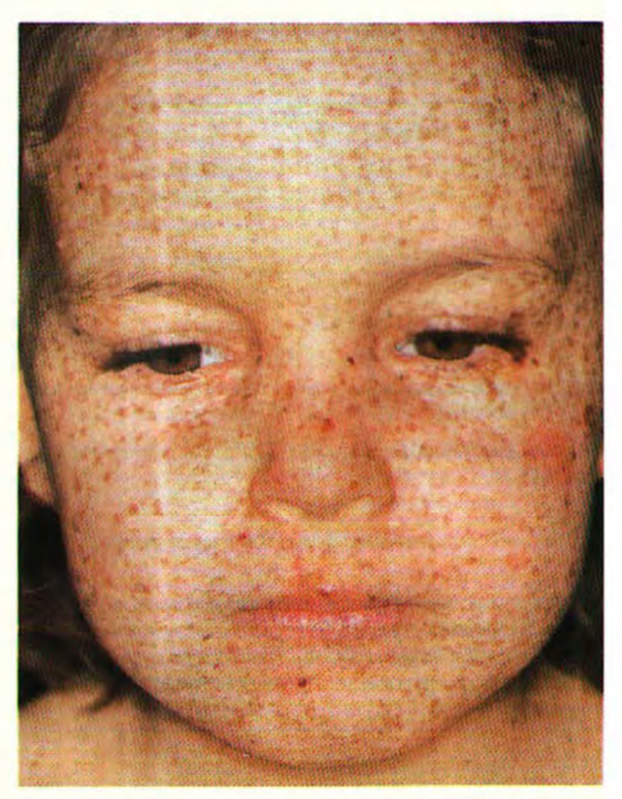

**الشكـل 13 – 13** : التهـاب جـلد إشعـاعي مزمن مع قرحة رونتجن .

**الشكل 13 – 14** : تصليح بالاستئصال .

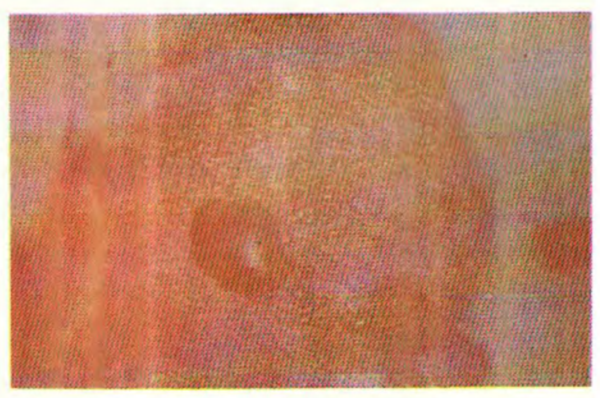
**الشكل 13 – 15** : تصليح بعد التنسخ : بعض أنماط التخربات وقد صُلّحت بعد حدوث تنسخ الدنا . تنحل السلسلتان الأم أثناء التنسخ وتعطيان المطرق لتركيب سلاسل بنات . تُزال المثنويات المقابلة لسلسلة سليمة بالتصليح بالاستئصال ، ولكن المثنويات في سلسلة أم تنهي الإزدواج الأصلي ، وبذلك لا تتركب أي سلسلة ابنة في هذه النقطة ، وتنشأ فضوة بعد التنسخ . وتُصلح هذه الفضوة بتأثير بروتين Rec A وبوليميراز الدنا .



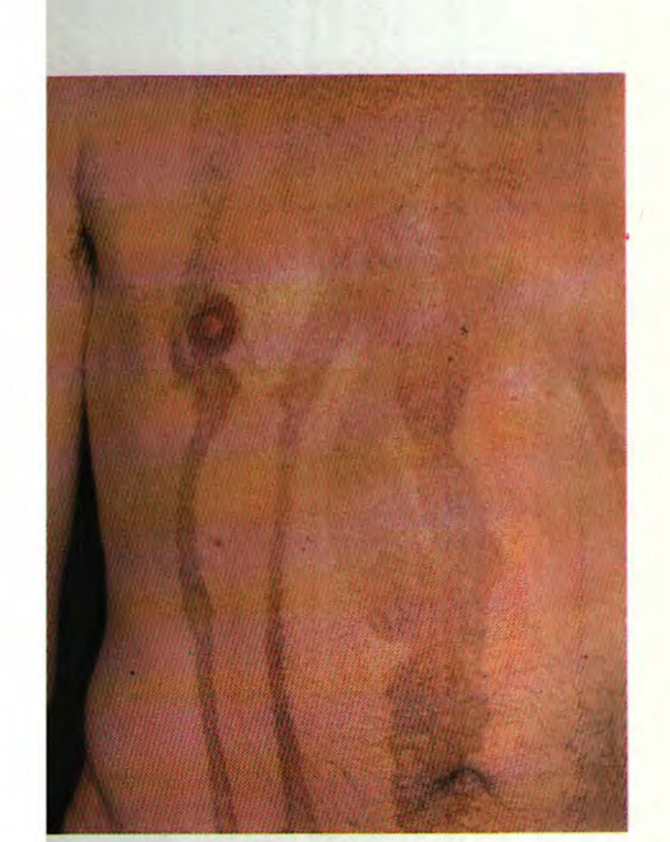
**الشكل 13 – 16** : التهاب جلد شمسي ، مرحلة حمامية .



**الشكل 13 – 17** : جفاف جلد مصطبغ .



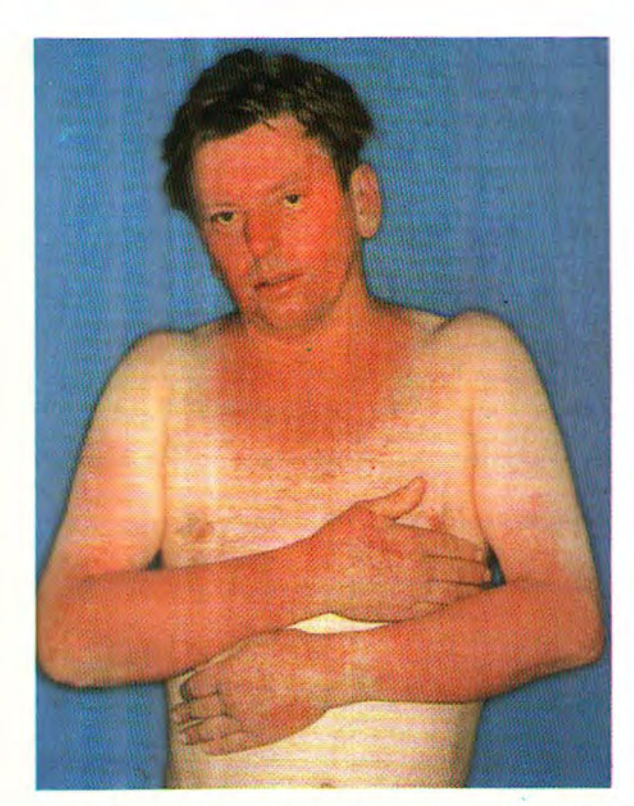
**الشكل 13 – 18** : التهاب جلد تماسي سُمِّي ضوئي ( ٨ ميتوكسي بسورالين و UVA ) .



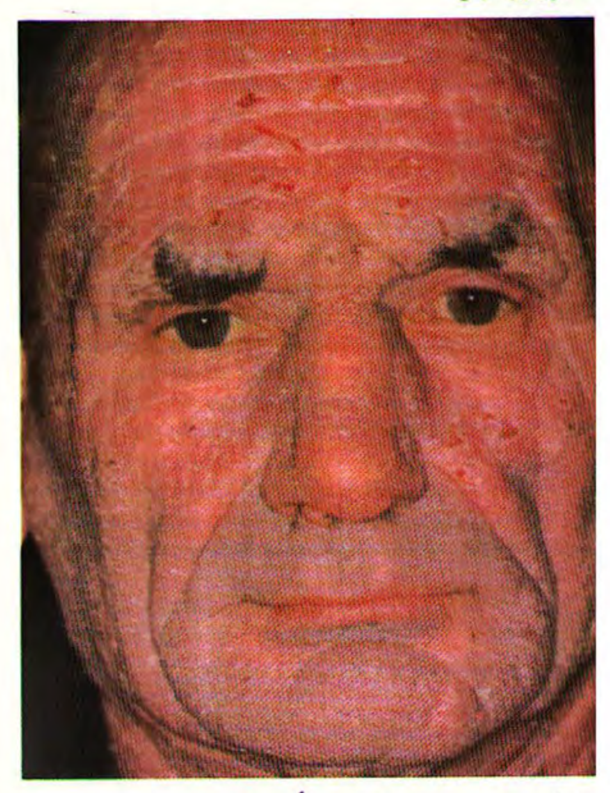
**الشكل 13 – 19** : التهاب جلد قلادي .



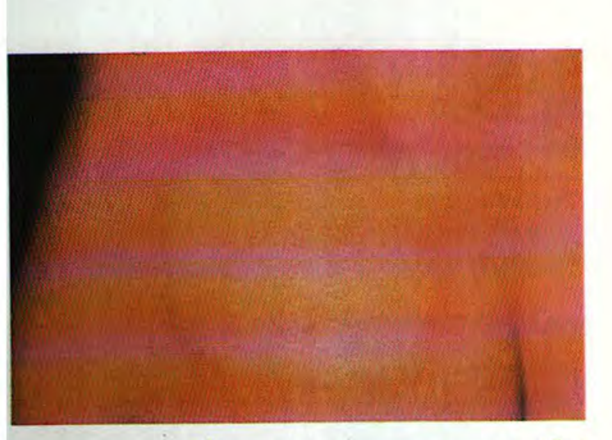
**الشكل 13 – 20** : التهاب جلد ضوئي نباتي ( ذراع ) .



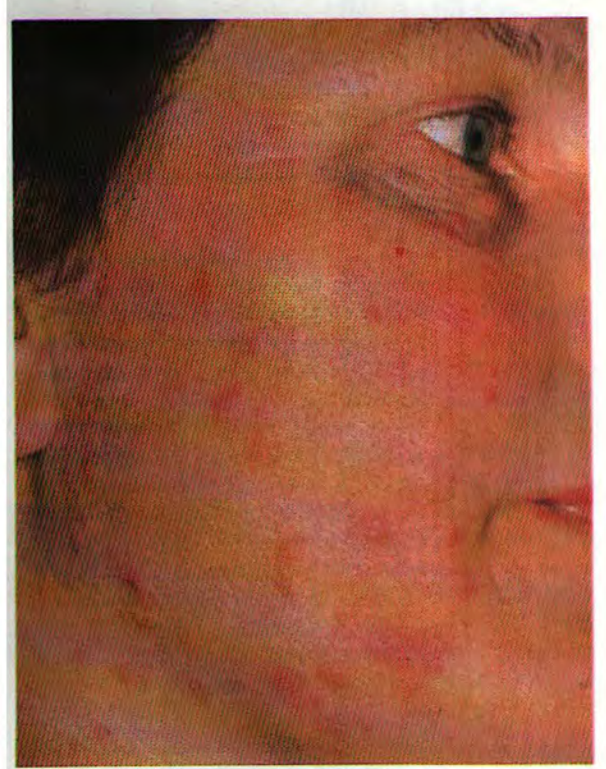
**الشكل 13 – 21** : التهاب جلد تماسي أرجي ضوئي بسبب الكلوربرومازين .



**الشكل 13 – 22** : تفاعل ضوئي مستمر .



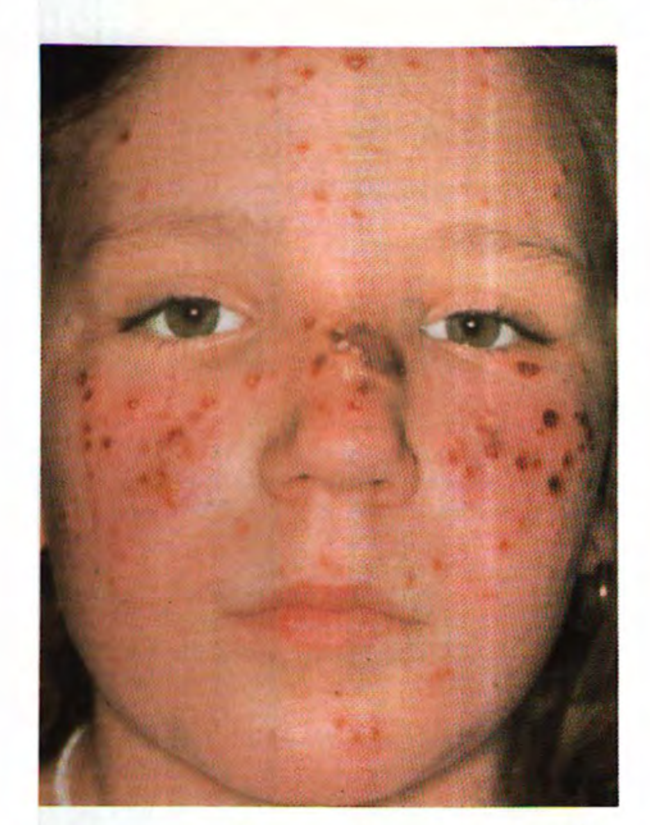
**الشكل 13 – 23** : شرى شمسي ( محرش بأشعة UVA ) .



**الشكل 13 – 24** : طفح ضوئي متعدد الأشكال .



**الشكـل 13 – 25** : طفح ضـوئي متعدد الأشكال ( منطقة القص ) .



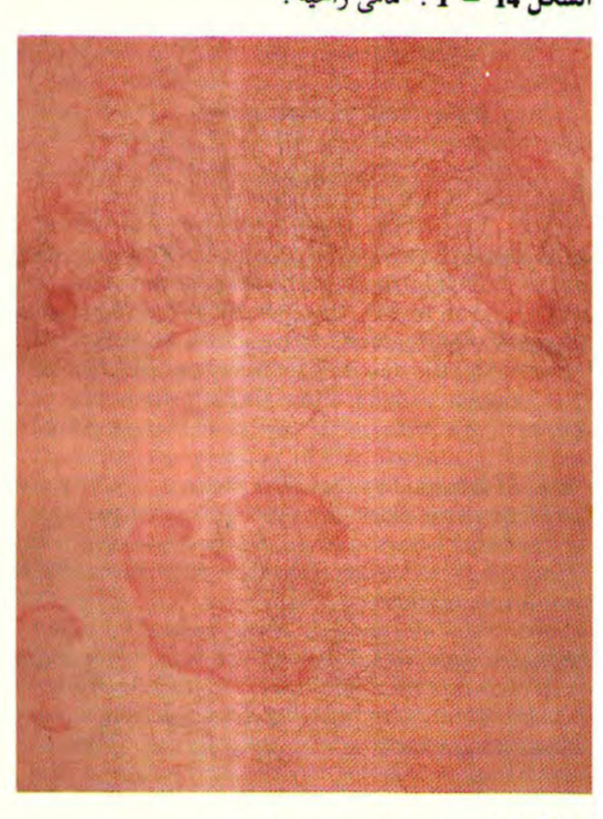
**الشكل 13 – 26** : حصاف وقسي الشكل .



**الشكل 14 – 1** : حمامى راحية .



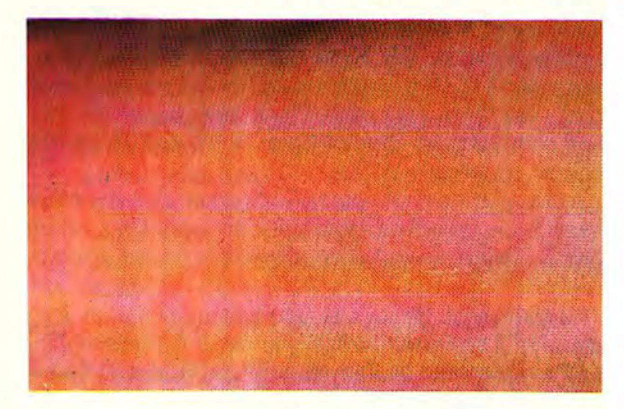
**الشكل 14 – 4** : حمامى مرتفعة دائمة .



**الشكل 14 – 2** : حمامى حلقية نابذة .



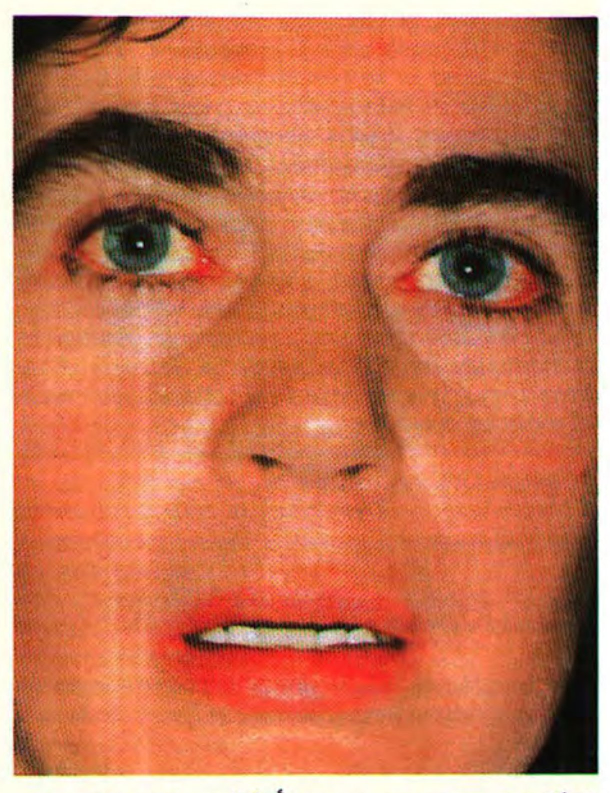
**الشكل 14 – 5** : حمامى عديدة الأشكال .



**الشكل 14 – 3** : حمامى ملتفة زاحفة .



**الشكل 14 – 6** : حمامى عديدة الأشكال ( نمط سنوي ) .



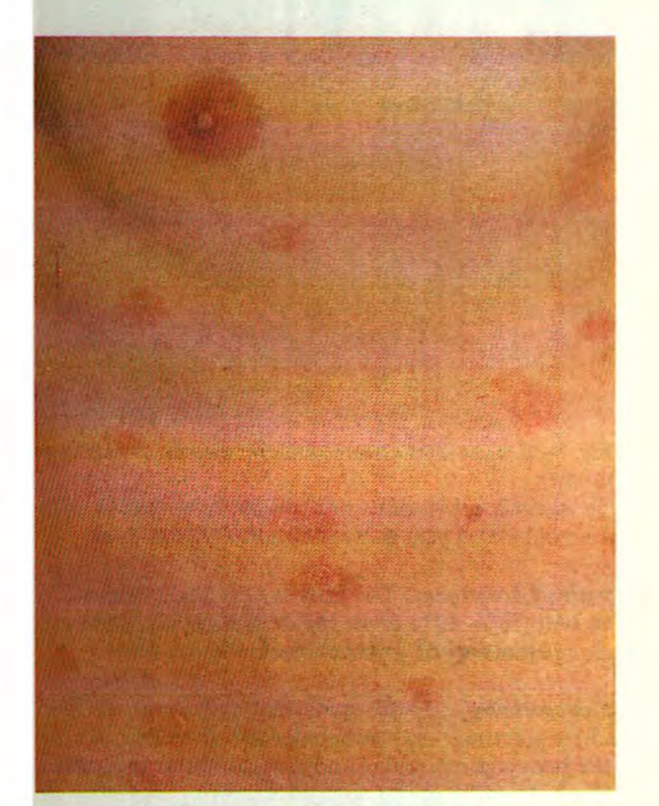
**الشكل 14 – 7** : حمامى عديدة الأشكال ( متلازمة فوكس ) .



**الشكل 14 – 8** : حمامى عقدة .



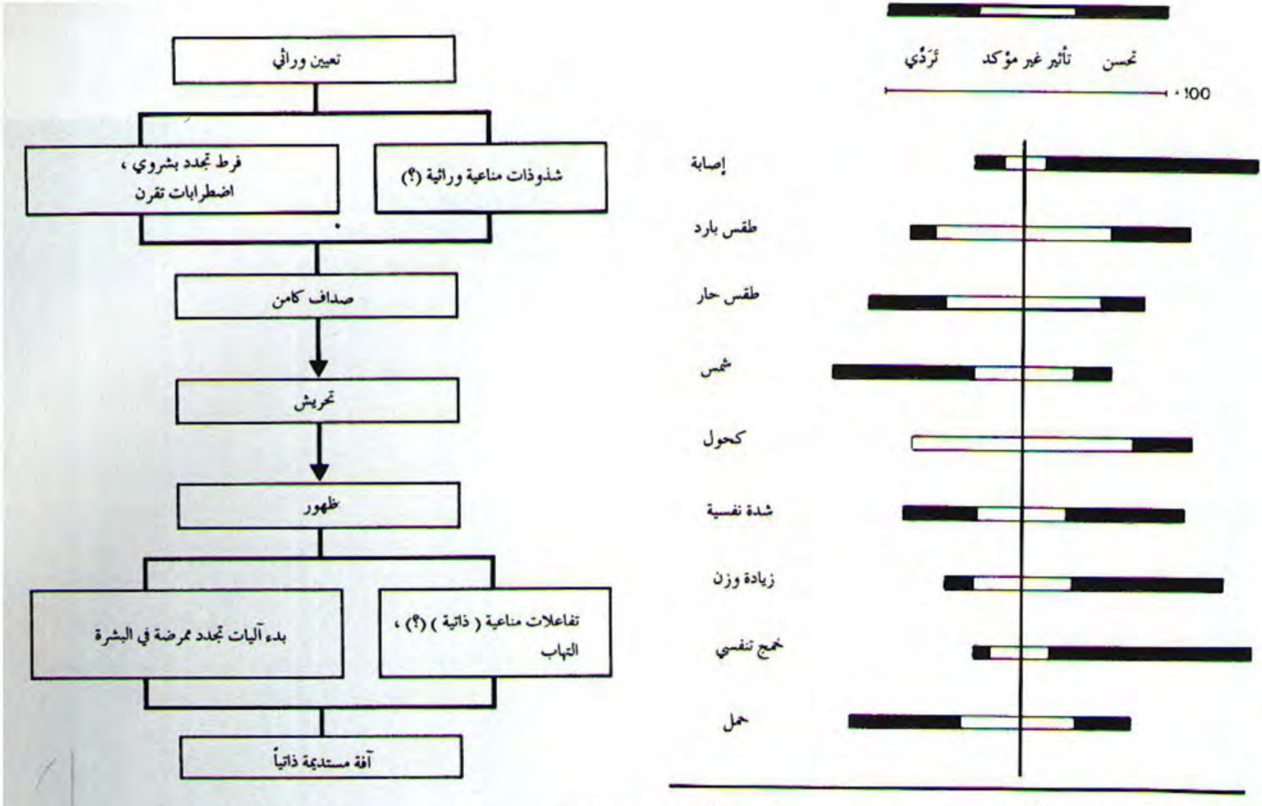
**الشكل 14 – 9** : جلاد عَدِل حمى حاد ( متلازمة سويت ) .



**الشكل 14 – 10** : نخالية وردية .

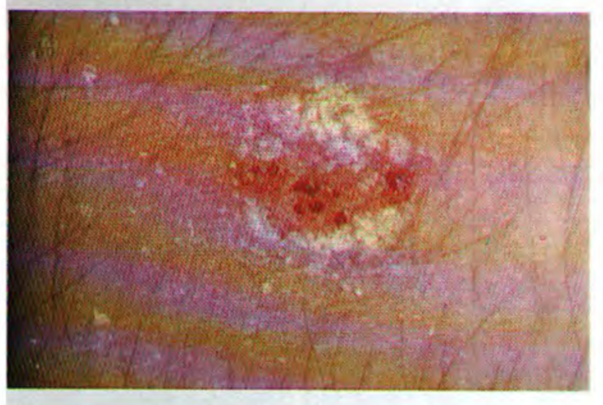


**الشكل 14 – 11** : صداف شائع ، ظاهرة كوبنر بسبب شريط لاصق .

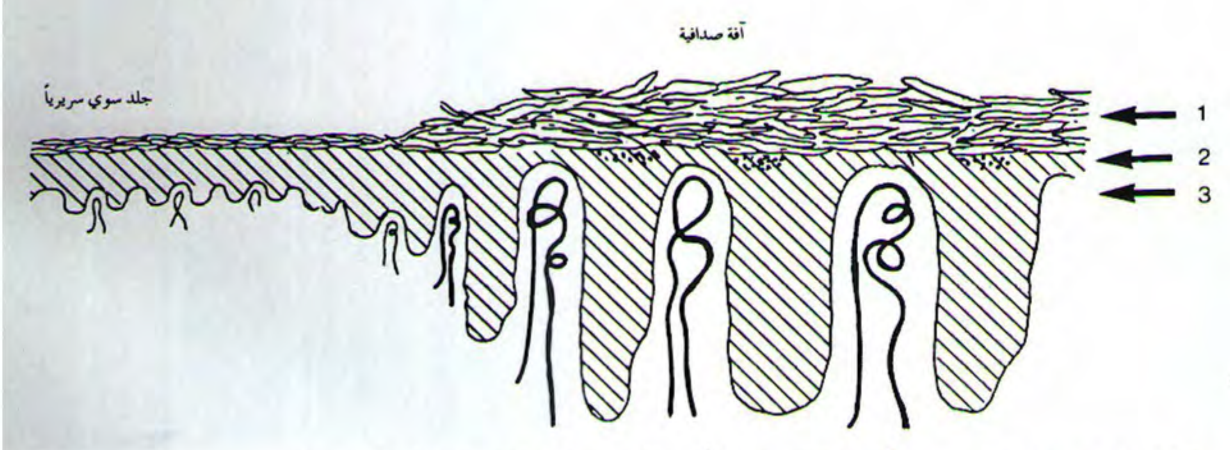



**الشكل 14 – 12** : تأثيرات عوامل خارجية وداخلية المنشأ على الصداف الشائع في ٥٣٦ مريضاً .

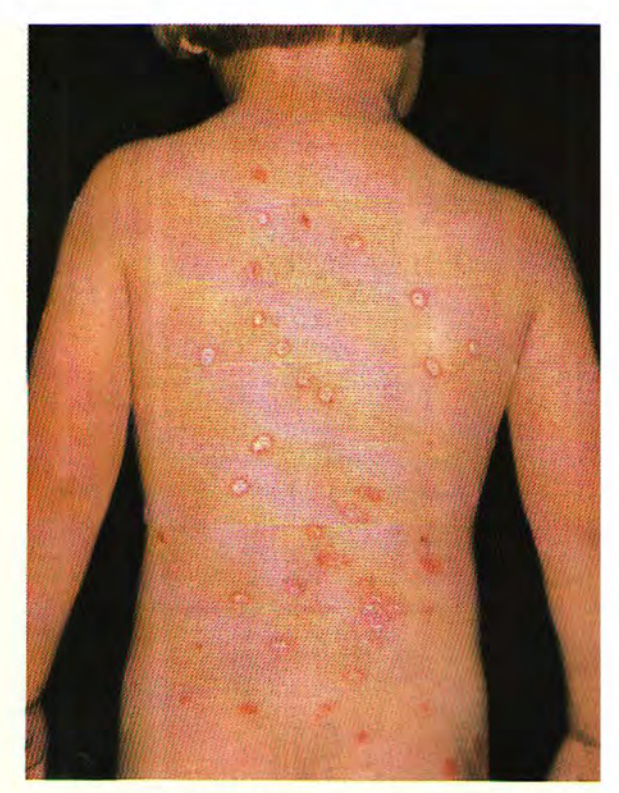
**الشكل 14 – 13** : فرضية إمراض الصداف .



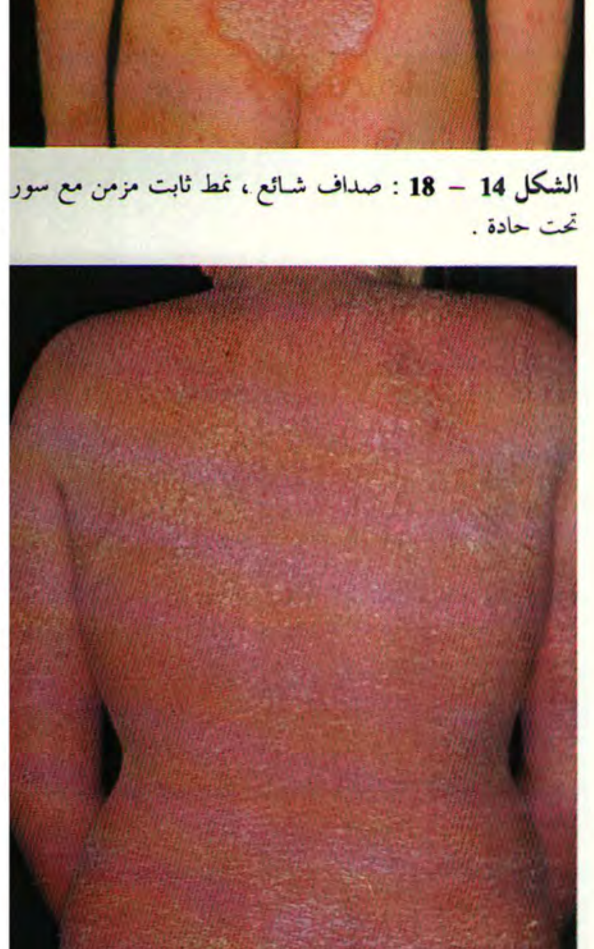
**الشكل 14 – 14** : صداف شائع ـ الظاهرة الثالثة : نزف بؤري تالٍ لكشط طبقة الجلد الأخيرة . ( ظاهرة أوسبتز **Auspitz's Phenemenon** ) . ويمكن مشاهدة وسوف فضية ( الظاهرة الأولى ـ ظاهرة التشمّع ) .




**الشكل 14 – 15** : بنية نسجية لآفة صدافية ، تشير الأسهم إلى مستويات ظواهر الصداف السريرية : ١ ـ ظاهرة التشمع . ٢ ـ طبقة الجلد الأخيرة . ٣ ـ النزف البؤري ( ظاهرة أوسبتز ) .



**الشكل 14 – 16** : صداف شائع ، نمط نقطي .

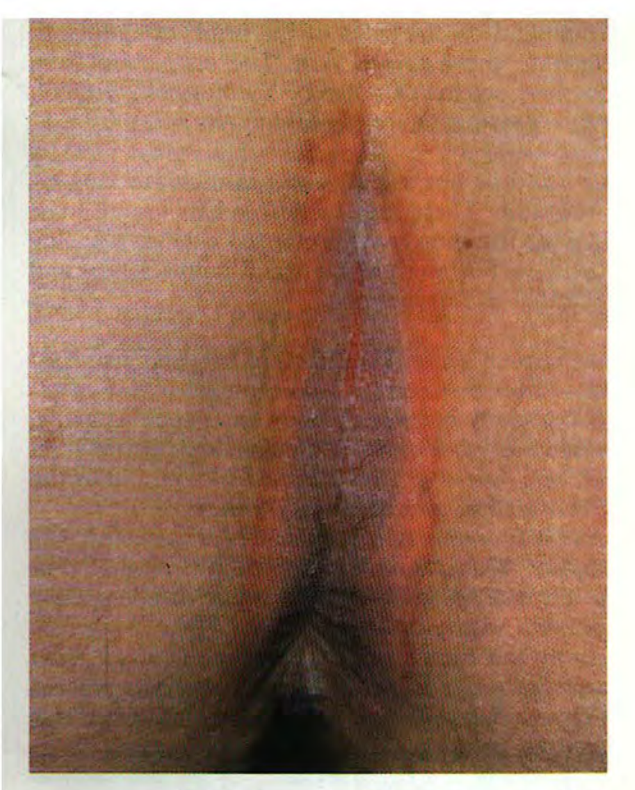


**الشكل 14 – 18** : صداف شائع ، نمط ثابت مزمن مع سور تحت حادة .

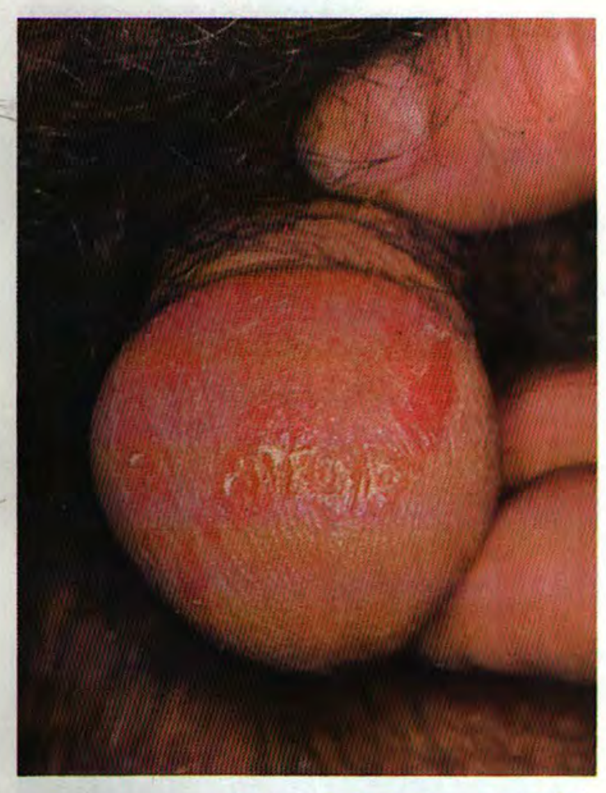


**الشكل 14 – 17** : صداف شائع ، نمط نمّي مع تلاقٍ للبقع .

**الشكل 14 – 19** : أحمرية صدافية .



**الشكل 14 – 22** : صداف مذحي مع شق نمطي .



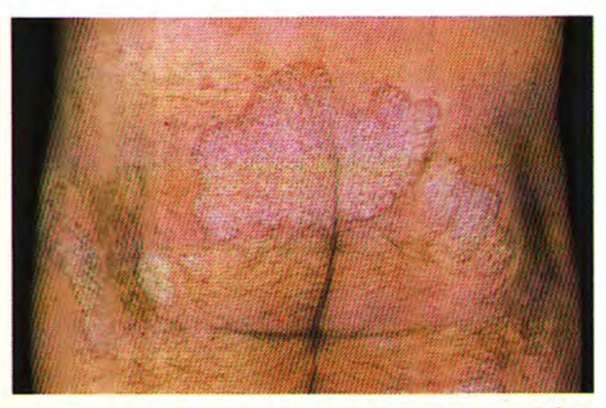
**الشكل 14 – 23** : صداف شائع على القضيب .



**الشكل 14 – 20** : صداف متلفف .



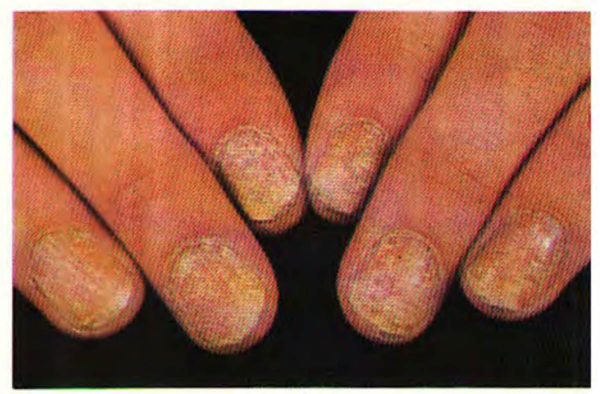
**الشكل 14 – 21** : صداف شائع .



**الشكل 14 – 24** : صداف شائع في المنطقة العجزية .



**الشكل 14 – 25** : صداف شائع راحي .



**الشكل 14 – 26** : صداف مَطْرِق الظفر .



**الشكل 14 – 27** : صداف شائع ، تنقرات ظفرية .



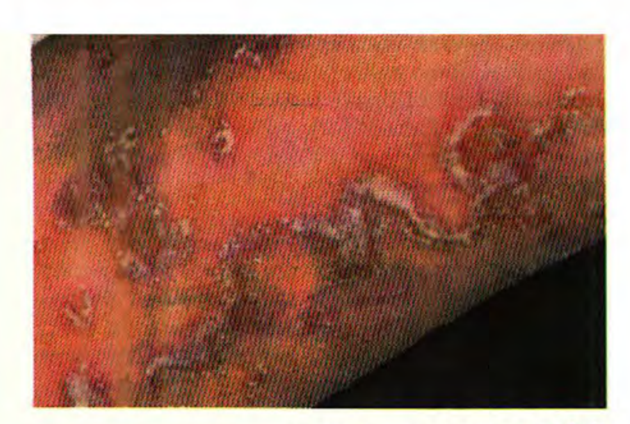
**الشكل 14 – 28** : صداف ظفري ، بقعة الزيت .



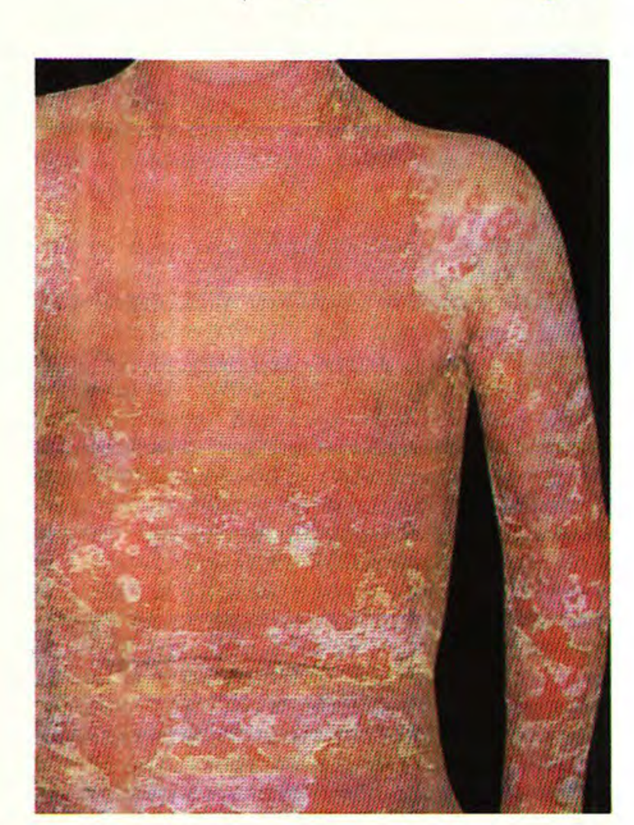
**الشكل 14 – 29** : صداف شائع ، صداف داحسي ، تنقرات ظفرية ، انفكاك ظفري يعزى إلى صداف سرير الظفر .



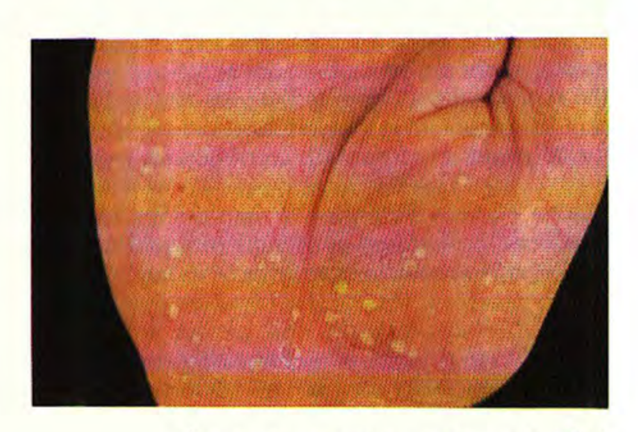
**الشكل 14 – 30** : صداف شائع على الركبتين .



**الشكل 14 – 31** : صداف بثري معمم .



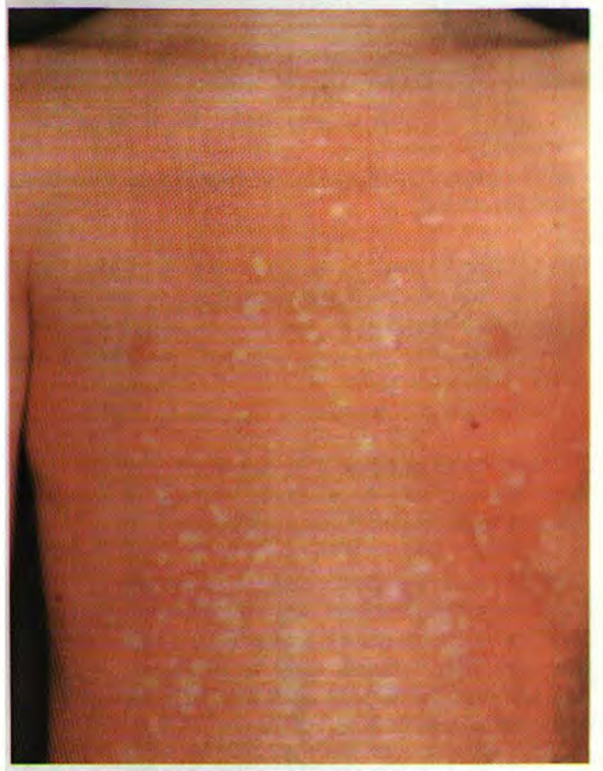
**الشكل 14 – 32** : صداف بثري معمم .



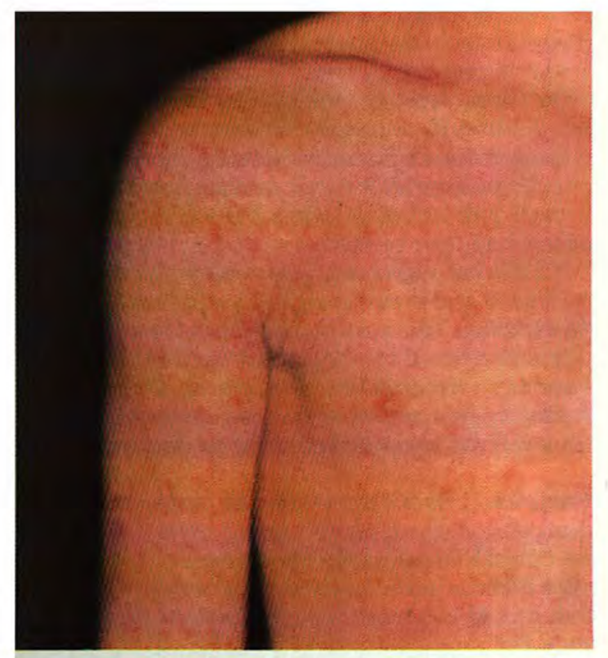
**الشكل 14 – 33** : صداف بثري على راحة اليد .



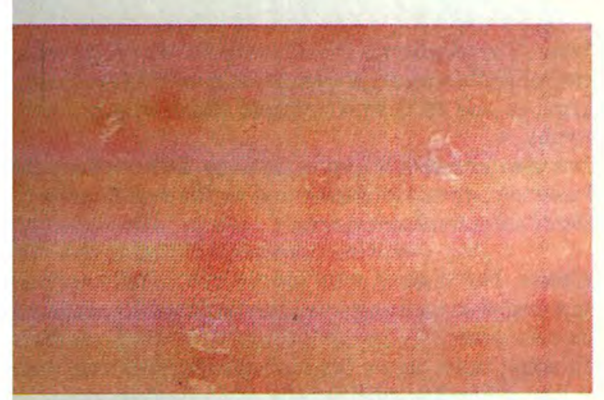
**الشكل 14 – 34** : التهاب مفاصل صدافي ، نمط جادع .



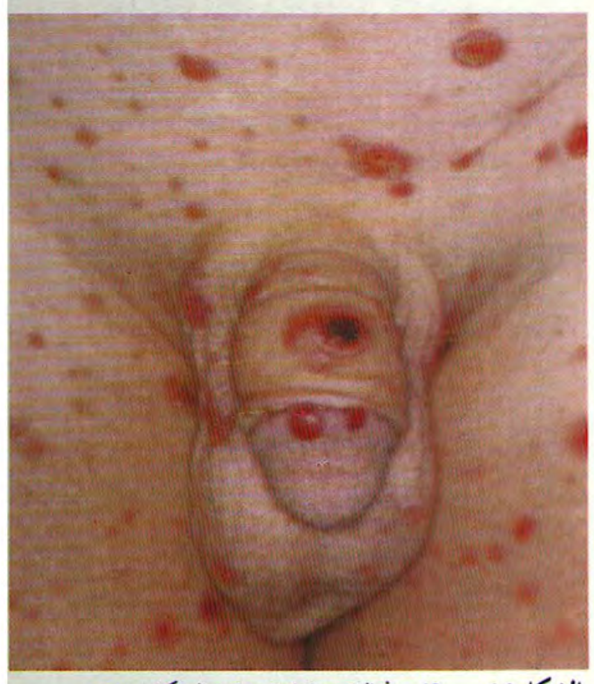
**الشكل 14 – 35** : صداف شائع عولج بالأنترالين ، وضح كاذب صدافي .



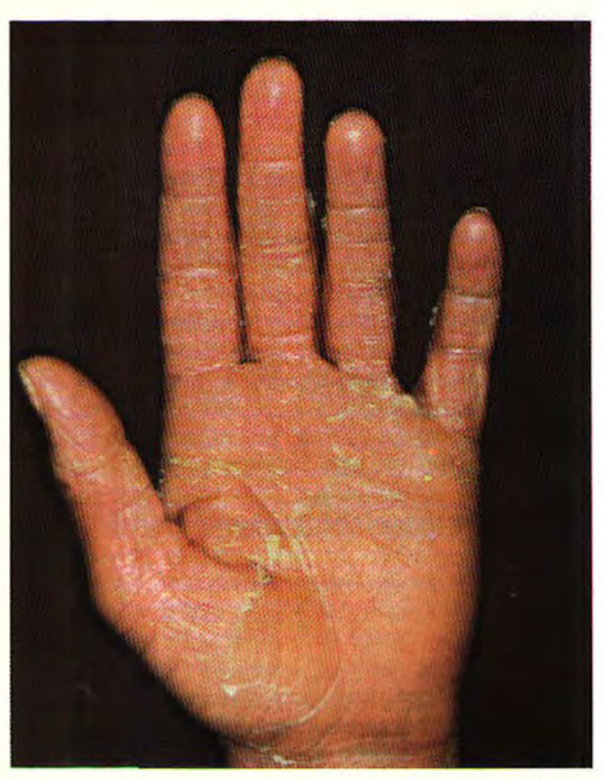
**الشكل 14 – 38** : نخالية حزازانية مزمنة .



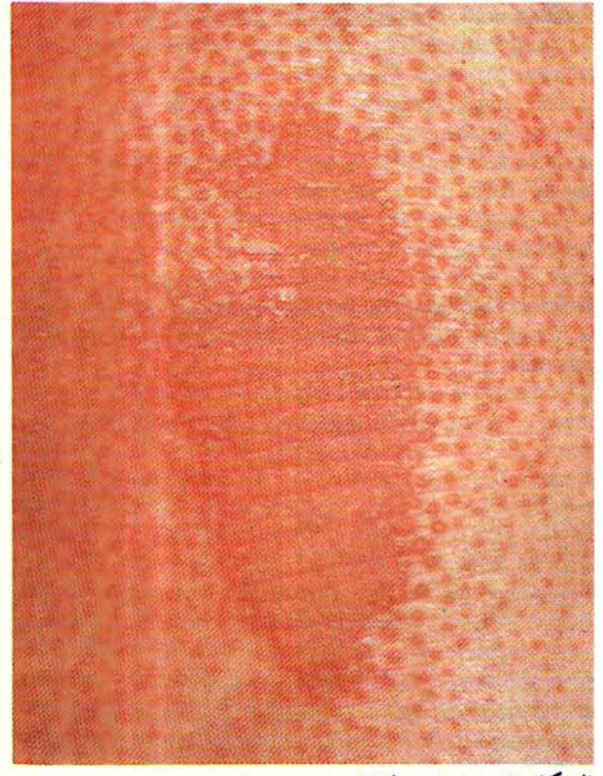
**الشكل 14 – 39** : نخالية حزازانية مزمنة ، وسوف تشبه الرقاقة .



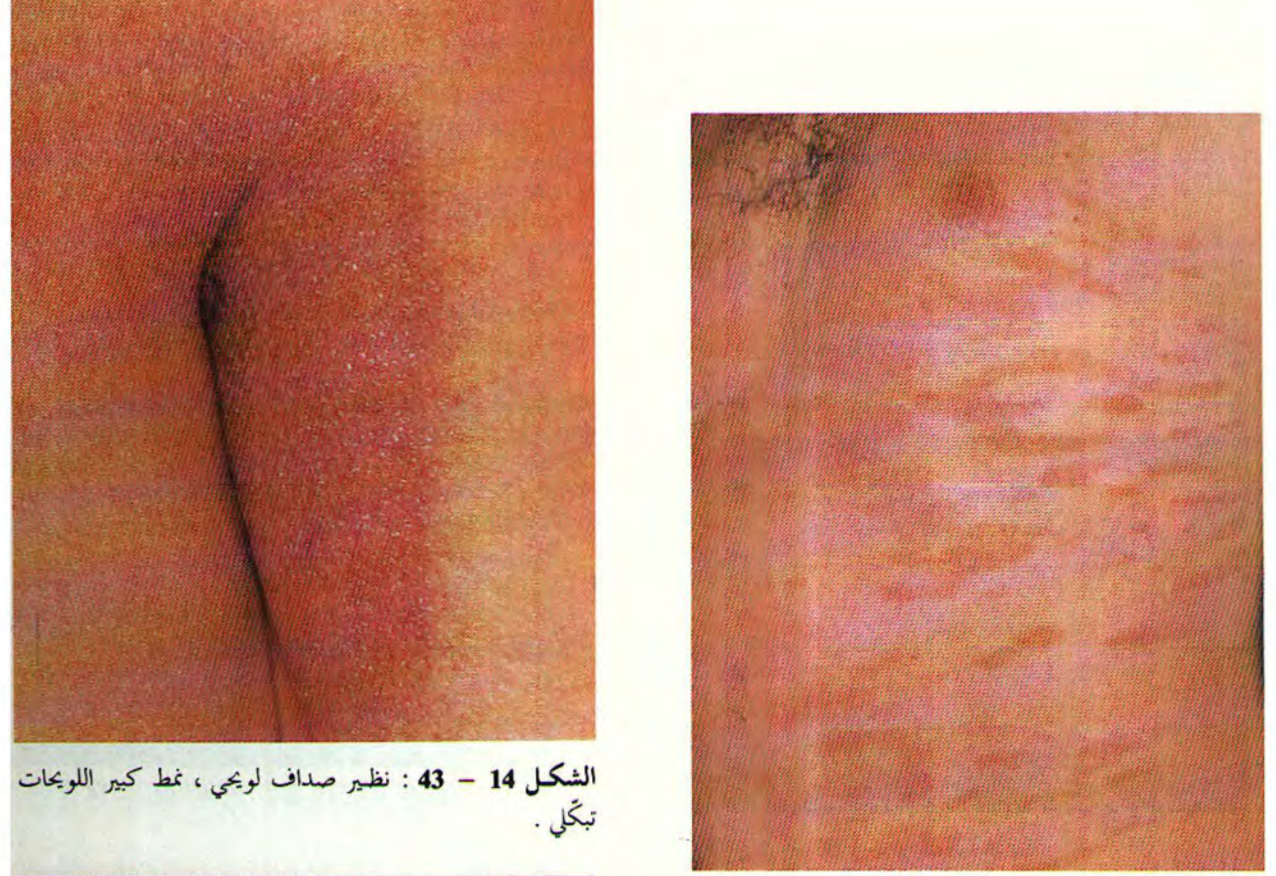
**الشكل 14 – 40** : نخالية حزازانية حماقية الشكل حادة .



**الشكل 14 – 36** : نخالية حمراء شعرية .



**الشكل 14 – 37** : نخالية حمراء شعرية .



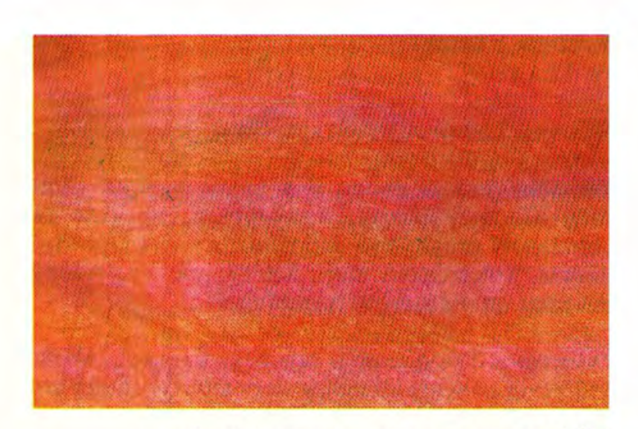
**الشكـل 14 – 41** : نظير صداف لويحي ، نمط حميد صغير اللويحات .

**الشكل 14 – 43** : نظير صداف لويحي ، نمط كبير اللويحات تبكّلي .



**الشكل 14 – 42** : نظير صداف لويحي ، نمط كبير اللويحات التهابي .

**الشكل 14 – 44** : أحمرية ملانية مع دنف وتورمات عقد لمفية .



لشكل 14 – 45 : حزاز مسطح ، خطوط ويكهام .



الشكل 14 – 46 : حزاز مسطح ، الوجه الانعطافي للساعد .



لشكل 14 – 47 : حزاز مسطح في المخاطية الفموية .



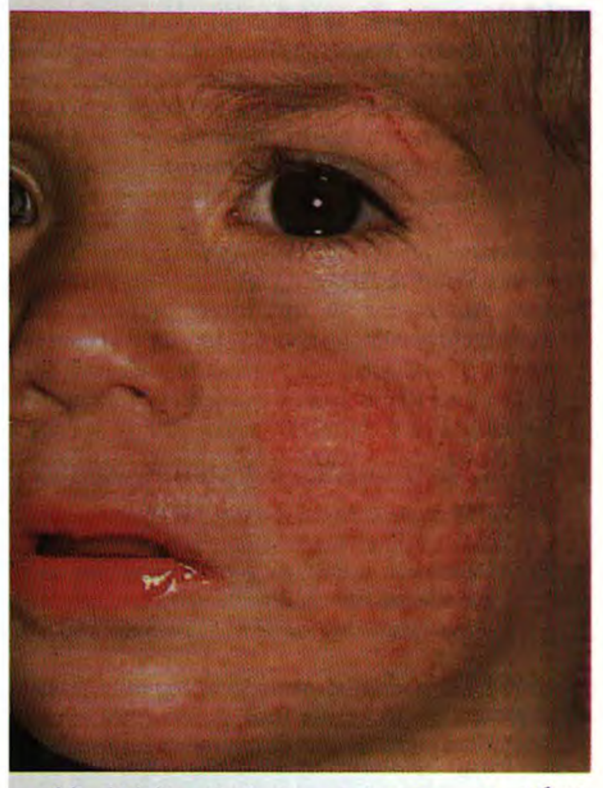
الشكل 14 – 48 : حزاز مسطح على حشفة القضيب .



الشكل 14 – 49 : حزاز مسطح جريبي ( حزاز مسطح مؤنف )



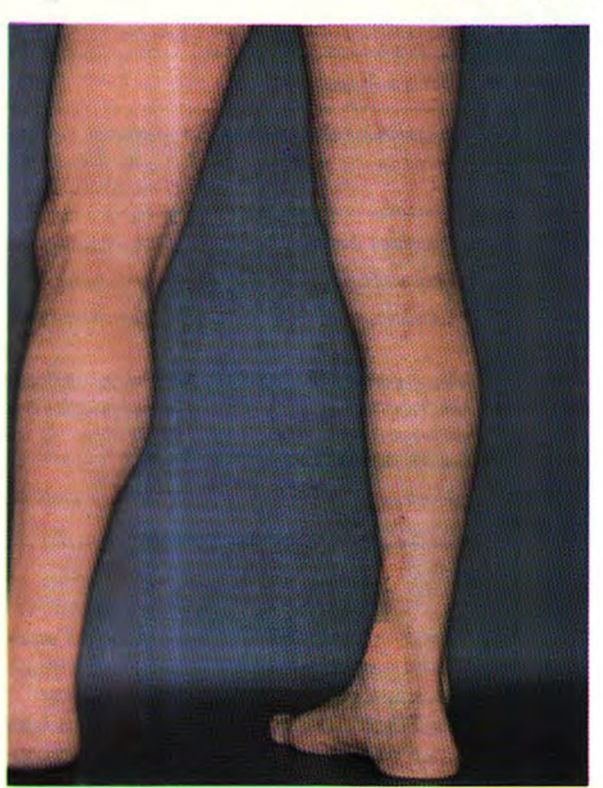
الشكل 14 – 50 : حزاز مسطح ضخامي .



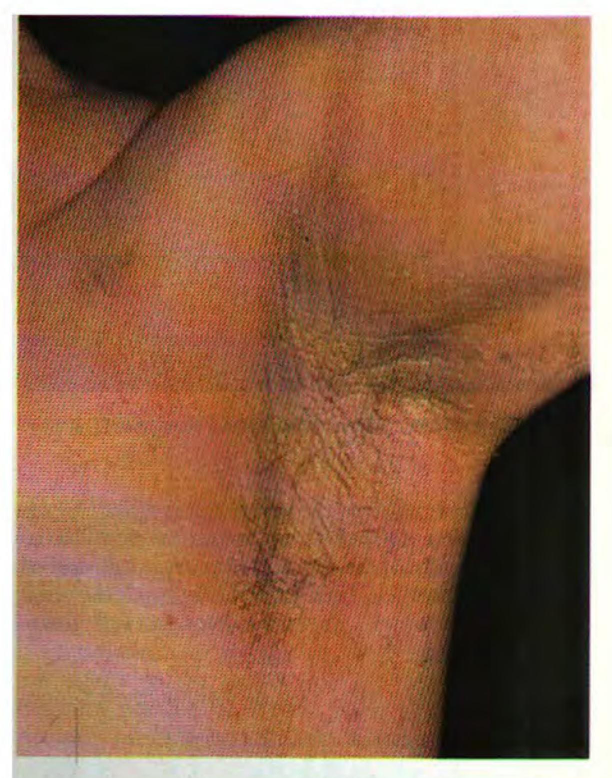
الشكل 14 – 51 : التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي .



**الشكل 14 – 52** : المتلازمة الحويصلية الحطاطية الموضعة على الأطراف الطفلية .



**الشكل 14 – 53** : حزازخطي .



**الشكل 14 – 54** : شواك أسود .



**الشكل 14 – 55** : شواك أسود كاذب .



**الشكل 14 – 56** : جلاد حطاطي عند الزنوج .





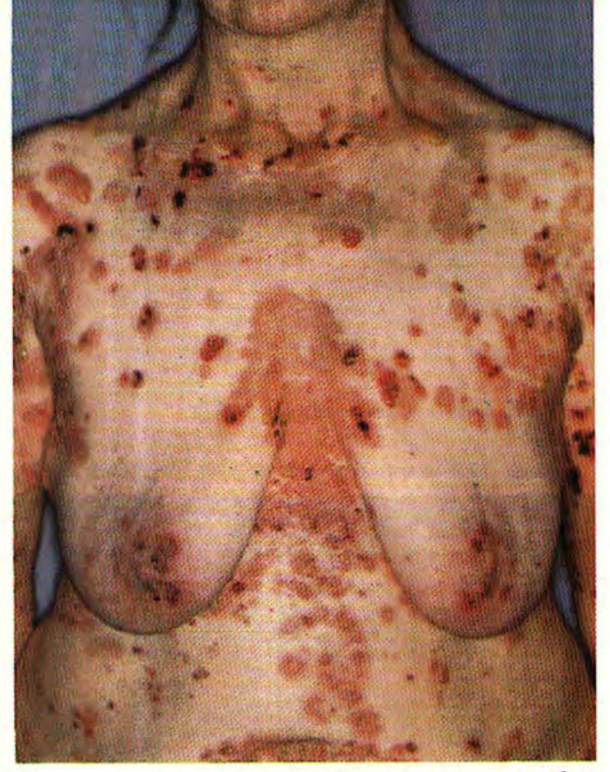


**الشكل 15 – 2** : انحلال بشرة فقاعي حثلي .

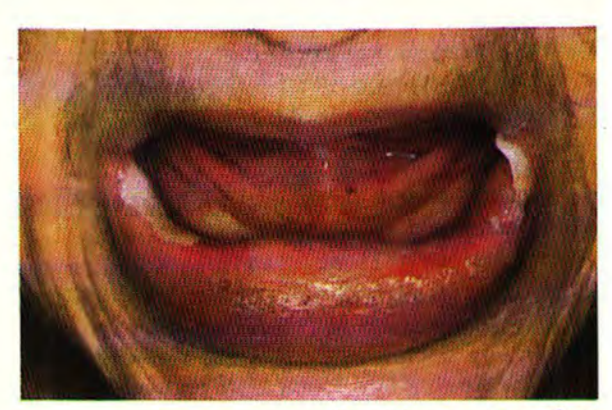




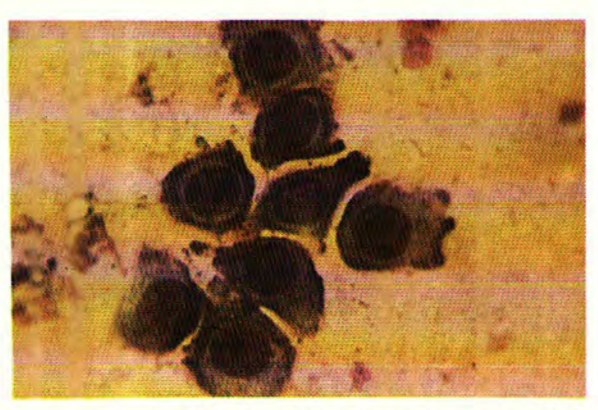
**لشكل 15 – 1** : انحلال بشرة فقاعي بسيط .



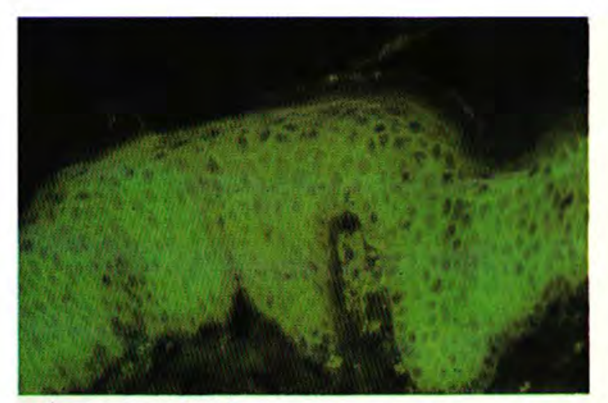
الشكل 15 – 3 : فقاع شائع .



الشكل 15 – 4 : فقاع شائع .



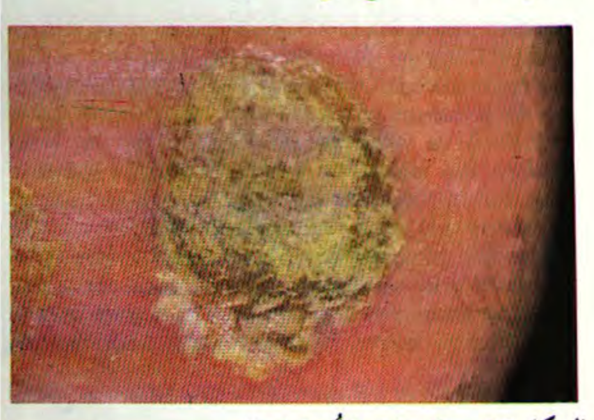
الشكل 15 – 5 : اختبار تزانك ـ خلايا الفقاع .



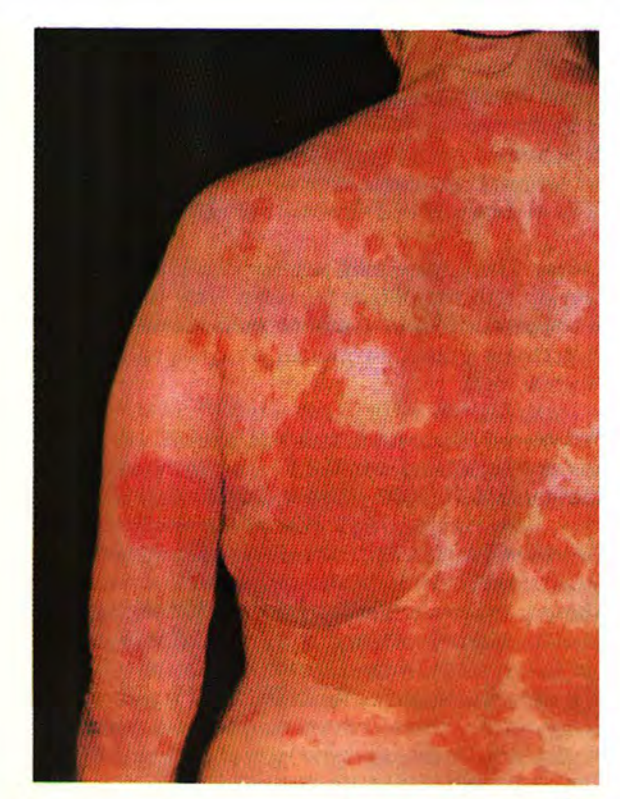
الشكل 15 – 6 : فقاع شائع . يبدي التألق المناعي المباشر تَرَسُّب IgG ( أضداد بين الخلايا ) في البشرة .



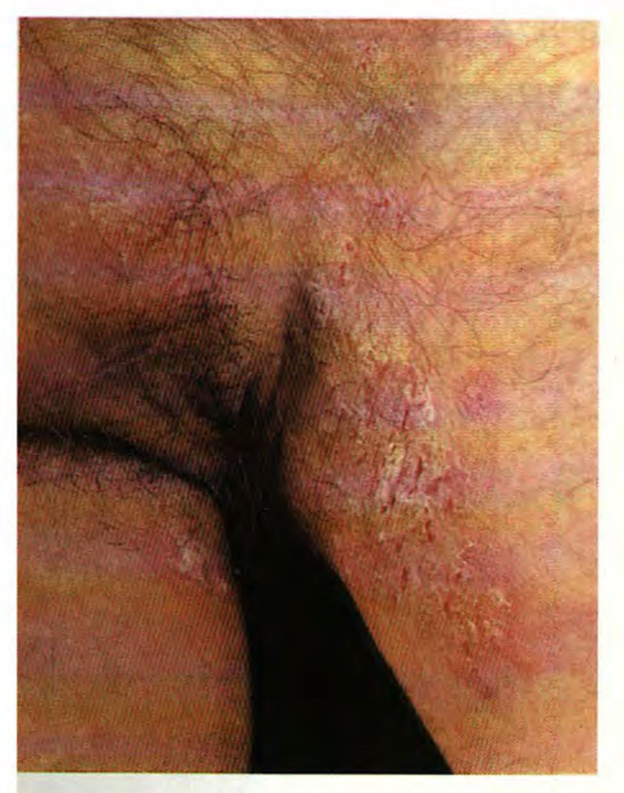
الشكل 15 – 7 : فقاع تَنَبُّتي نمط نيومان .



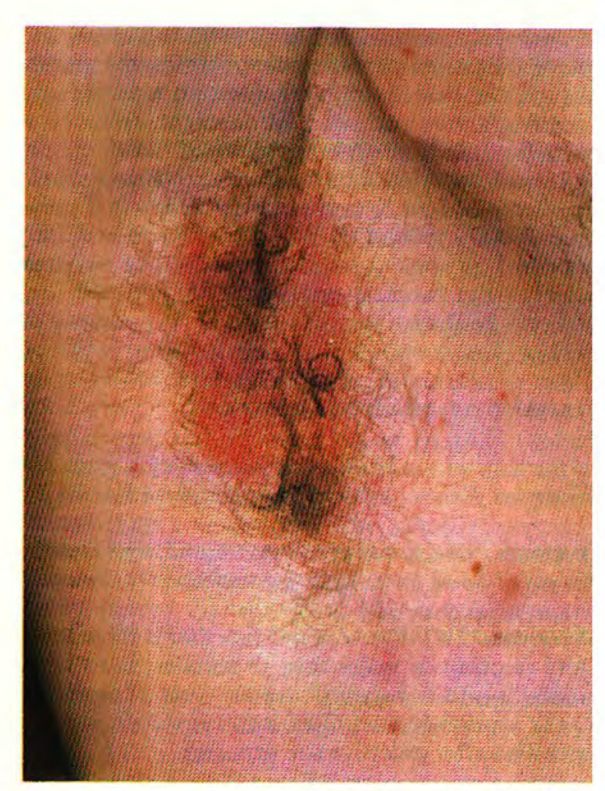
الشكل 15 – 8 : فقاع تَنَبُّتي نمط هالوبو .



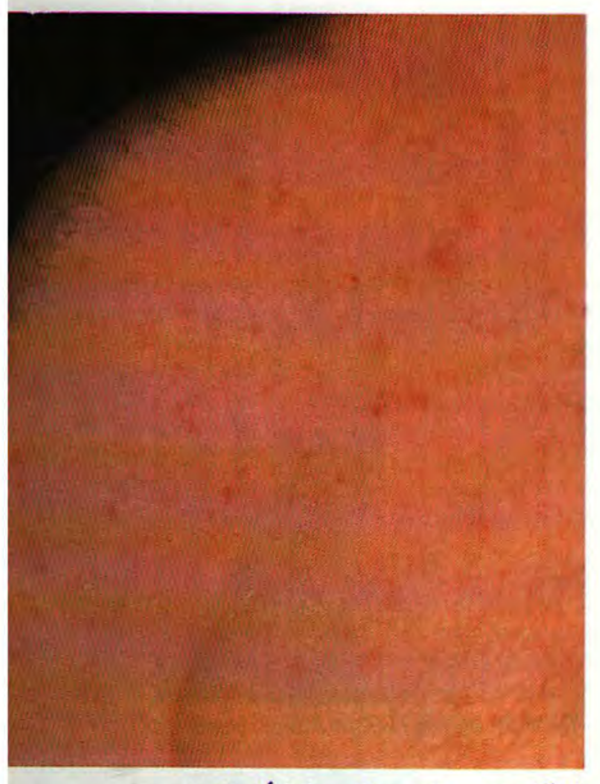
**الشكل 15 – 9** : فقاع ورقي .



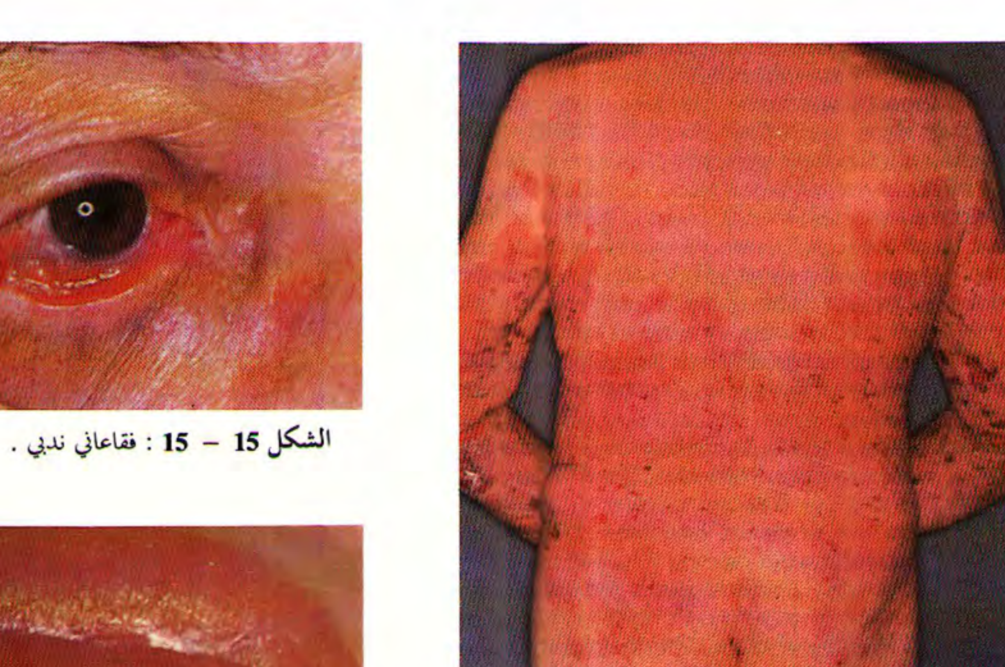
**الشكل 15 – 11** : فقاع عائلي حميد مزمن .



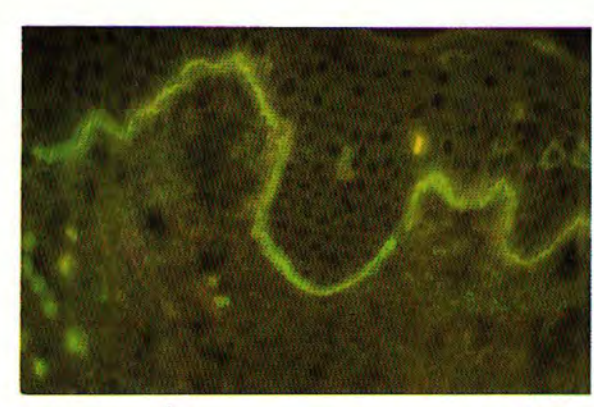
**الشكل 15 – 10** : فقاع عائلي حميد مزمن .



**الشكل 15 – 12** : جلاد حال للأشواك عابر .



**الشكل 15 – 13** : فقاعاني فقاعي .



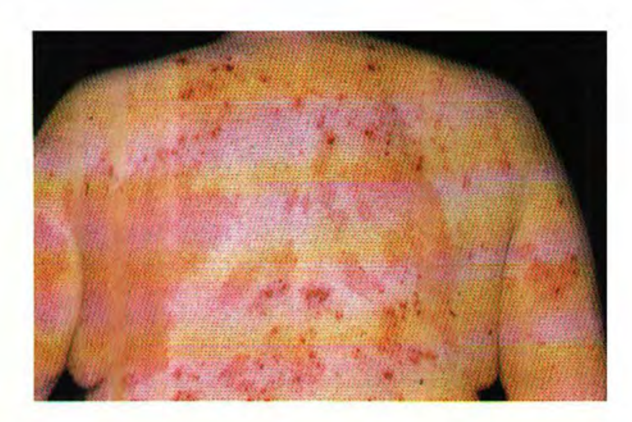
**الشكل 15 – 14** : فقاعاني فقاعي . تَرَسُّبات IgG في منطقة الغشاء القاعدي ( تألق مناعي مباشر ) .

**الشكل 15 – 15** : فقاعاني ندبي .

**الشكل 15 – 16** : فقاعاني ندبي .



**الشكل 15 – 17** : حلأ حملي .

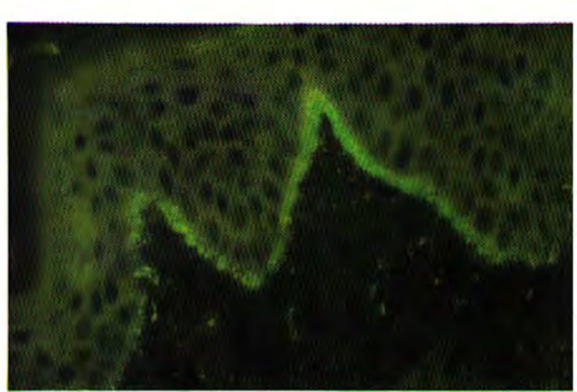




**الشكل 15 – 18** : التهاب جلد حلئي الشكل .



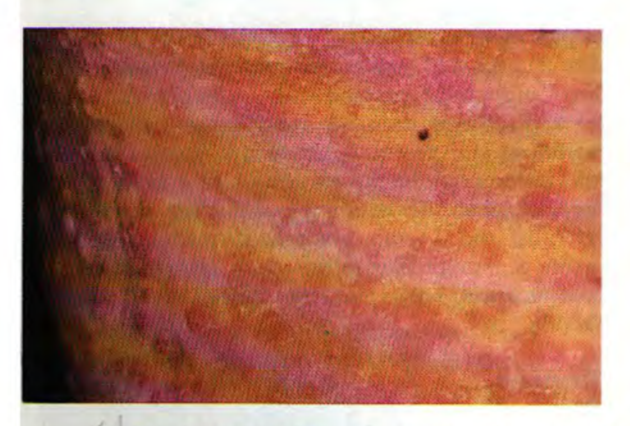
**الشكل 15 – 19** : التهاب جلد حلئي الشكل . إيجابية الاختبار الرقعي بمرهم يوديد البوتاسيوم : حويصلات حلئية الشكل .



**الشكل 15 – 20** : التهاب جلد حلئي الشكل : تَرَسُّبات IgA حبيبية في منطقة الغشاء القاعدي ( تألق مناعي مباشر ) .



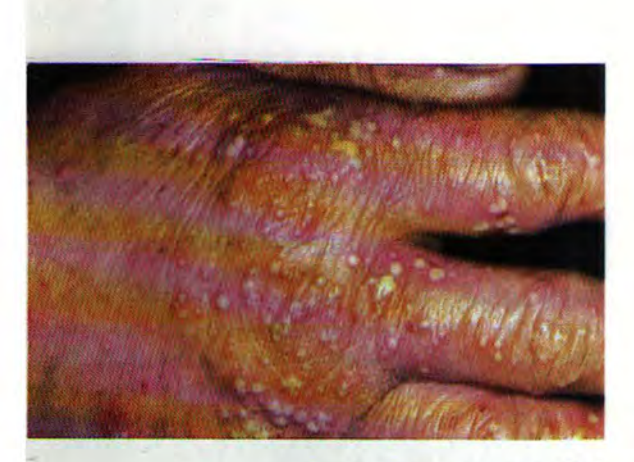
**الشكل 16 – 1** : التهاب جلد الأطراف المستمر المقيح .



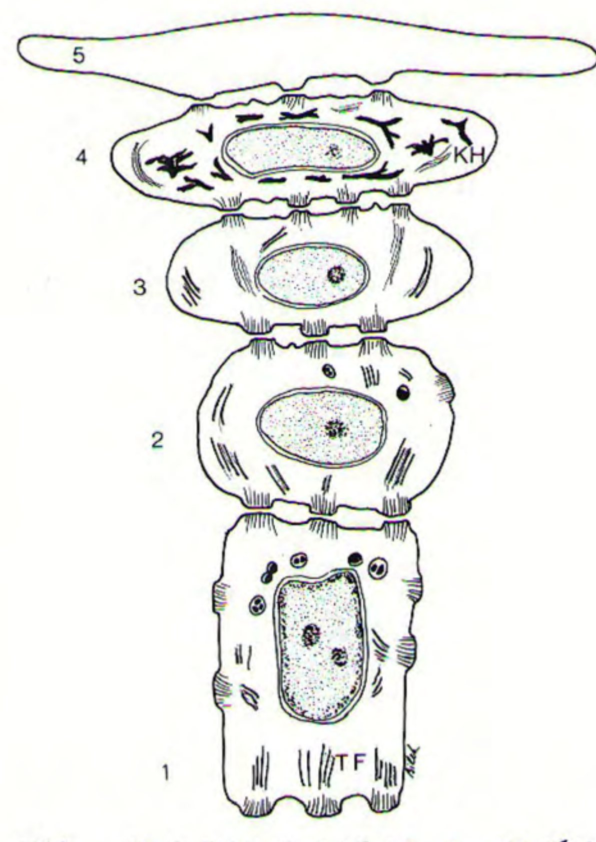
**الشكل 16 – 3** : جلاد بثري تحت الطبقة المتقرنة على الجذع .



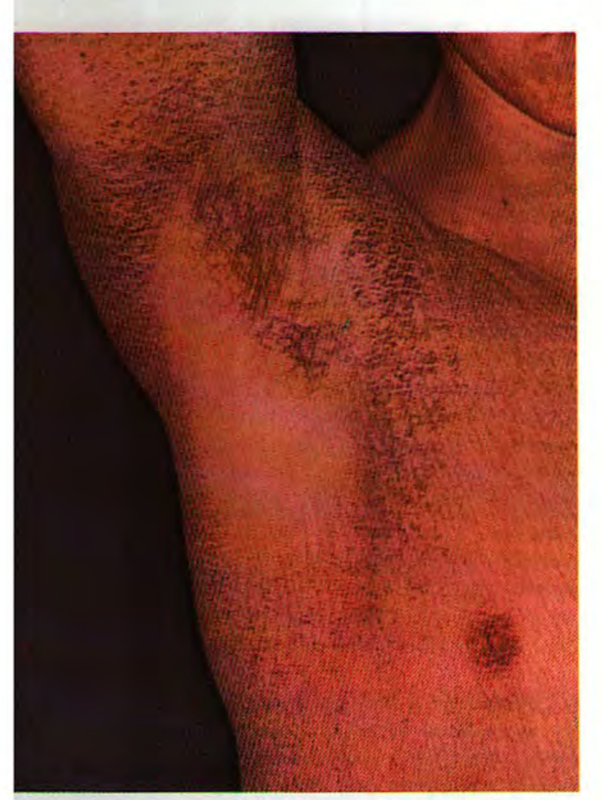
**الشكل 16 – 2** : بثار راحي أخمصي .



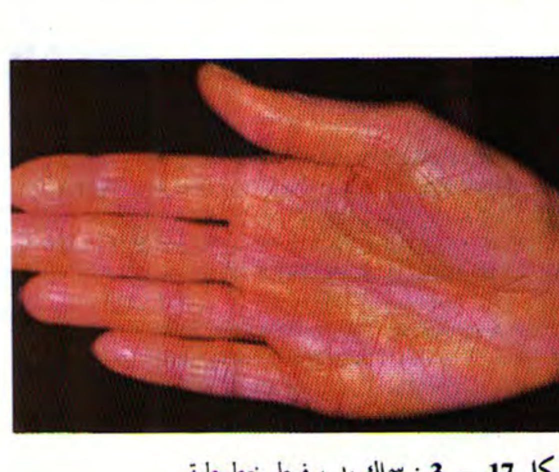
**الشكل 16 – 4** : بثار جلدي معمم .




**الشكل 17 – 1** : تمثيل تخطيطي للخلايا المقرنة . تمايز من الطبقة القاعدية ( ١ ) فالطبقة الشائكة السفلية ( ٢ ) والعلوية ( ٣ ) ، إلى الطبقة الحبيبية ( ٤ ) . انتقال مفاجىء للخلايا المقرنة إلى الخلايا المتقرنة في الطبقة المتقرنة ( ٥ ) .TF ، حزم الخيوط الموترة ؛ KH ، كيراتوهيالين .



**الشكل 17 – 2** : سماك شائع .



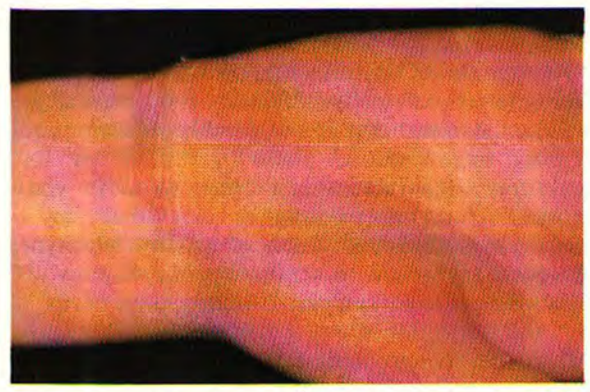
**الشكل 17 – 3** : سماك يد ، فرط خطوطية .



**الشكل 17 – 4** : سماك ولادي .



**الشكل 17 – 5** : سماك ولادي خفيف .



**الشكل 17 – 6** : تقران راحي أخمصي منتشر محدد .



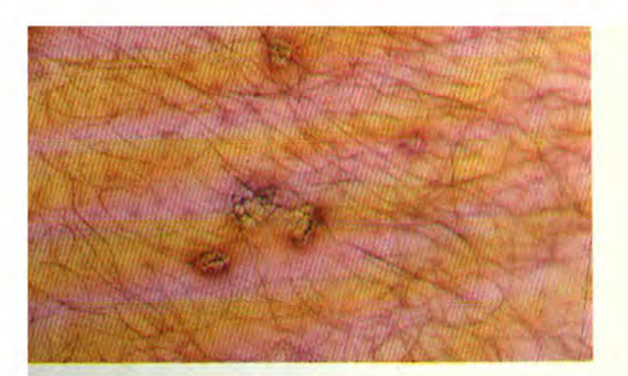
**الشكل 17 – 7** : تقران أطراف وراثي مترقٍ .



**الشكل 17 – 8** : تقران راحي أخمصي حطاطي وبقعي .



**الشكل 17 – 9** : تقران راحي أخمصي محدد وبقعي .



**الشكـل 17 – 12** : فرط تقرن جريبي وحول جريبي نفوذ جلدي Cutum Penetrans ( داء كيرل ) .



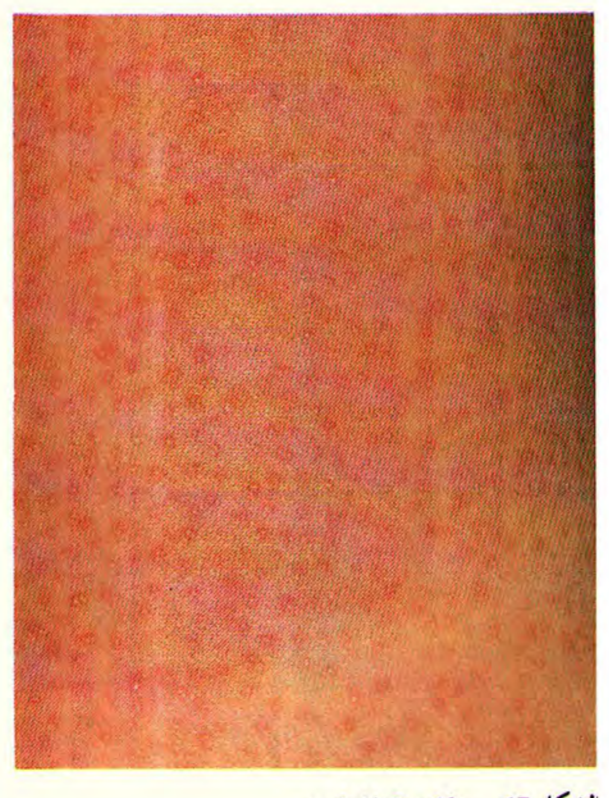
**الشكل 17 – 13** : تقران جريبي ( داء داريه ) .



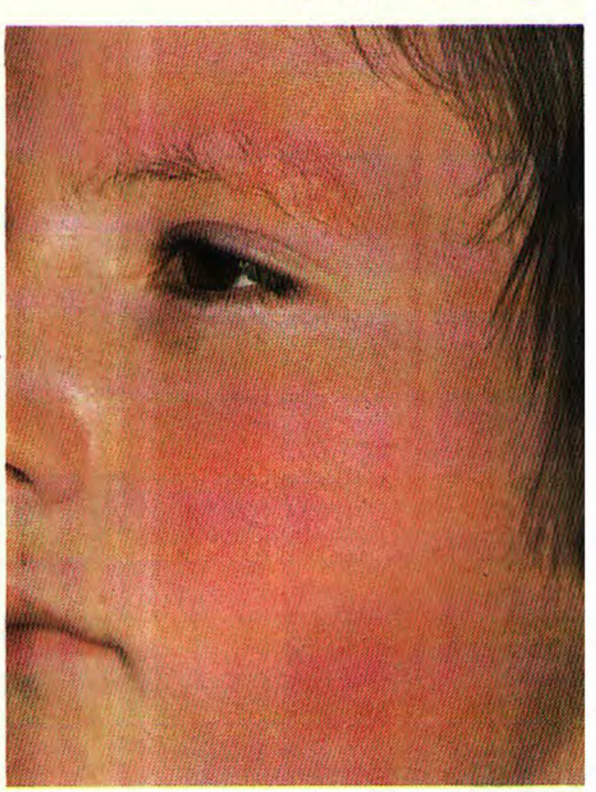
**الشكل 17 – 14** : تقران جريبي ( داء داريه ) .



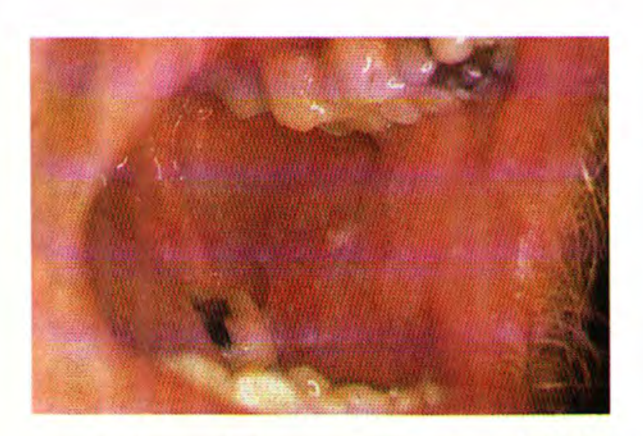
**الشكل 17 – 15** : تقران جريبي ( داء داريه ) ، إصابة ظفرية .



**الشكل 17 – 10** : تقران شعري .



**الشكل 17 – 11** : حمامى تندبية مَحْجَبية المنشأ .



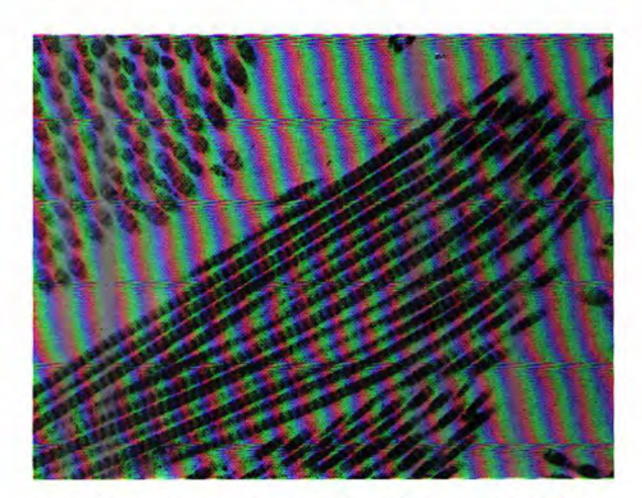
**الشكل 17 – 16** : تقران جريني ( داء داريه ) ، مخاطية فموية .



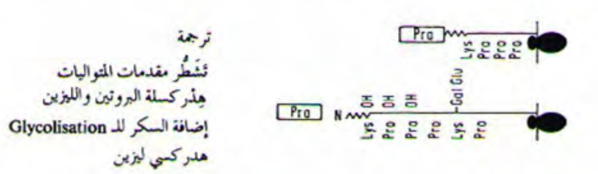
**الشكل 17 – 17** : تقران مسامي لميبلي .

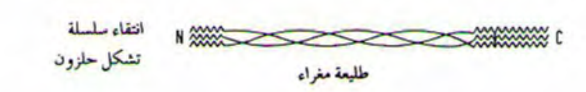


**الشكل 17 – 18** : تقران مسامي سطحي سافع منتثر .



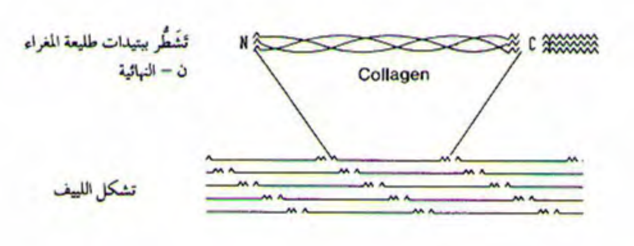
**الشكل 18 – 1** : ألياف كلاجين في مقطع عرضاني وطولاني بتَخَطُّط عرضاني نمطي .

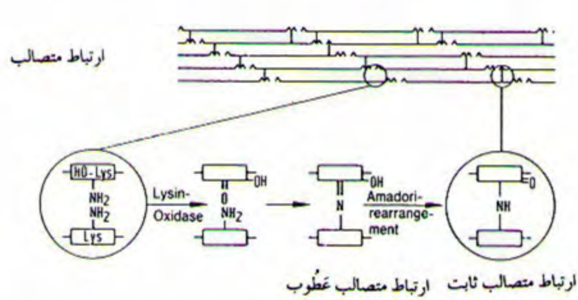









**الشكل 18 – 2** : التركيب الحيوي للكلاجين .




**الشكل 18 – 3** : ألياف مرنة في جلد طبيعي . ألياف مرنة رقيقة في الطبقة الحليمية ، وألياف ثخينة في الطبقة الشبكية .



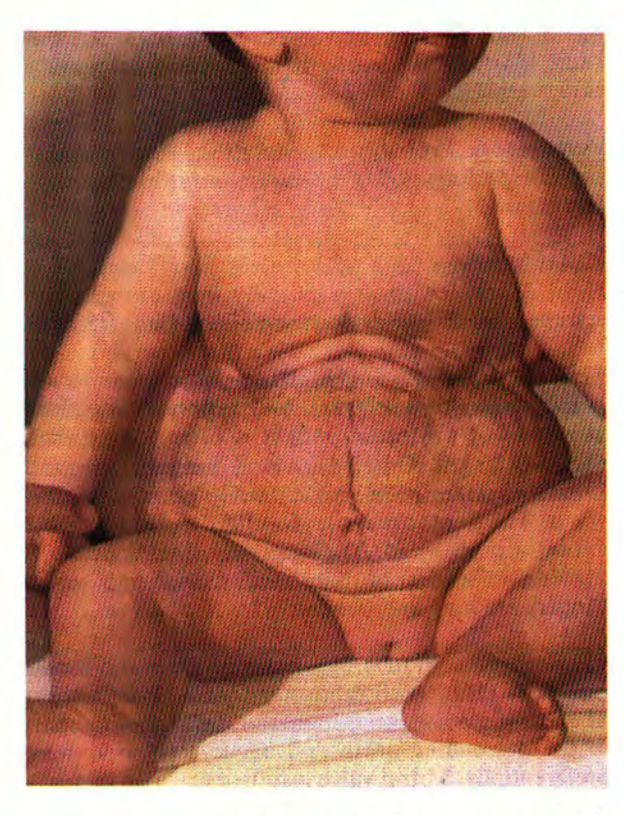
**الشكل 18 – 4** : متلازمة إهلر – دانلوز ، وفرط بسوطية المفاصل .



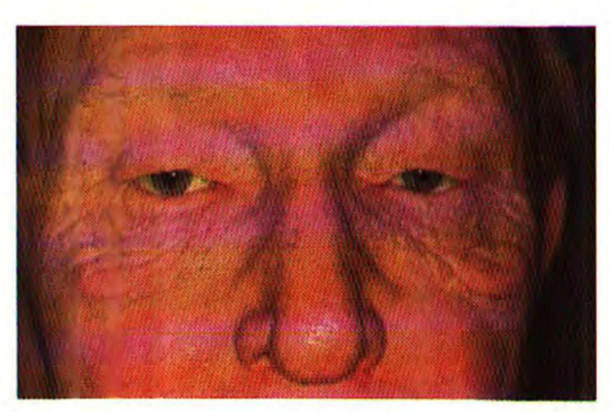
**الشكل 18 – 5** : متلازمة إهلر – دانلوز ، فرط مرونة الجلد .



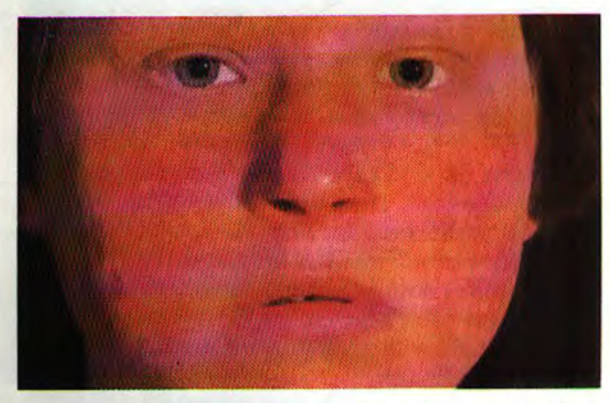
**الشكل 18 – 6** : متلازمة إهلر – دانلوز ، أورام كاذبة مليسائية .



**الشكل 18 – 7** : تهدل جلد Cutis Laxa .



**الشكل 18 – 8** : ارتخاء أجفان .



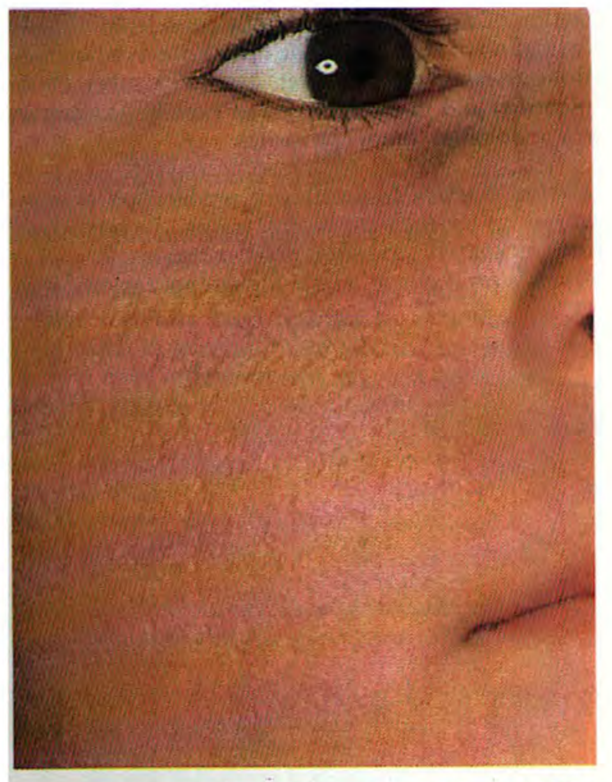
**الشكل 18 – 9** : متلازمة روثموند Rothmund .



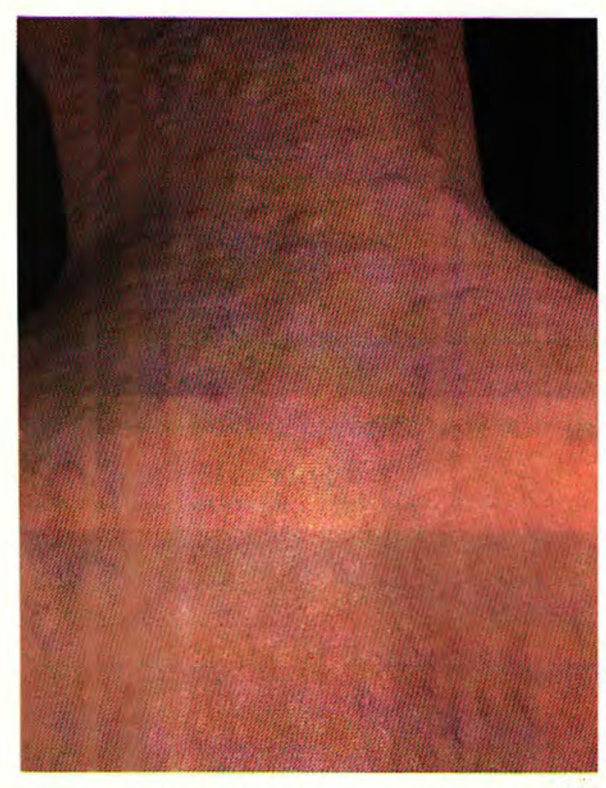
**الشكل 18 – 10** : ضمور جلد شيخي مع فرفرية شيخية .



**الشكل 18 – 11** : تندبات نجمية كاذبة .



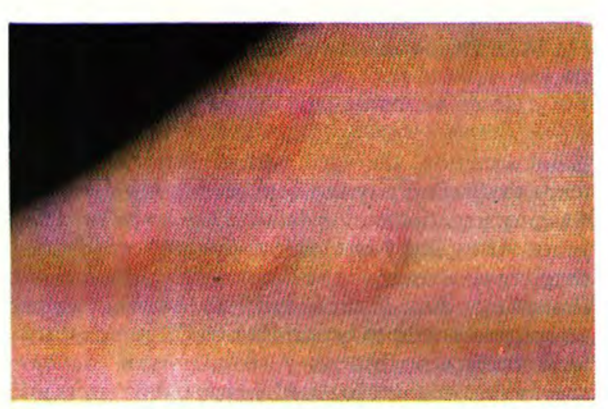
الشكل 18 – 14 : ضمور جلدي دوداني .



الشكل 18 – 12 : ضمور جلد بقعي نمط بيليزاري Pellizari .



الشكل 18 – 15 : خطوط متباعدة التمدد ( الفزر ) .



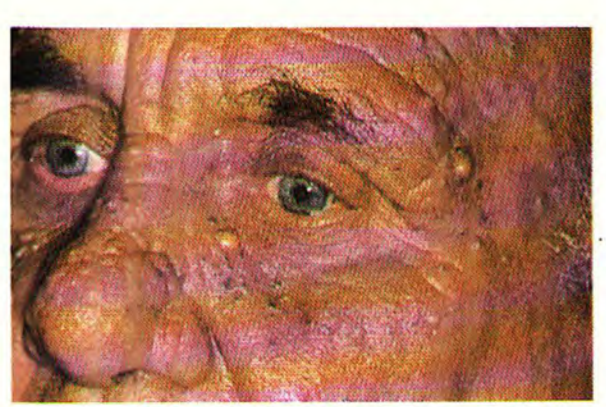
الشكل 18 – 13 : ضمور جلدي بقعي نمط شويننجر – بوزي Schwenninger – Buzzi .



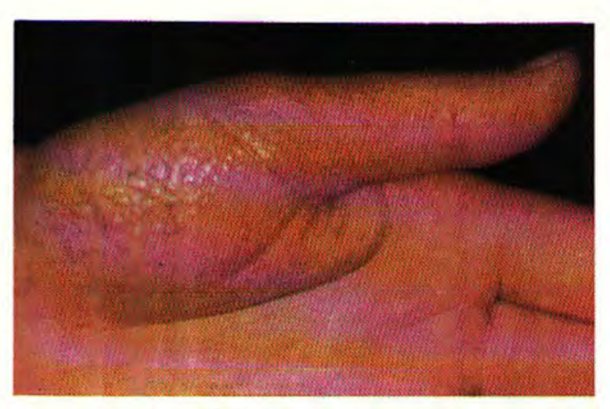
الشكل 18 – 16 : جلد معيني في القفا .



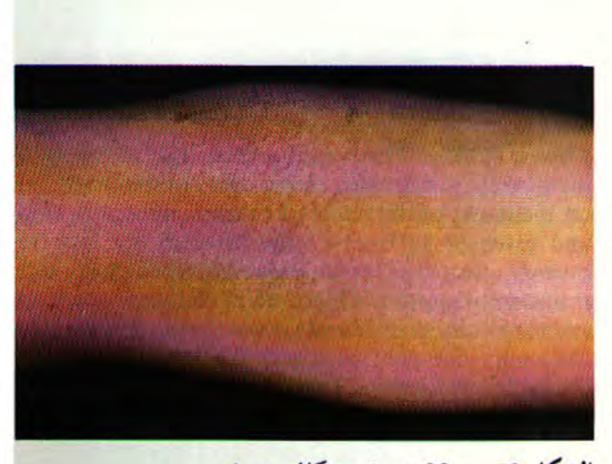
**الشكل 18 – 17** : مرنوم منتشر مع زؤان .



**الشكل 18 – 18** : مران عقيدي مع كيسات وزؤان .



**الشكل 18 – 19** : مرانوية تقرنية في النهاياتو .



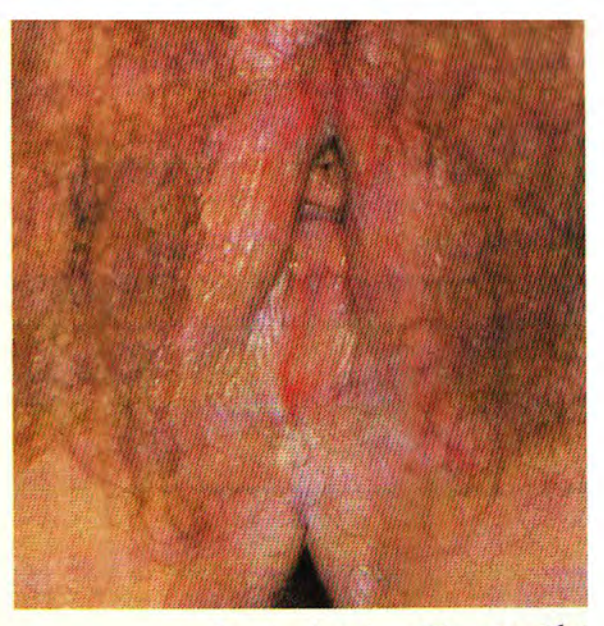
**الشكل 18 – 20** : صفروم كاذب مرن .



**الشكل 18 – 21** : مران ثاقب ساعي .



**الشكل 18 – 22** : حزاز تصلبي ضموري .



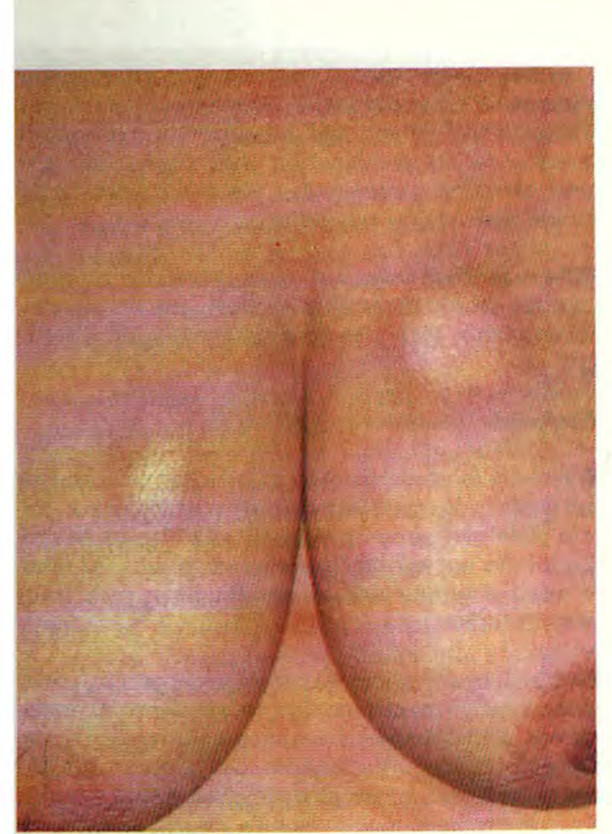
لشكل 18 – 23 : حزاز تصلبي ضموري .



لشكـل 18 – 24 : حزاز تصـلبي ضموري مع تضيق قلفة انوي .



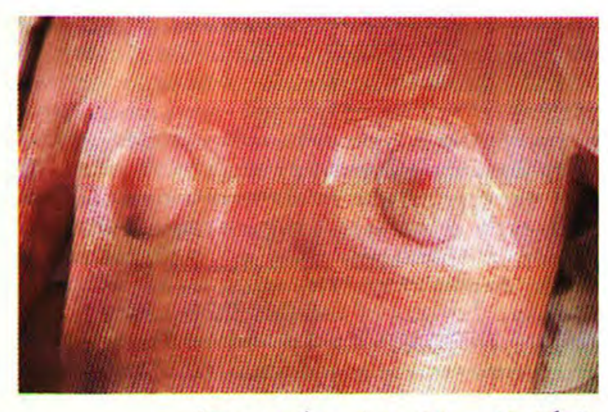
الشكل 18 – 25 : حزاز تصلبي ضموري .



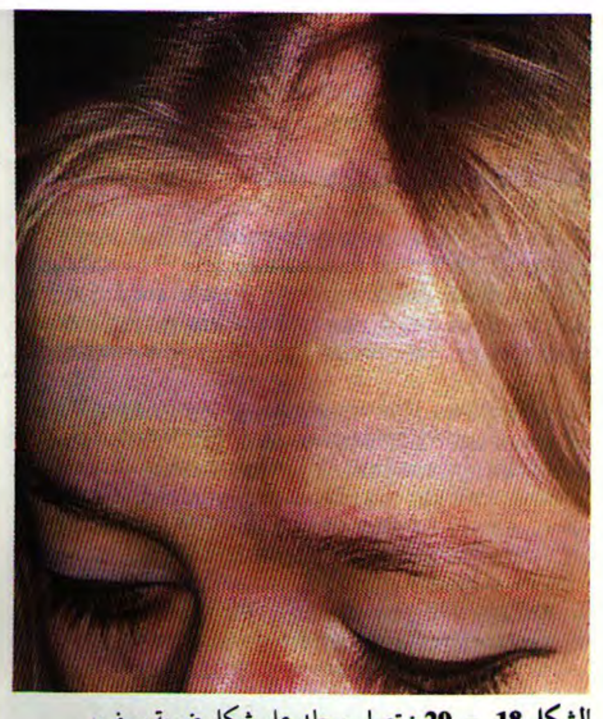
الشكل 18 – 26 : تصلب جلد موضع ، قُشَيْعة Morphea .



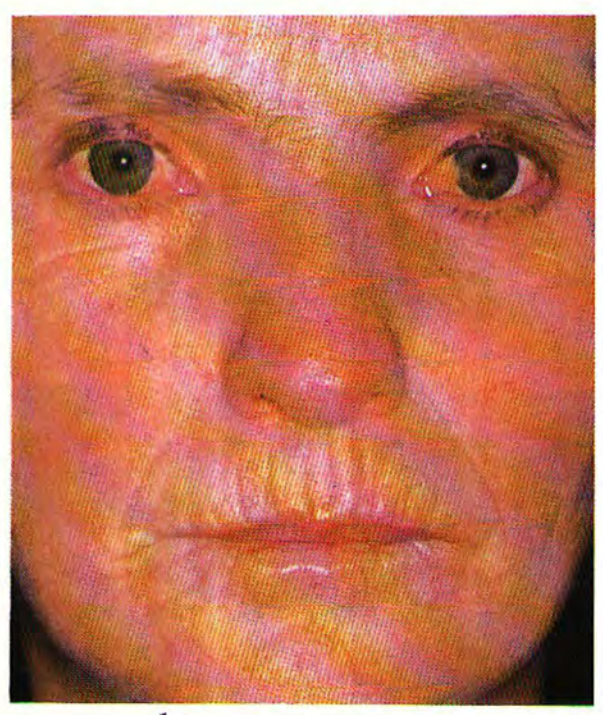
الشكل 18 – 27 : تصلب جلد موضع منتثر .



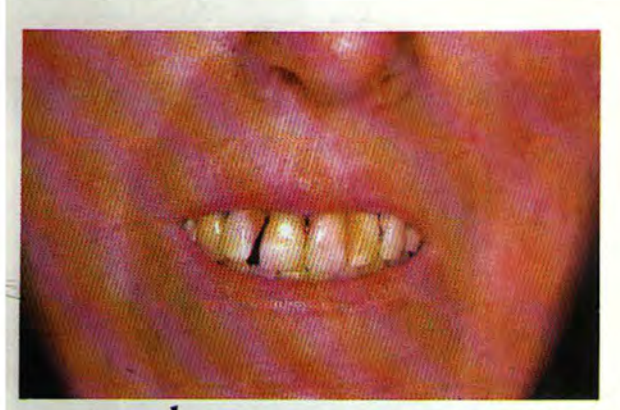
**الشكل 18 – 28** : تصلب جلد معمم منتثر .



**الشكل 18 – 29** : تصلب جلد على شكل ضربة سيف .



**الشكل 18 – 30** : تصلب جلد مجموعي مترقٍّ .



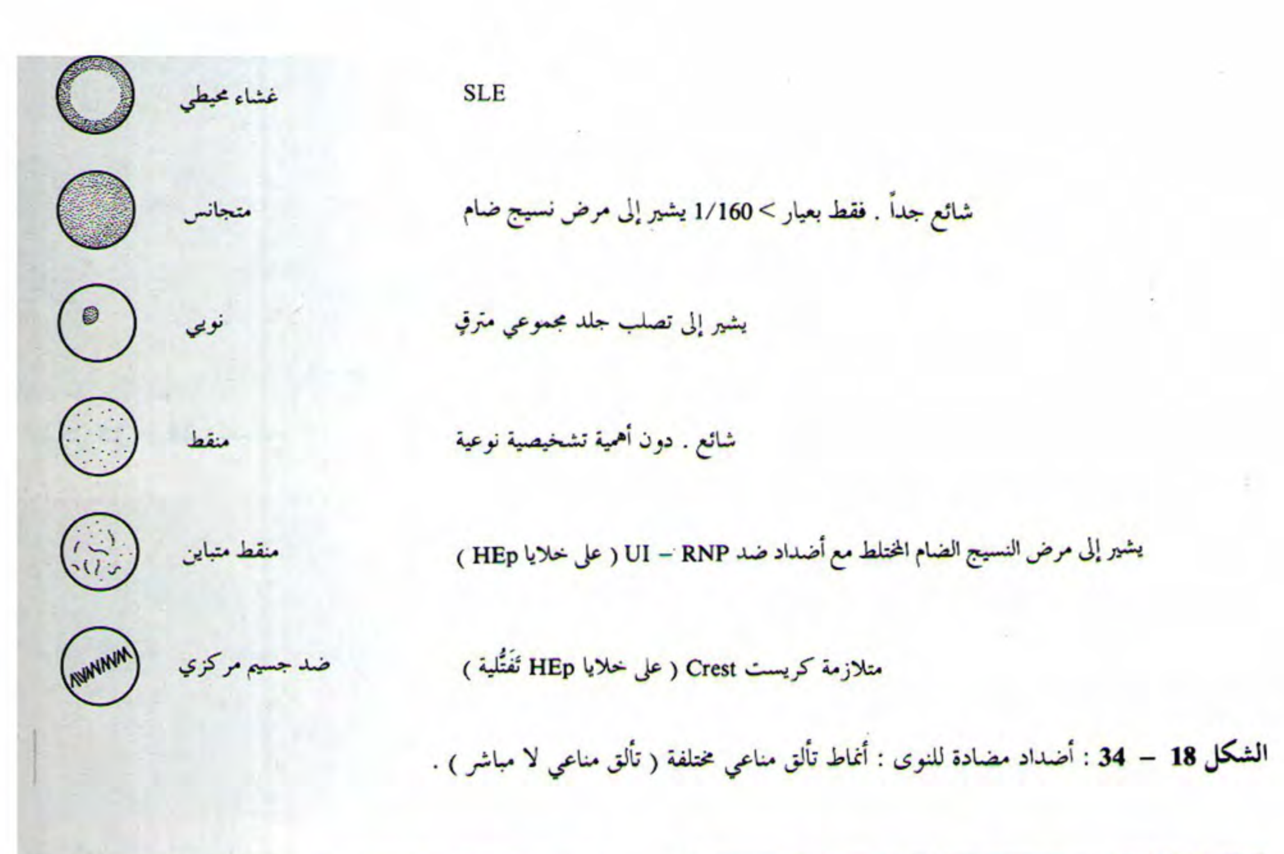
**الشكل 18 – 31** : تصلب جلد مجموعي مترقٍّ ، فم صغير .



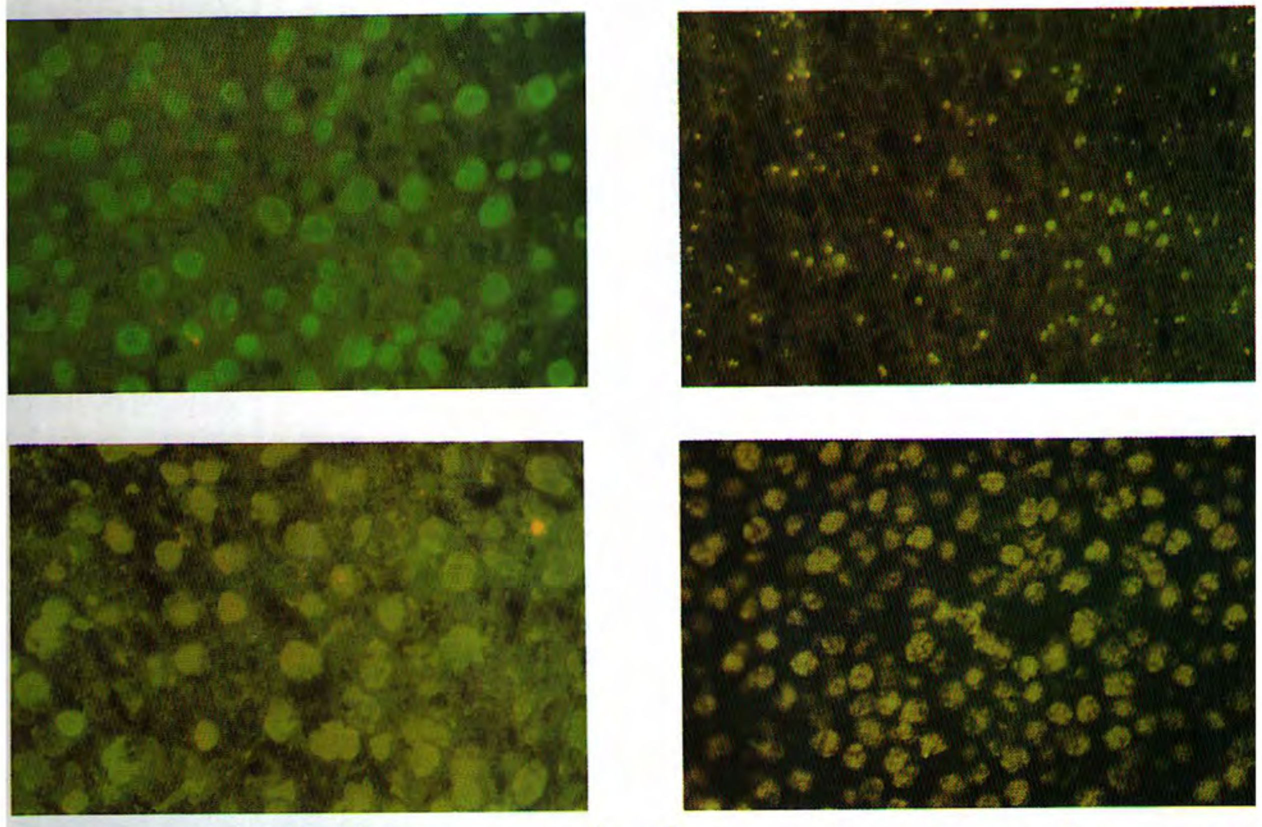
**الشكل 18 – 32** : تصلب جلد مجموعي مترقٍّ مع تقفعات في الأصابع .



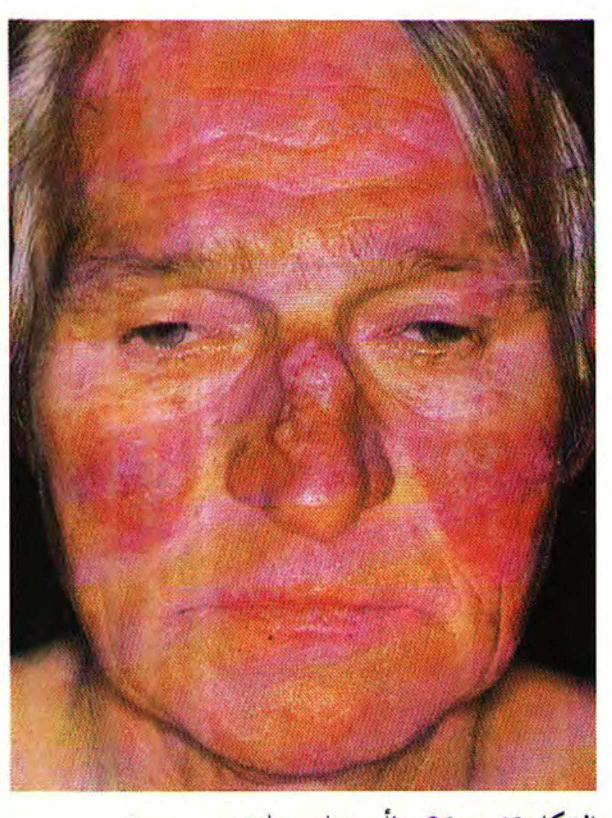
**الشكل 18 – 33** : تصلب جلد مجموعي مترقٍّ ، تصلب لجيم اللسان .



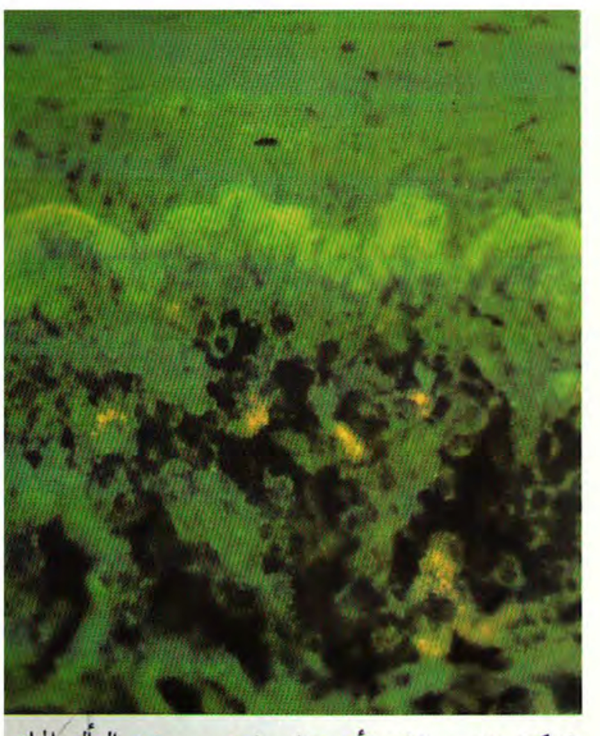

**الشكل 18 – 34** : أضداد مضادة للنوى : أنماط تألق مناعي مختلفة ( تألق مناعي لا مباشر ) .



**لشكل 18 – 35** : أضداد مضادة للنوى( مقاطع بالتبريد لكبد فأر ) بالتألق المناعي غير المباشر . **الأعلى الأيسر** : نمط غشائي محيطي ، **الأسفل الأيسر** : نمط غشائي متجانس ؛ **الأيمن الأعلى** : نمط نويي ؛ **الأيمن الأسفل** : نمط منقط .



الشكل 18 – 36 : ذأب حمامي جلدي .



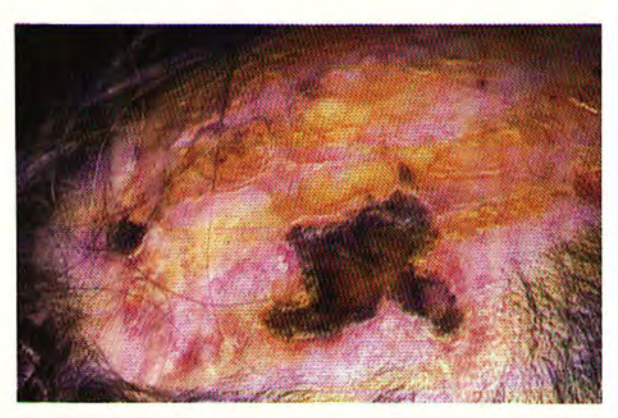
الشكل 18 – 39 : ذأب حمامي قريصي . يبدي التألق المناعي المباشر ترسبات $C_3$ على الموصل البشروي الأدمي . اختبار شريط ذئبي إيجابي .



الشكل 18 – 37 : ذأب حمامي قريصي .



الشكل 18 – 40 : ذأب حمامي جلدي تحت حاد محرش بالتعرض للشمس .



الشكل 18 – 38 : ذأب حمامي قريصي على الفروة مع تقرحات وحاصة كاذبة .



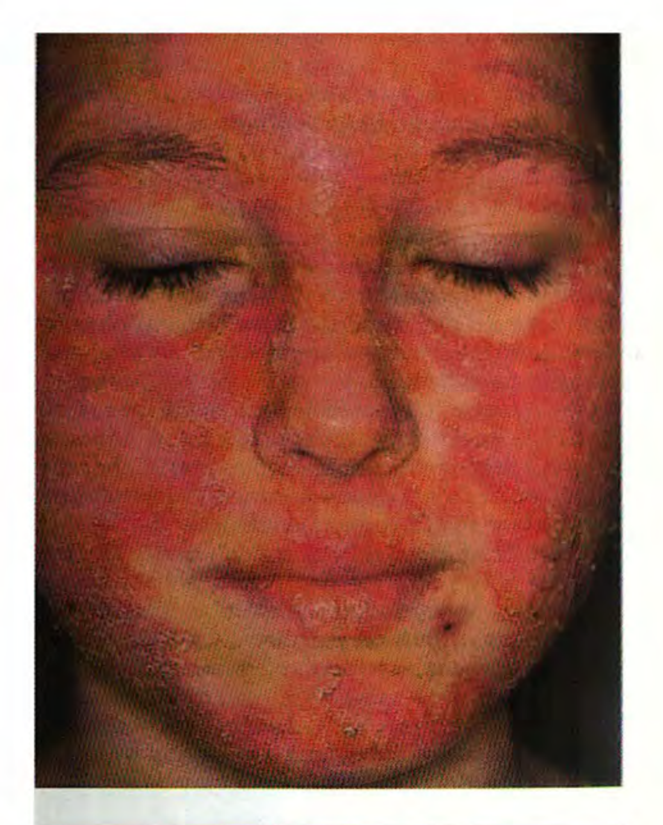
الشكل 18 – 41 : ذأب حمامي جلدي تحت حاد مع إصابة حشوية .



**الشكل 18 – 42** : ذأب حمامي عميق .



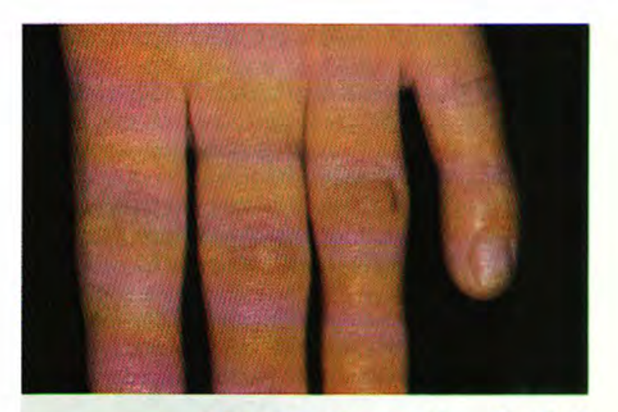
**الشكل 18 – 43** : ذأب شرثي .







**الشكل 18 – 44** : ذأب حمامي مجموعي .



**الشكل 18 – 46** : وسادات براجم كاذبة .



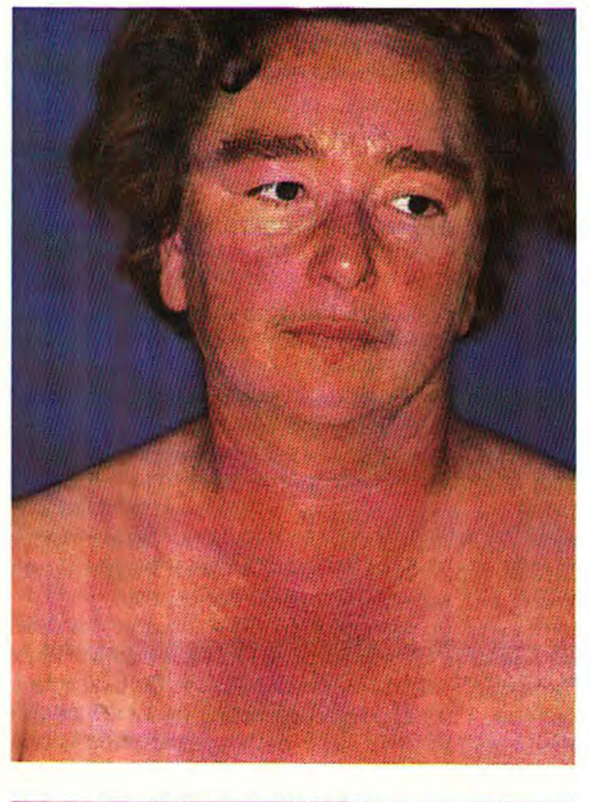
**الشكل 18 – 47** : وسادات المضغ .



**الشكل 18 – 48** : عقيدات هبردين **Heberden** .

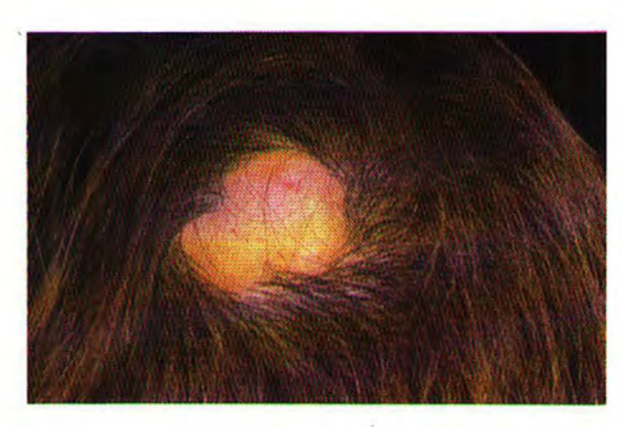


**الشكل 18 – 49** : تقفعات دوبتران **Dupuytren** الإصبعية .





**الشكل 18 – 45** : التهاب جلد وعضل .



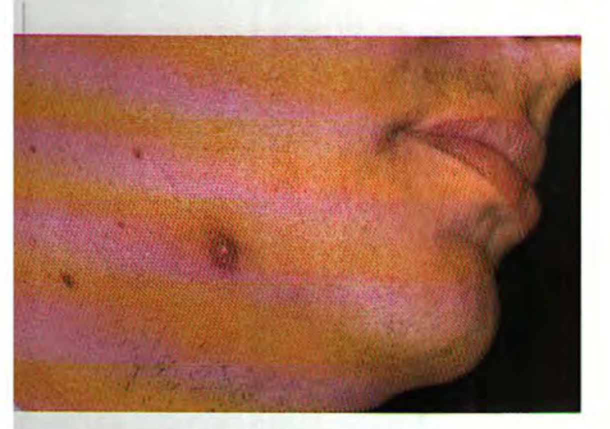
**الشكل 19 – 1** : لا تنسج الجلد الولادي .



**الشكل 19 – 4** : ناسور جانبي في العنق مع حبيبوم جسم أجنبي ذأباني .



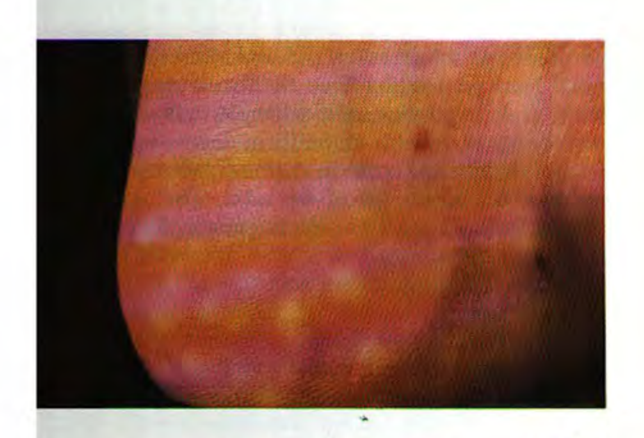
**الشكل 19 – 2** : جلد الرأس المتلفف .



**الشكل 19 – 5** : ناسور سني .



**الشكل 19 – 3** : لاحقة أذنية .



**الشكل 19 – 6** : عقيدات مولدة بالضغط .

## الفصل العشرون

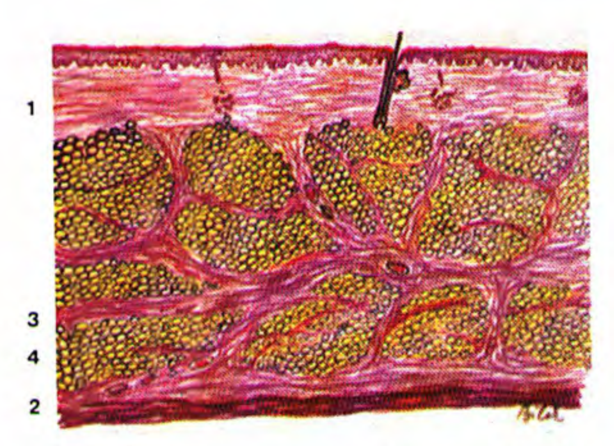


**الشكل 20 – 1** : التهاب جلد وغضروف حتار الأذن العقيدي المزمن .

## الفصل الحادي والعشرون



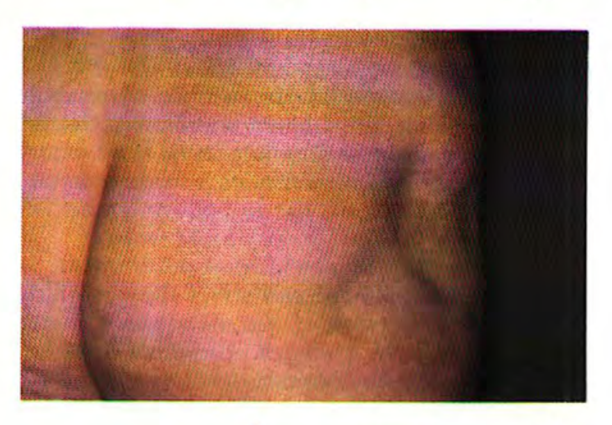
**الشكل 21 – 2** : متلازمة بفيفر – ويبر – كريستيان .



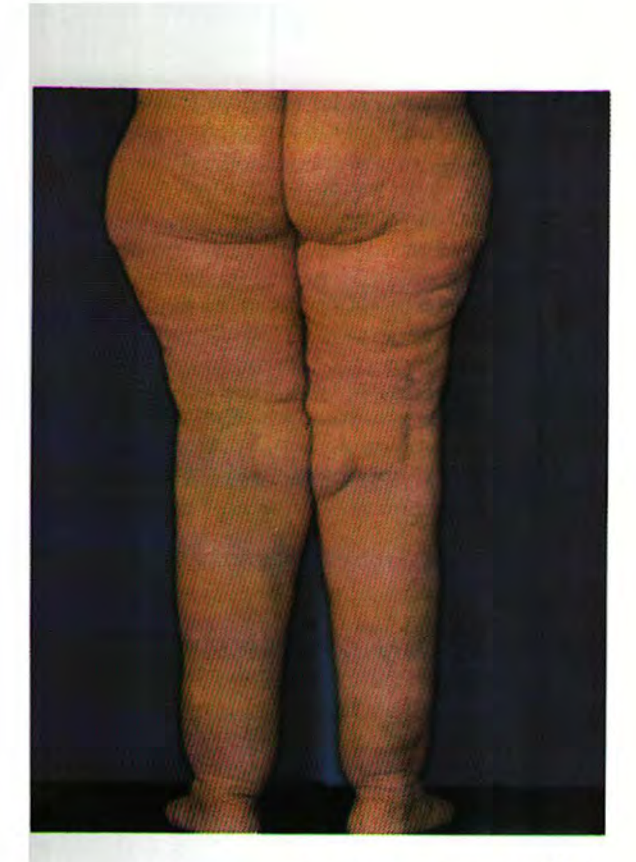

**الشكل 21 – 1** : مخطط ترسيمي للنسيج الشحمي تحت الجلد . بين الأدمة (1) واللفافة (2) تقسم حواجزٌ من نسيج ضام وعائي (3) النسيجَ الشحميَّ (4) إلى فصيصات .



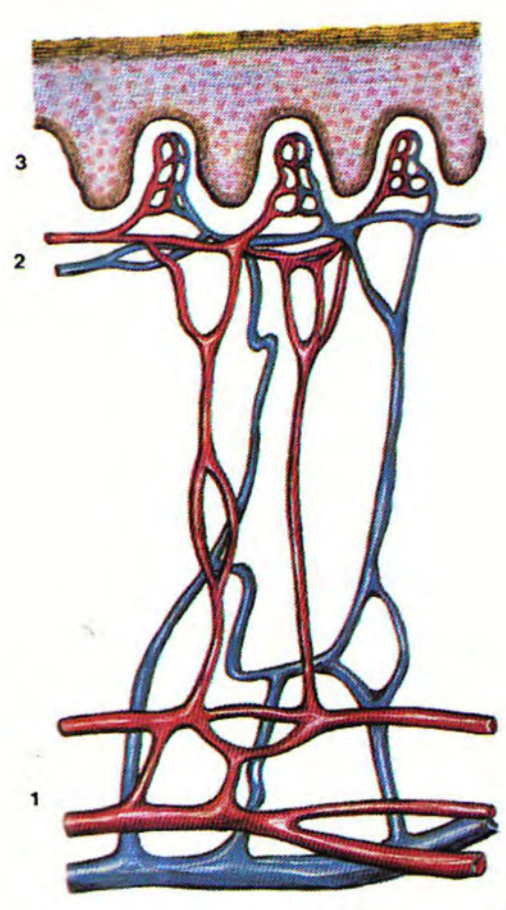
**الشكل 21 – 3** : ضمور شحمي نصف دائري .



**الشكل 21 – 4** : حثل شحمي جزئي .



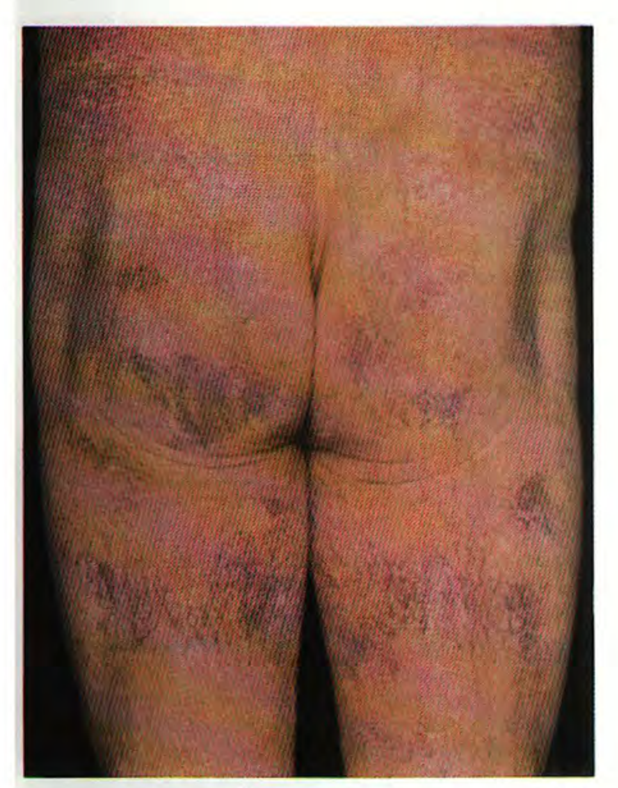
**الشكل 21 – 5** : وذمة شحمية .




**الشكل 22 – 1** : الضفيرة الوعائية الشريانية والوريدية في الجلد . ضفيرة وعائية عميقة (1) وسطحية (2) . عرى للشعيرية (3) في الطبقة الحليمية .



**الشكل 22 – 2** : توسع الشعيريات الأساسي .



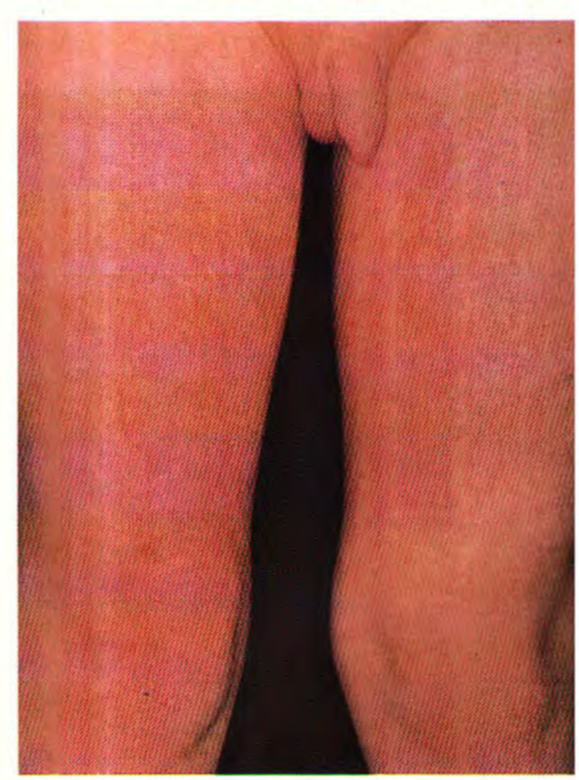
**الشكل 22 – 3** : توسع الشعيريات الأساسي المنتثر المترقي .



**الشكل 22 – 4** : احمرار بين جريبي قلادي **Erythrosis Interfollicularis Colli** .



لشكل 22 – 5 : توسع الأوردة ( وتدعى الدوالي المتشجرة ) .



لشكل 22 – 7 : جلد مرمري .



**الشكل 22 – 6** : زراق الأطراف ، ظاهرة القزحية .



**الشكل 22 – 8** : جلد مرمري متوسع الشعيريات ولادي .



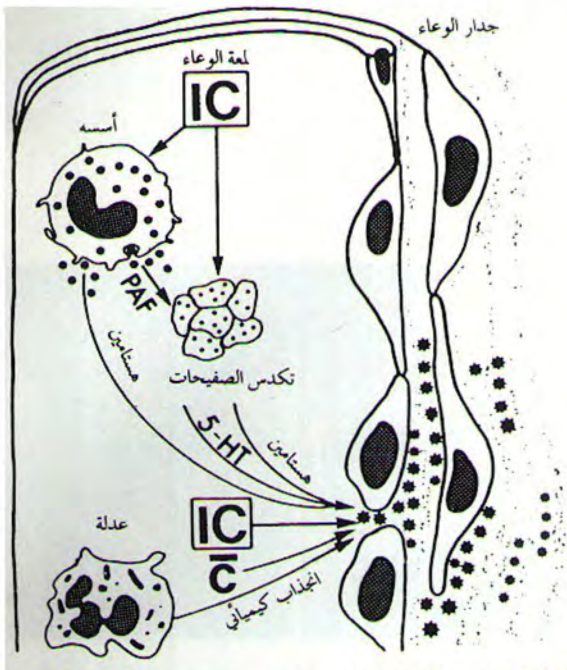
**الشكل 22 – 9** : متلازمة رينو ، الطور الأولي : تشنج وعا
شرياني .



**الشكل 22 – 10** : التهاب شرايين عَقِد جلدي .



**الشكل 22 – 11** : التهاب الشريان الصدغي .



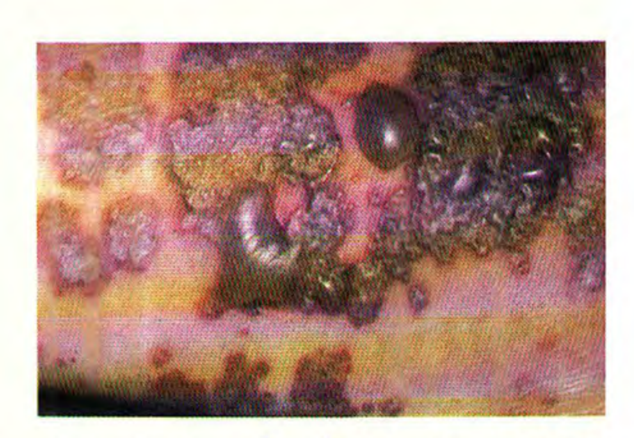

**الشكل 22 – 12** : المفهوم الإمراضي في التهاب الأوعية الأرجي .



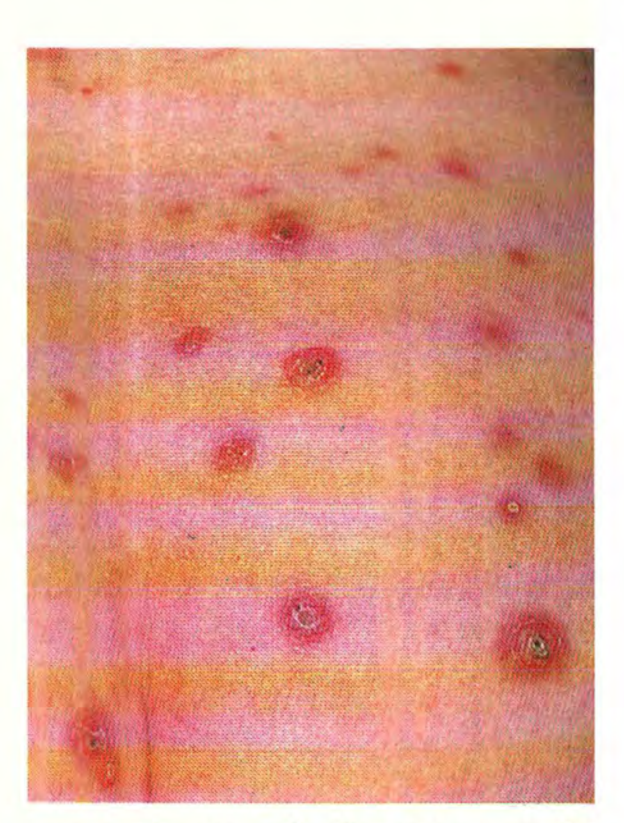
**الشكل 22 – 13** : التهاب أوعية أرجي ، نمط نزفي .



**الشكل 22 – 14** : التهاب أوعية أرجي ، نمط نزفي بالمعاينة بالشفوفية .



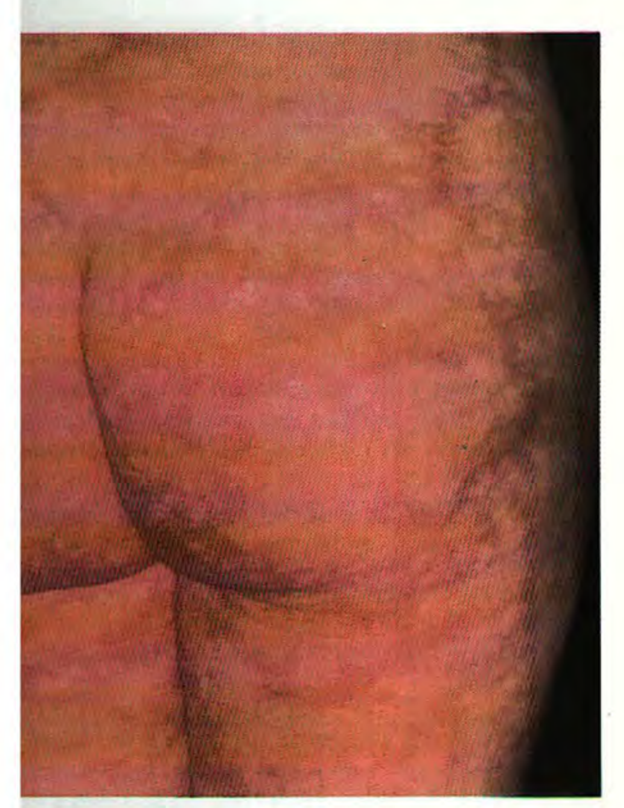
لشكل 22 – 15 : التهاب أوعية أرجي ، نمط نخري فقاعي نزفي .



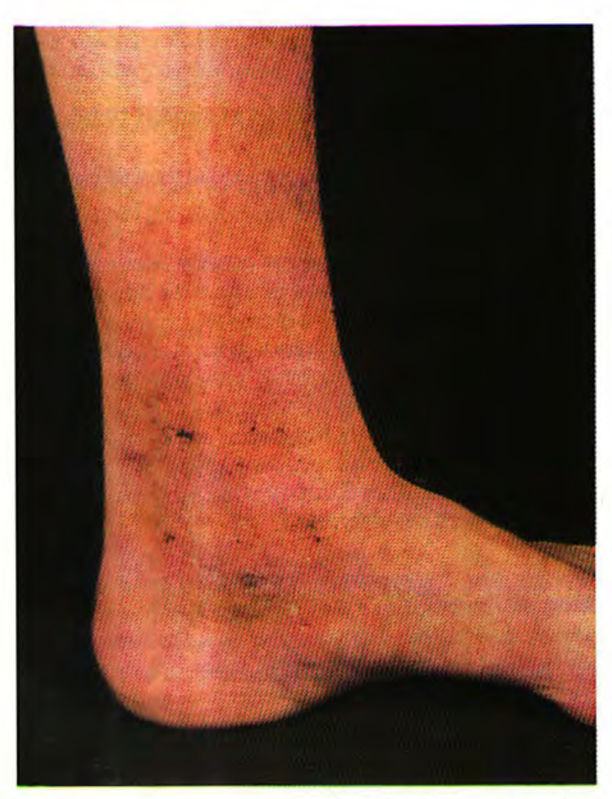
لشكل 22 – 16 : التهاب أوعية أرجي ، نمط حطاطي نخري .



الشكل 22 – 17 : تقيح جلد مواتي .



الشكل 22 – 18 : تزرق شبكي .



**الشكل 22 – 19** : التهاب أوعية تزرقاني .



**الشكل 22 – 22** : التهاب وعائي خثاري مسد .



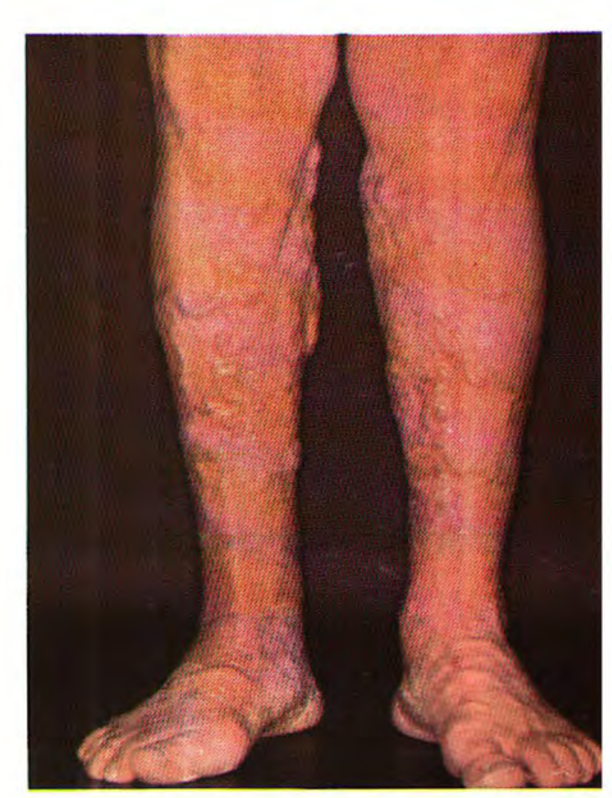
**الشكل 22 – 20** : موات ناجم عن تصلب الشرايين في الجلد .



**الشكل 22 – 23** : التهاب وريد خثاري سطحي .



**الشكل 22 – 21** : موات سكري في الجلد .



**الشكل 22 – 24** : دوالي بدئية .



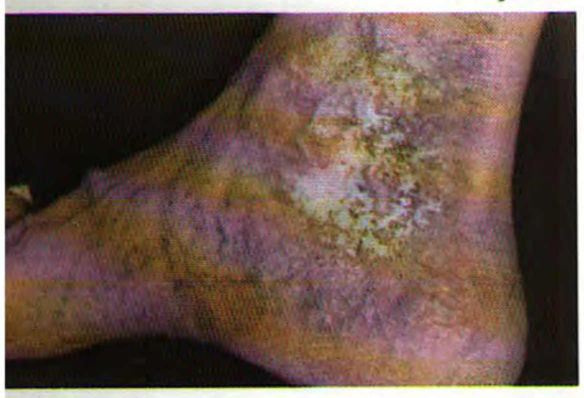
**لشكـل 22 – 25** : قصـور وريدي مزمن ، دوالي مع توسع لأوردة الإكليلية وفرفرية صفراء مغرانية .



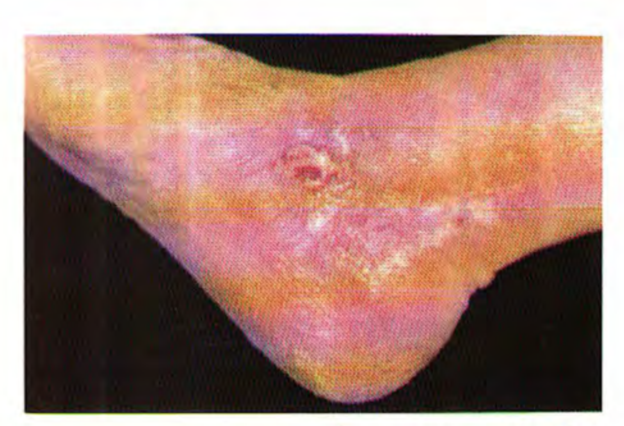
**الشكل 22 – 26** : قصور وريدي مزمن ، دوالي وفرفرية صفرا مغرانية .



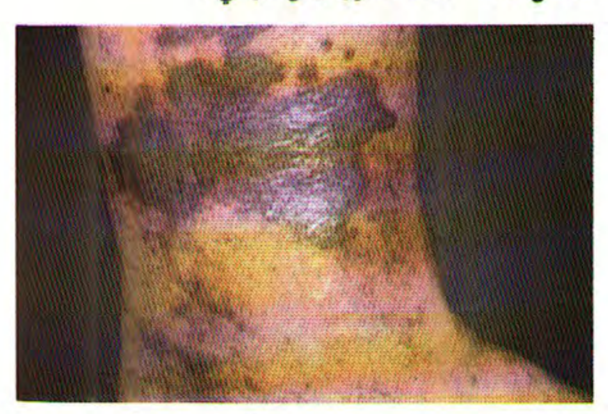
**الشكل 22 – 27** : قصور وريدي مزمن ، التهاب النسيجة تحت الجلد المزمنة .



**الشـكـل 22 – 28** : قصـور وريدي مزمن ، توسع الأورد الإكليلية ، دوالي ، ضمور أبيض .



**الشكل 22 – 29** : ضمور أبيض تقرحي .



**الشكل 22 – 30** : التهاب جلد الأطراف الوعائي ؛ متلازمة كابوزي الكاذبة .



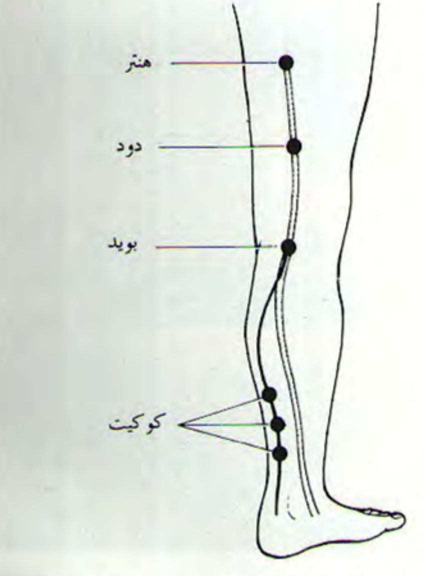
**الشكل 22 – 31** : قرحة ساق عقب التهاب وريد خثاري .



**الشكل 22 – 32** : قصور وريدي مزمن : دوالي ، فرفرية صفراء مغرانية ، وضمور أبيض تقرحي .



**الشكل 22 – 33** : قصور وريدي مزمن : قرحة ركودية .




**الشكل 22 – 34** : الأوردة الثاقبة الهامة على مسير الوريد الصافن الكبير والوريد المقوس الخلفي .



**الشكل 23 – 1** : متلازمة ويسكوت ـ ألدريتش Wiskott – Aldrich .



**الشكل 23 – 2** : فرفرية قلة الصفيحات الغامضة .



**الشكل 23 – 3** : فرفرية خاطفة مرافقة لإنتان ( التهاب الأوعية الإنتاني ) .



**الشكل 23 – 4** : فرفرية شيخية .



**الشكل 23 – 6** : التهاب جلد حزازاني مصطبغ فرفري .



**الشكل 23 – 5** : فرفرية مصطبغة مترقية .



**الشكل 23 – 7** : حزاز ذهبي .



**الشكل 24 – 1** : فَيَل متوطن Nostras تالٍ لحمرة راجعة مزمنة على الساق اليسرى .



**الشكـل 24 – 2** : فيل متوطن في الصفن تالٍ لحمرة راجعة مزمنة .

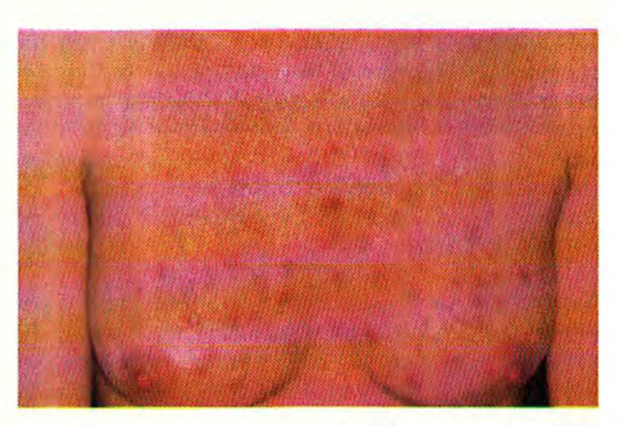


**الشكـل 24 – 3** : فيـل متـوطن مع غرن لمفي وعائي دموي ( متلازمة ستوارت – تريفيز ) .

# الفصل الخامس والعشرون



**الشكل 25 – 1** : حكاك حاد في الطفولة .



**الشكل 25 – 2** : حكاك تحت حاد .



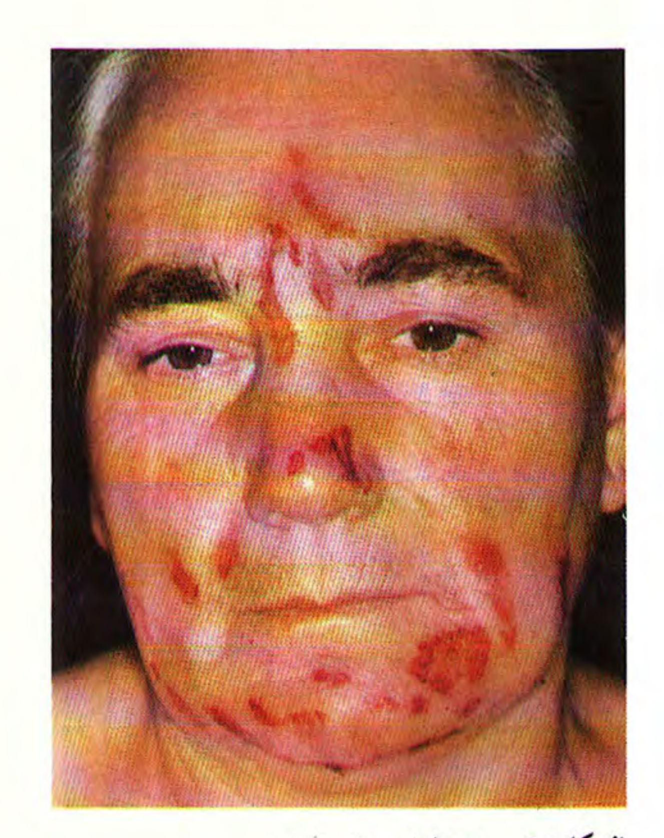
**الشكل 25 – 3** : عُدّ شروي .



**الشكل 25 – 4** : الحكاك العقيدي لهايد (Hyde) .



**الشكل 25 – 5** : حزاز بسيط مزمن .



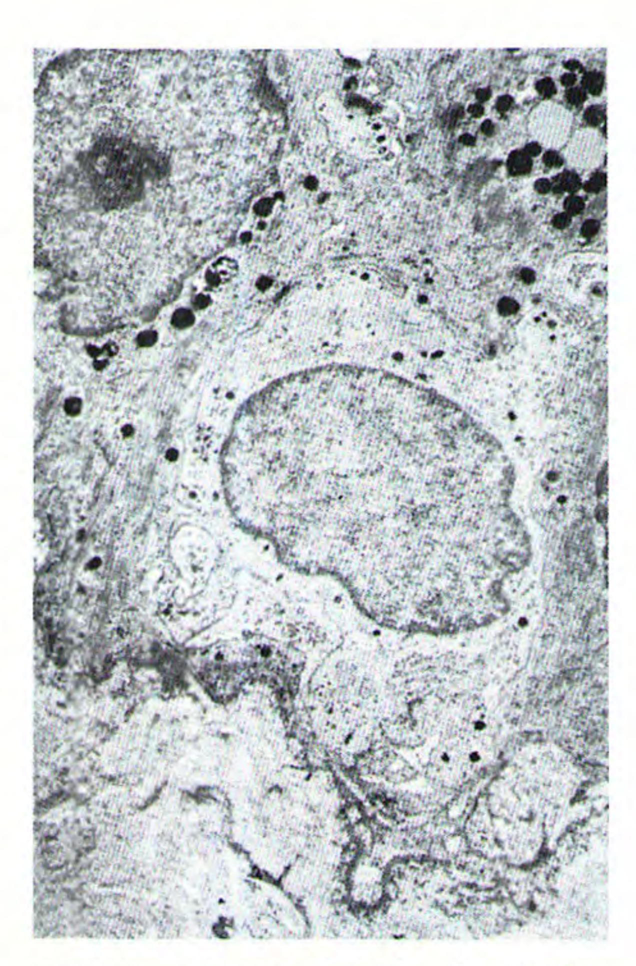
**الشكل 25 – 6** : التهاب جلد مفتعل .



**الشكل 25 – 7** : تسحجات خطية ناجمة عن جروح بالإبرة .



**الشكـل 25 – 8** : تقرح تغذوي عصبي في اعتـلال الأطراف التقرحي الجادع اللا عائلي .



**الشكل 26 – 1** : خلية ملانية ( خلية رائقة ) بين خلايا مقرنة . تُرى ضمن الخلايا المقرنة جسيمات ملانية متملنة ( سوداء ) عديدة × 8200 .



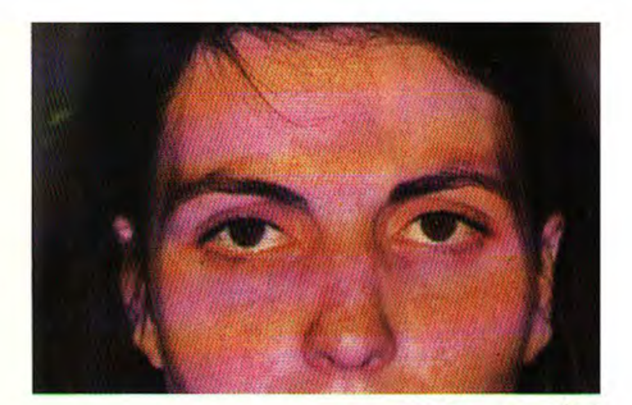

**الشكل 26 – 2** : مركبات جسيمات ملانية ضمن خلية مقرنة ، N نواة × 80 000 .



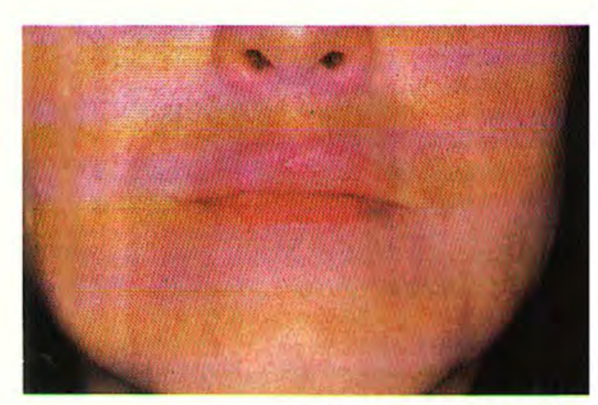
**الشكل 26 – 3** : نمش .



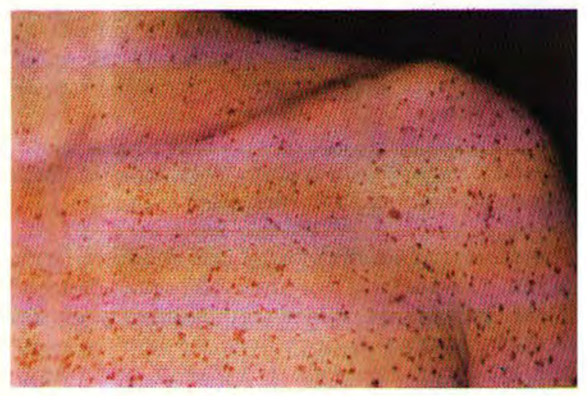
**الشكل 26 – 4** : متلازمة بوتزجيكرز .



**الشكل 26 - 5** : كلف .



**الشكل 26 - 6** : تملن حول الفم .



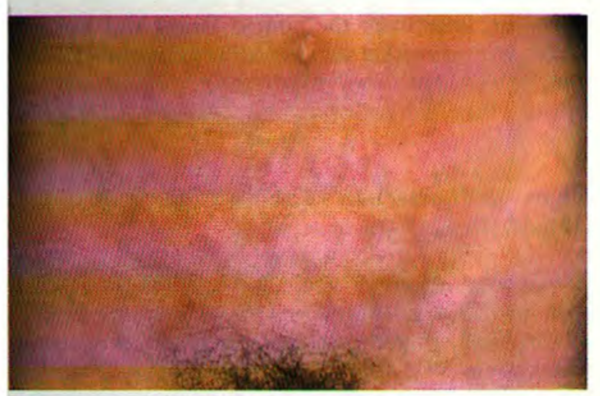
**الشكل 26 - 7** : متلازمة ليوبارد .



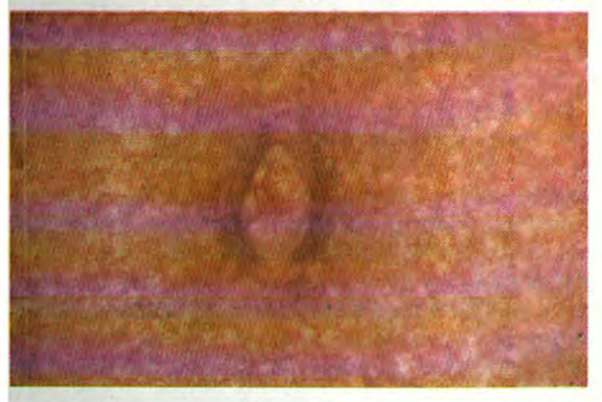
**الشكل 26 - 8** : شامات شيخية .



**الشكل 26 - 9** : سلس صباغ .

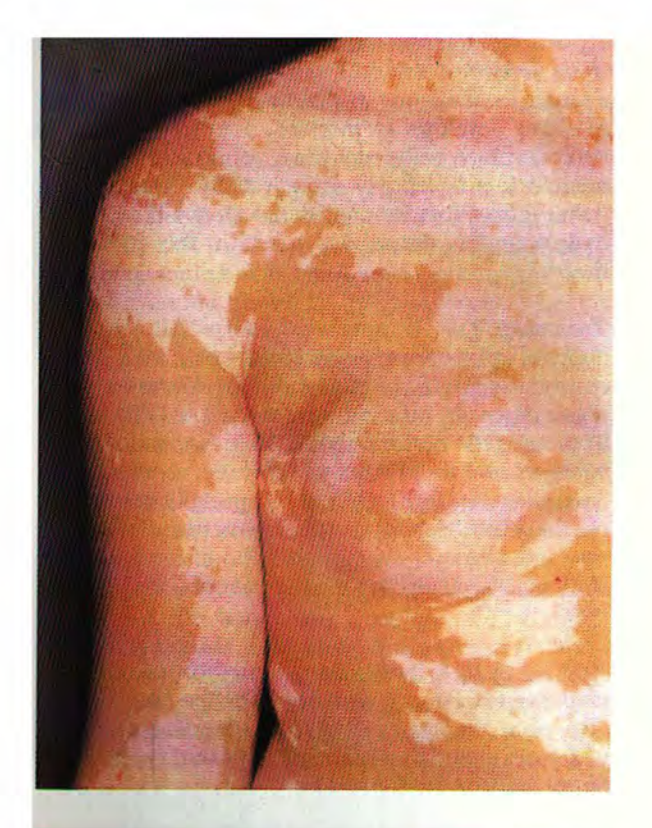


**الشكل 26 - 10** : ملان حراري لبوشكيه ( ملان جلدي شبكي حراري ) محدث بالسخانة الكهربائية .



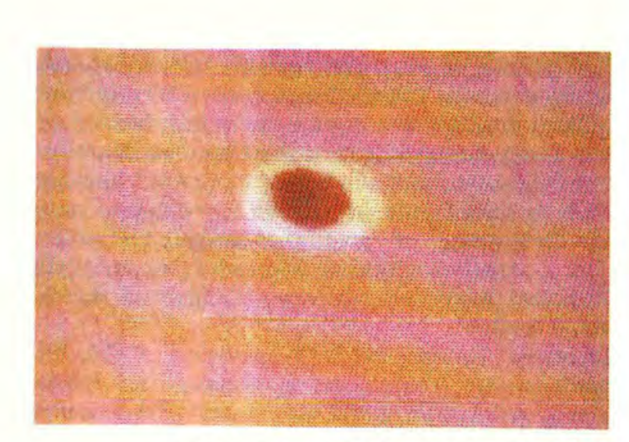
**الشكل 26 - 11** : ملان زرنيخي .

الشكل 26 – 12 : ملان منتشر ولادي .

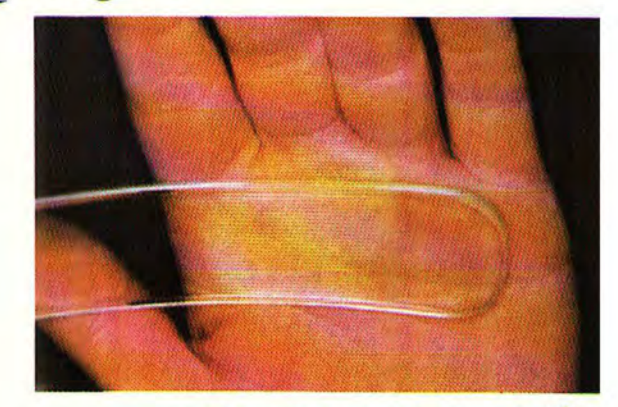




الشكل 26 – 13 : بهق .



الشكل 26 – 14 : وحمة هالية . بهق حول الوحمة .



**الشكل 27 – 1** : كاروتينمية ( تذهب الجلد ) .



**الشكل 27 – 2** : زئبقية في الأجفان تالية لتطبيق مديد لرهيم ناصر للون يحوي أملاح الزئبق لإزالة النمش .



**الشكل 27 – 3** : وشم .

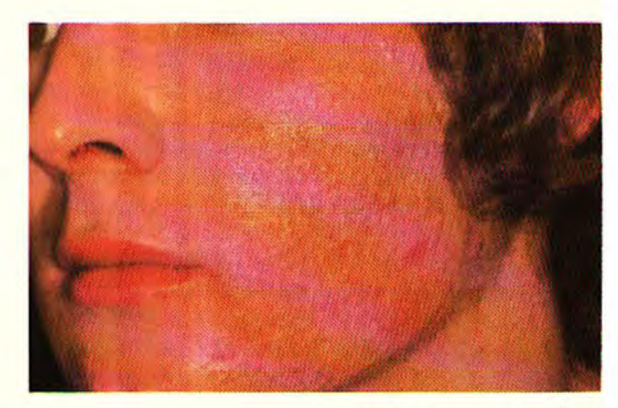


**الشكل 27 – 4** : وشم بارود من اشتعال واسع النطاق بالألعاب النارية .

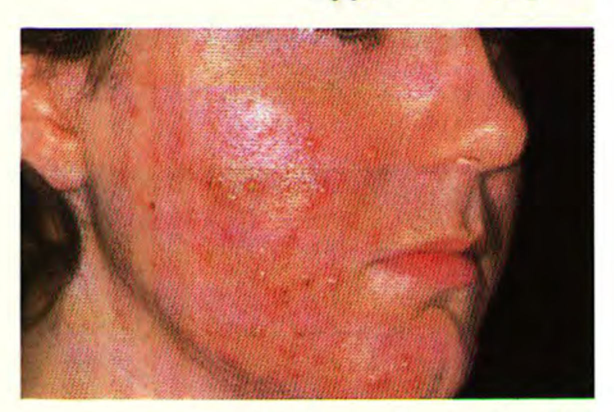




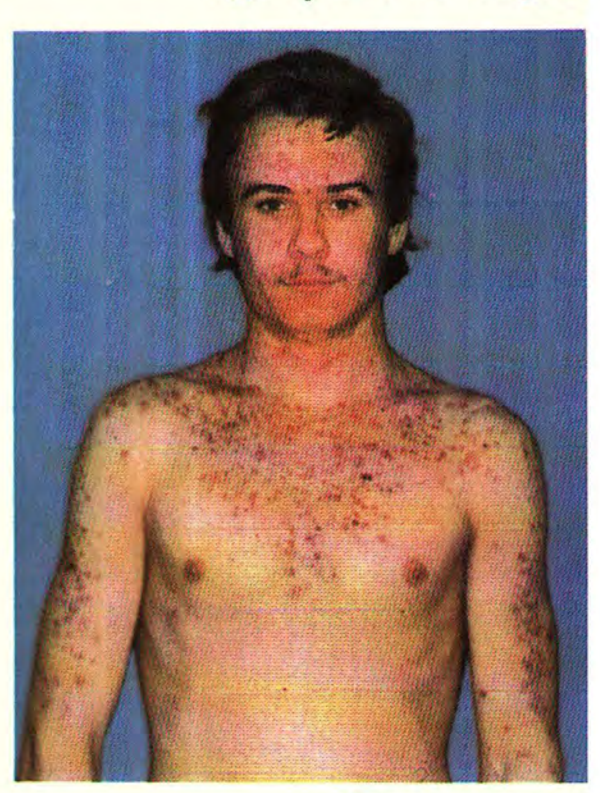
**الشكل 27 – 5** : وشم بارود ( في الأعلى ) قبل المعالجة ( في الأسفل ) بعد المعالجة .



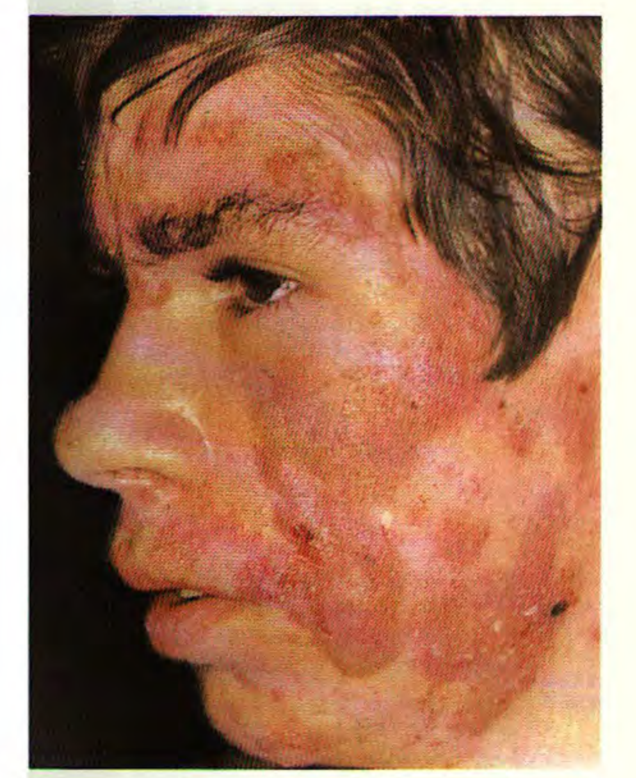
**الشكل 28 – 1** : عدّ زؤاني .



**الشكل 28 – 2** : عدّ حطاطي – بثري .



**الشكل 28 – 3** : عدّ مكبب .



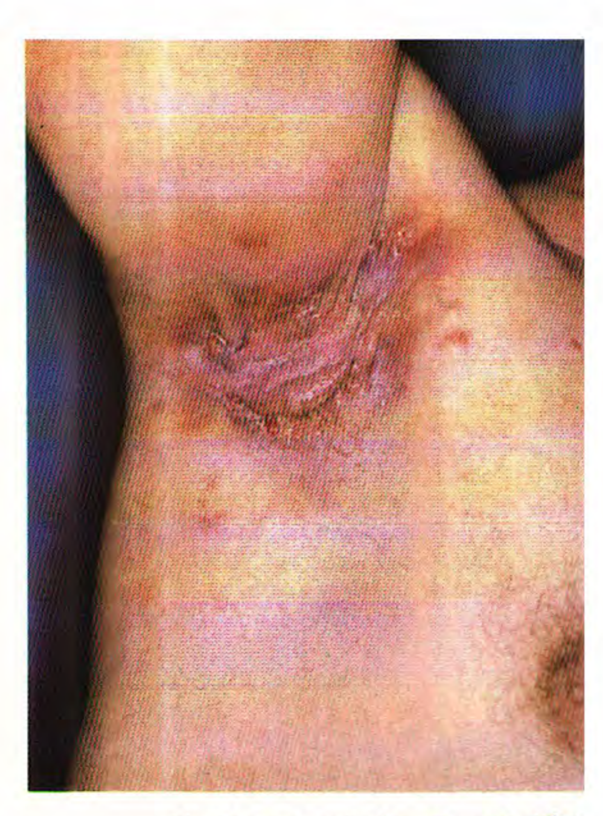
**الشكل 28 – 4** : عدّ مكبب .



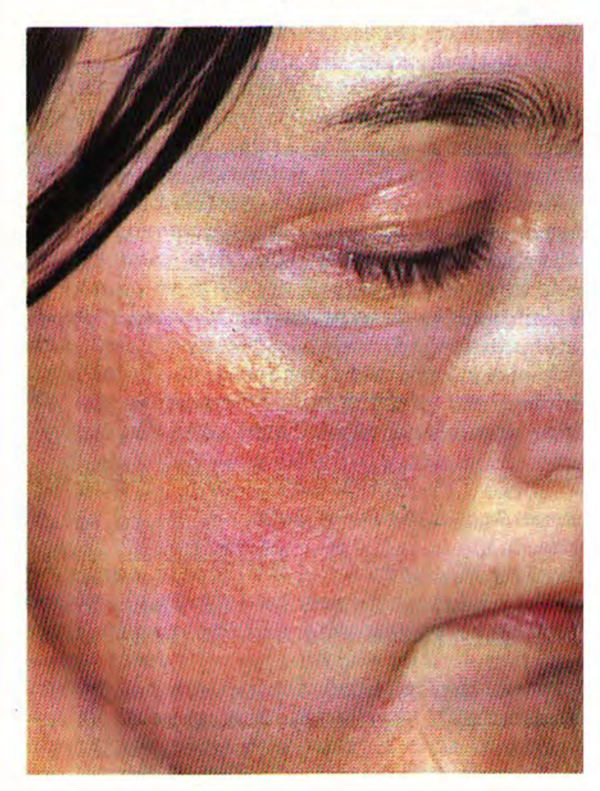
**الشكل 28 – 5** : عدّ مكبب مع جدرات .



**الشكل 28 – 6** : عدّ مكبب مع زؤانات متنوسرة .



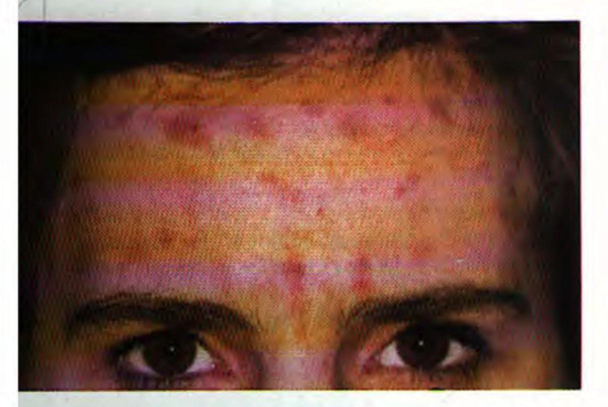
**الشكل 28 – 7** : عدّ مقلوب مع إصابة إبطية .



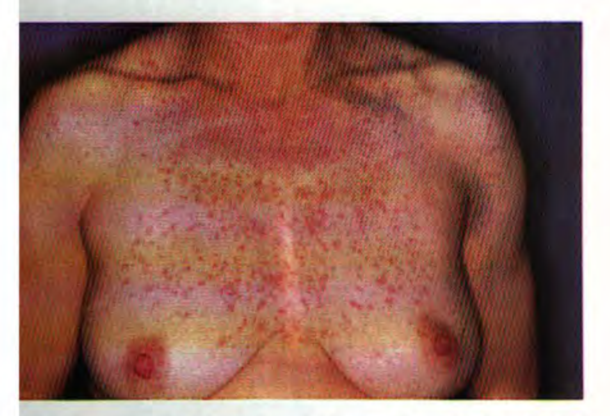
**الشكل 28 – 8** : عدّ تزويقي ( عدّ سمّي ) مع زؤانات .



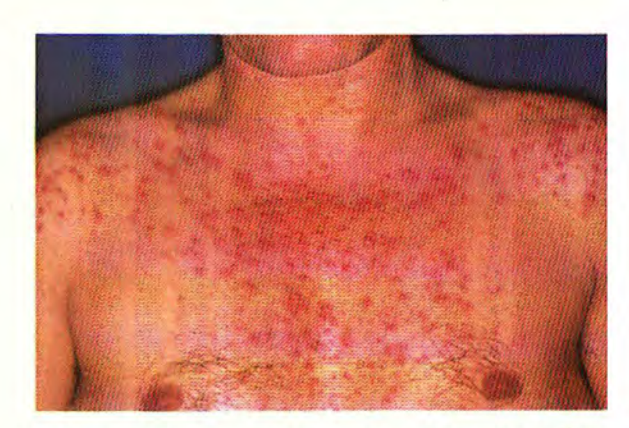
**الشكل 28 – 9** : عدّ زيوت



**الشكل 28 – 10** : عدّ تسحّجي عند فتاة .



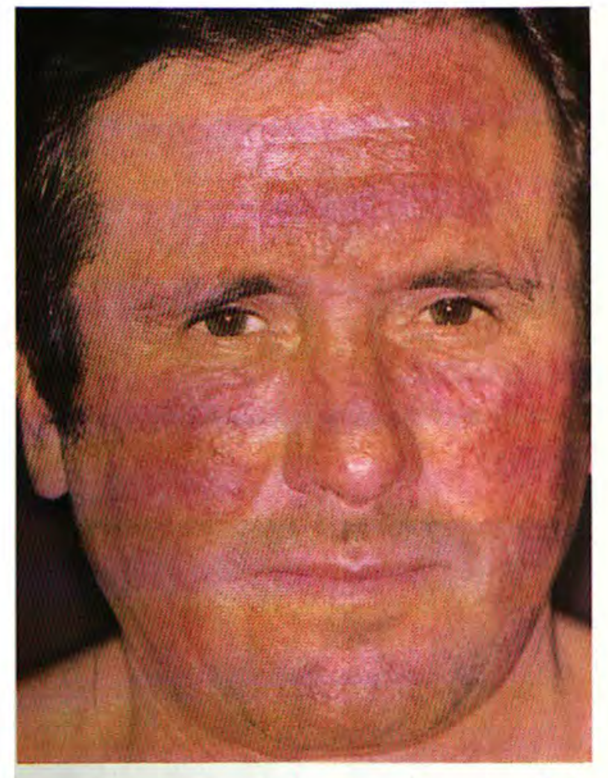
**الشكـل 28 – 11** : اندفـاع عدّي الشكـل بسبب الدوكسـ سيكلين .



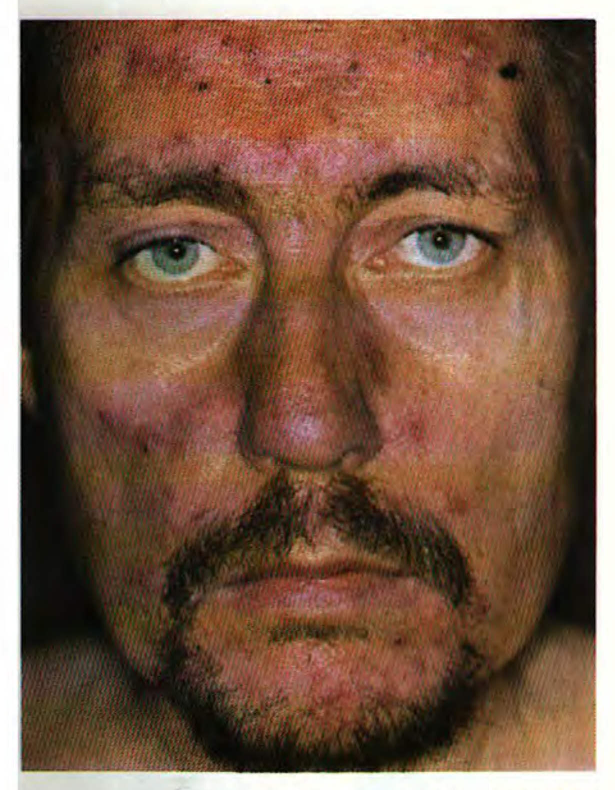
**الشكل 28 – 12** : عدّ ستيروئيدي بسبب معالجة ستيروئيدية جهازية .



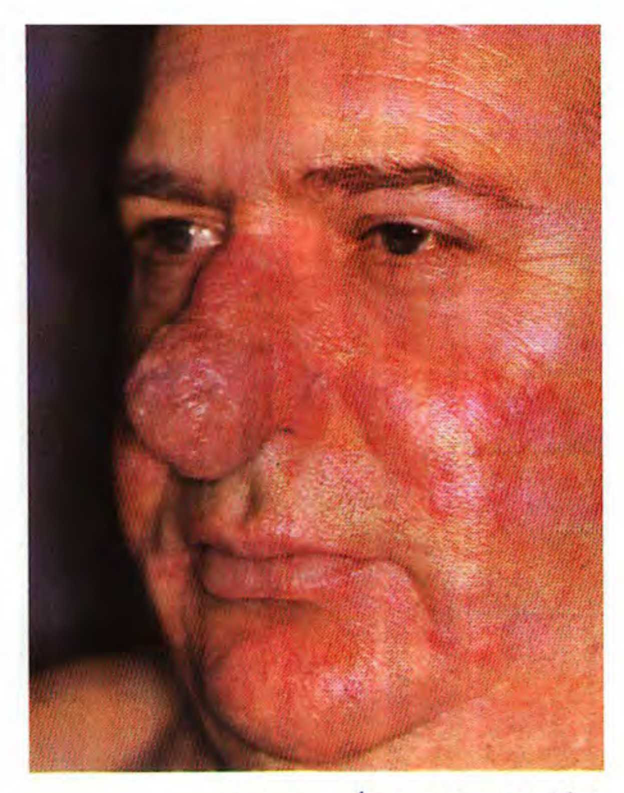
**الشكل 28 – 13** : عدّ ما لوركا .



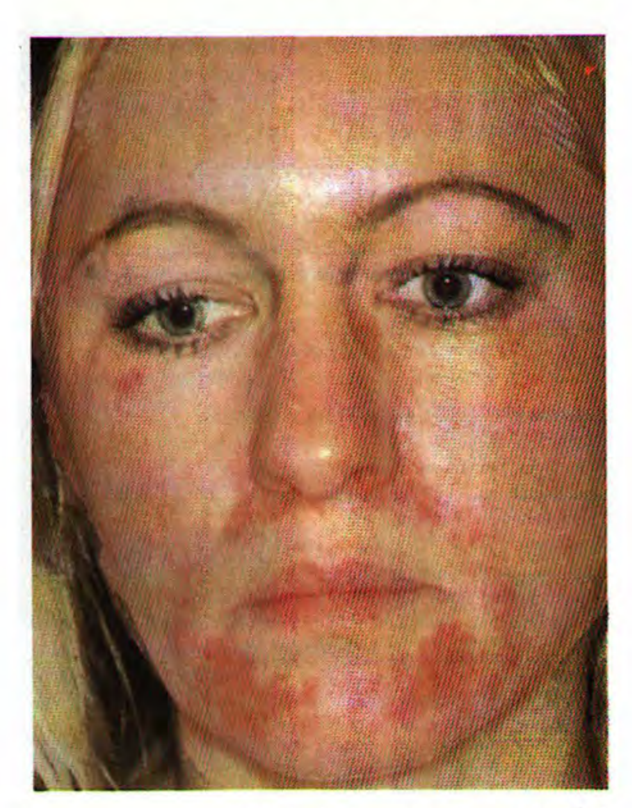
**الشكل 28 – 14** : وردية .



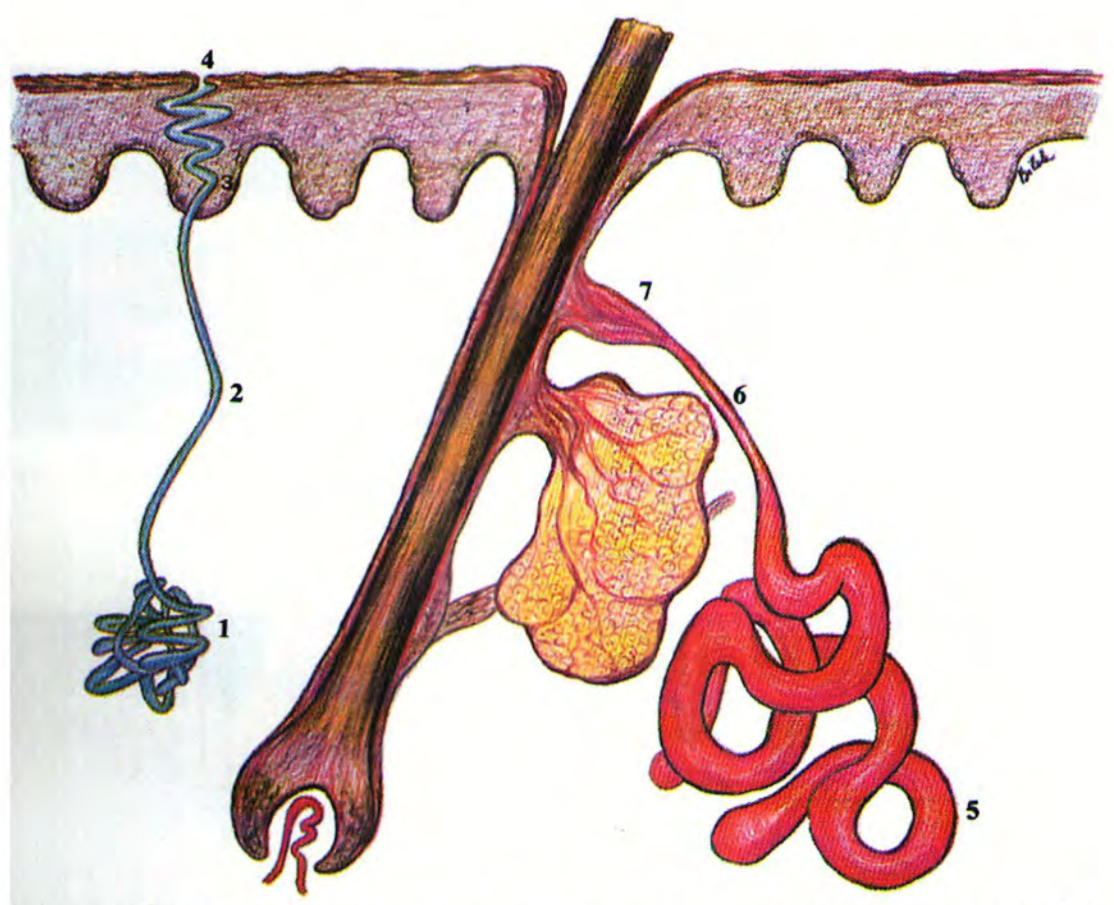
**الشكل 28 – 15** : وردية حطاطية بثرية .



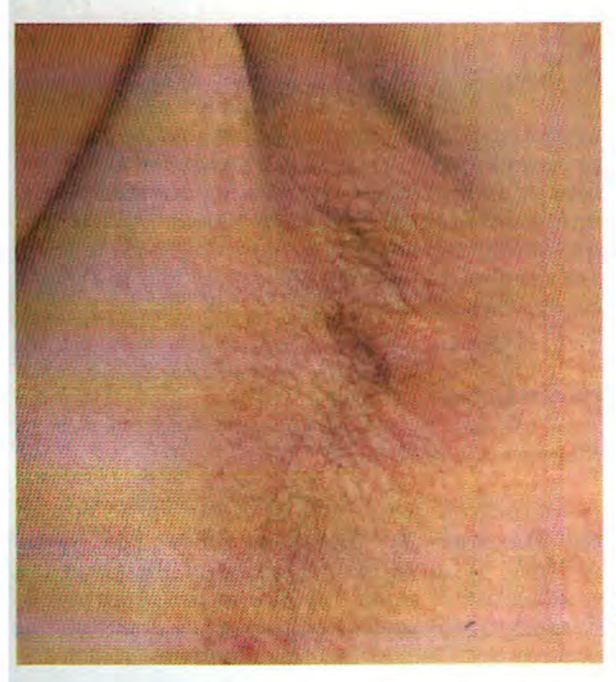
**الشكل 28 – 16** : فيمة أنف مع وردية .



**الشكل 28 – 17** : التهاب الجلد حول الفم .




**الشكل 29 – 1** : رسم تخطيطي للغدد العرقية : تنفتح وشيعة Coil الغدة العرقية الناتحة ( ١ ) عبر القناة الأدمية ( ٢ ) ، وقناة الغدة العرقية الطرفية Acrosyringium ( ٣ ) على سطح البشرة ( ٤ ) . وتنفتح وشيعة الغدة العرقية المفترزة ( ٥ ) عبر قناة قصيرة ( ٦ ) على القسم الجريبي الواقع فوق الغدة الزهمية ( ٧ ) .



**الشكل 29 – 2** : داء فوكس – فورودايس Fox – Fordyce .



**الشكل 30 – 1** : فرط تعرق اليد .



**الشكل 30 – 4** : حباب أنفي أحمر .



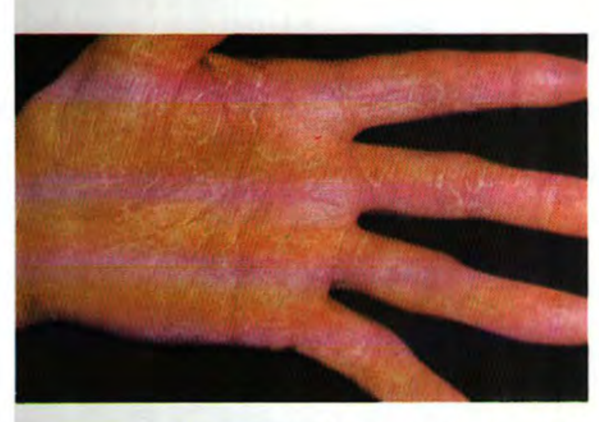
**الشكل 30 – 2** : فرط تعرق قدمي مع تزرق في الأخمصين وقرن جلدي في الأثلام .



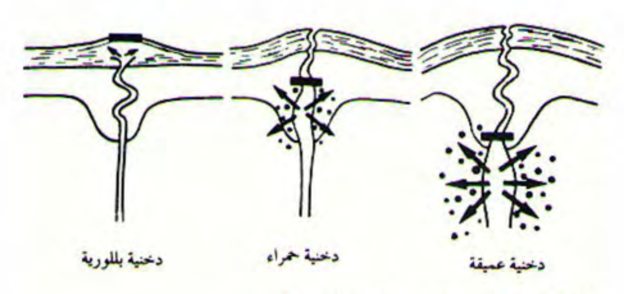
**الشكل 30 – 5** : خلل التعرق .



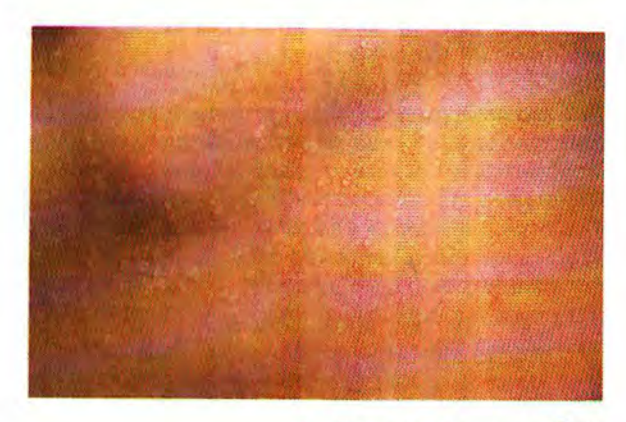
**لشكل 30 – 3** : المتلازمة الأذنية الصدغية . يكشف اختبارُ لتعرق باليود والنشاء لـ Minor التعرق الموضع ( اللون البنفسجي ) ثناء الأكل .



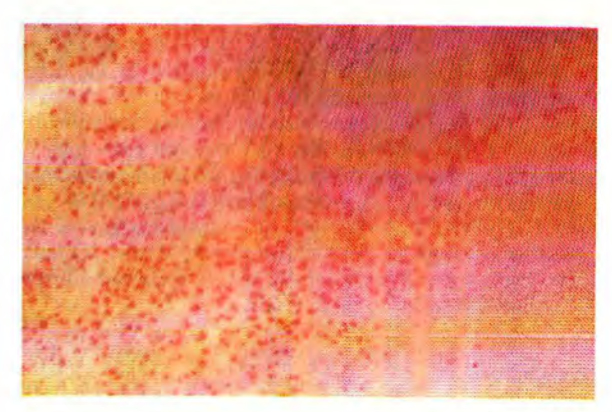
**الشكل 30 – 6** : خلل التعرق الصفاحي الجاف .



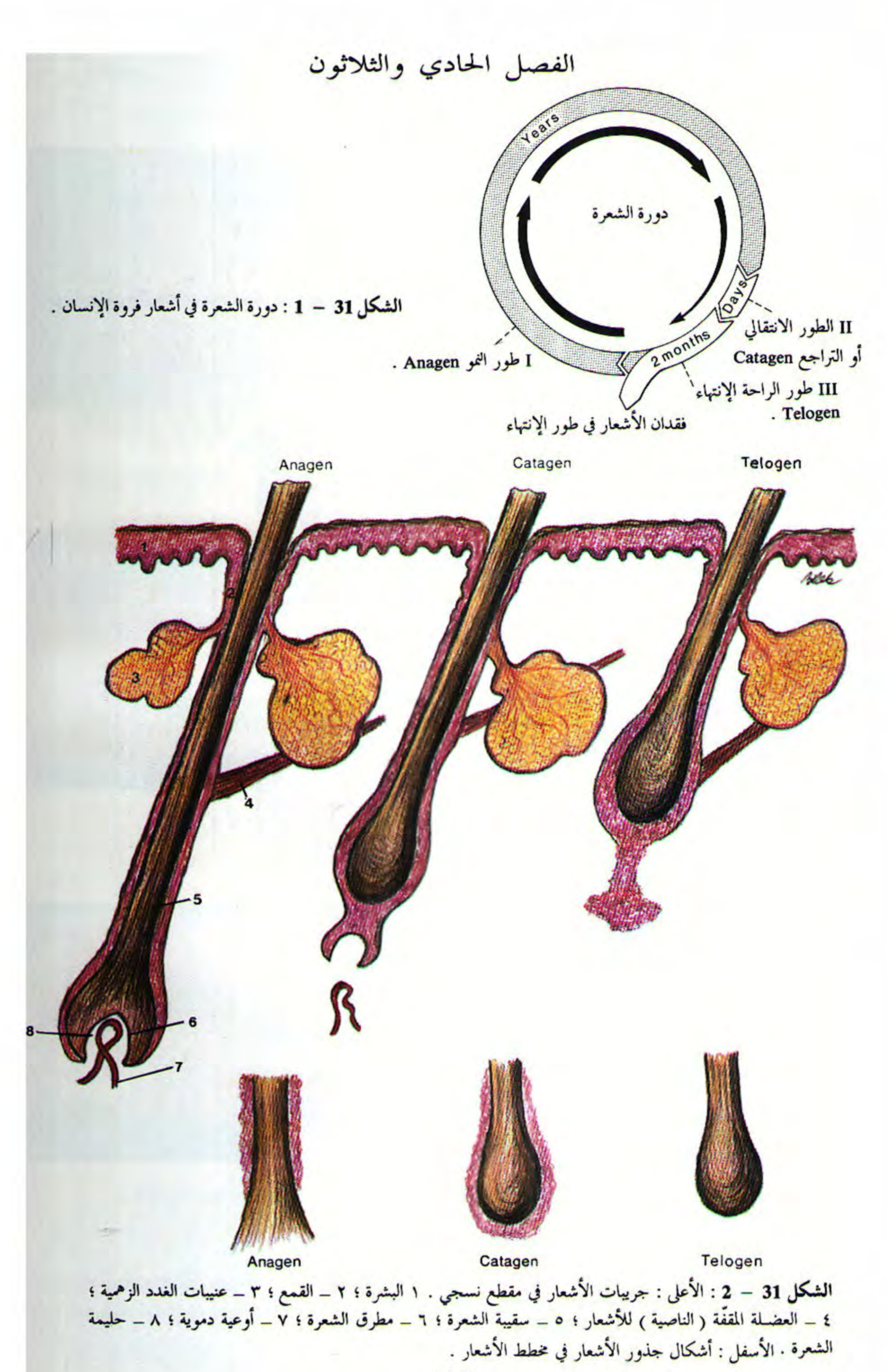

**الشكل 30 – 7** : إمراض الدخنية .



**الشكل 30 – 8** : دخنية بللورية .

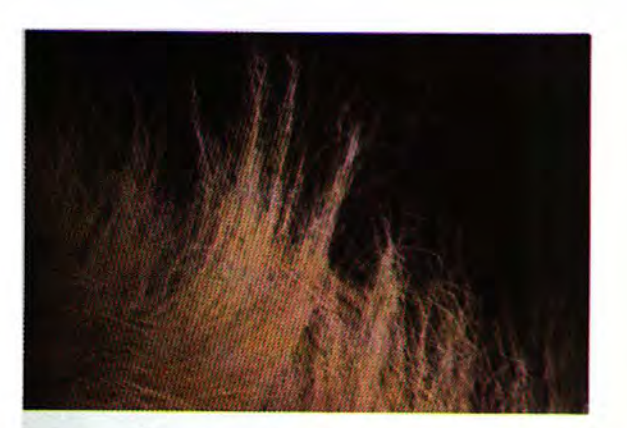


**الشكل 30 – 9** : دخنية حمراء .




**الشكل 31 – 1** : دورة الشعرة في أشعار فروة الإنسان .

**الشكل 31 – 2** : الأعلى : جريبات الأشعار في مقطع نسجي . ١ البشرة ؛ ٢ ـ القمع ؛ ٣ ـ عنيبات الغدد الزهمية ؛ ٤ ـ العضلة المقفّة ( الناصية ) للأشعار ؛ ٥ ـ سقيبة الشعرة ؛ ٦ ـ مطرق الشعرة ؛ ٧ ـ أوعية دموية ؛ ٨ ـ حليمة الشعرة . الأسفل : أشكال جذور الأشعار في مخطط الأشعار .

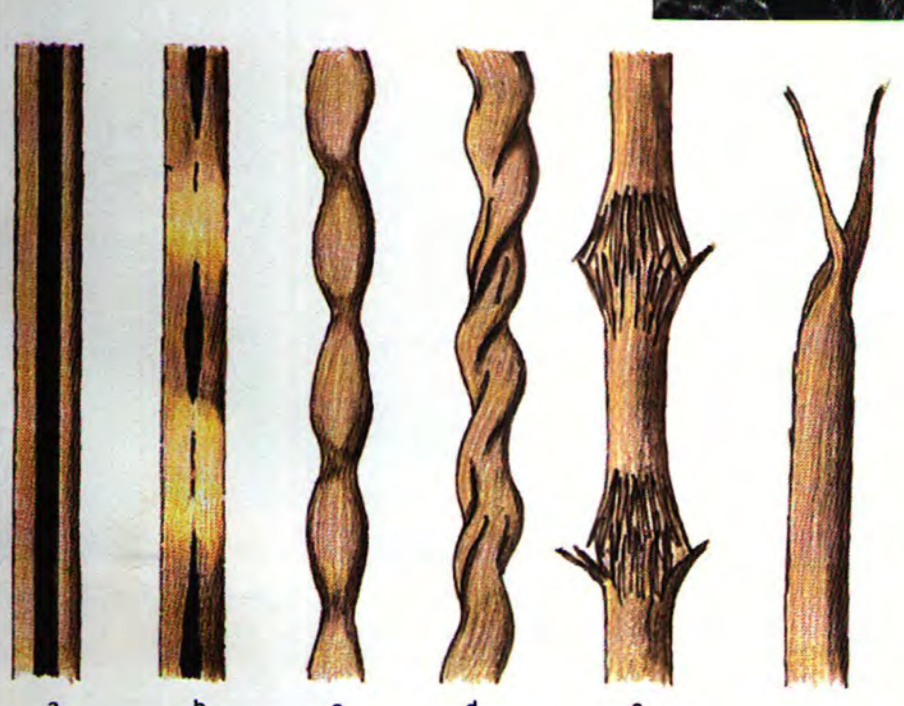


**الشكل 31 – 4** : تغير في بنية الشعرة من خلال التأذي بالتجعيد البارد .

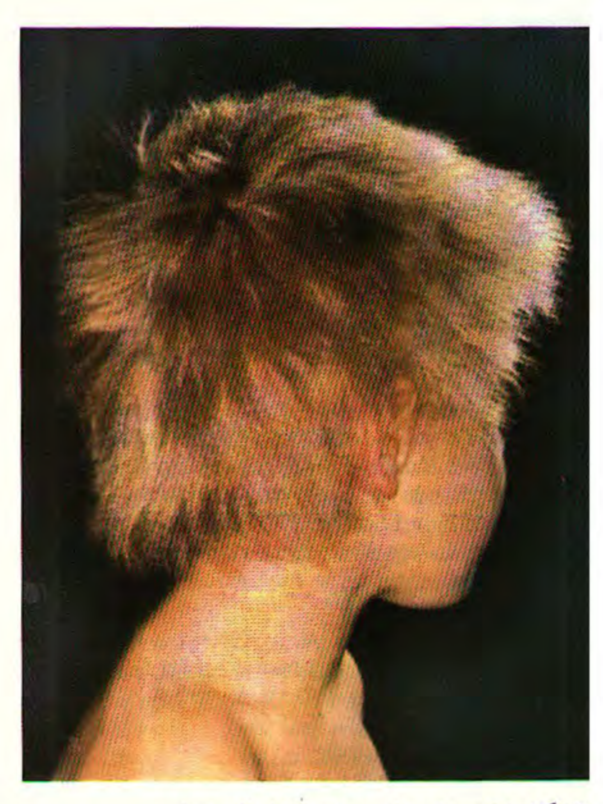




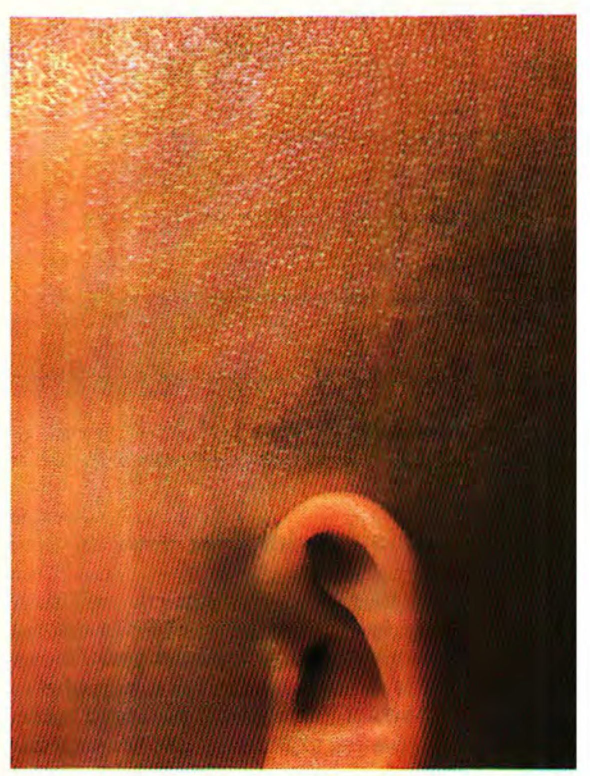

**الشكل 31 – 3 آ ، ب** : جليدات الأشعار في المجهر الألكتروني التفرسي ، آ – شعرة طبيعية . ب – تأذٍ خلال التجعيد الدائم ( 600 × ) .



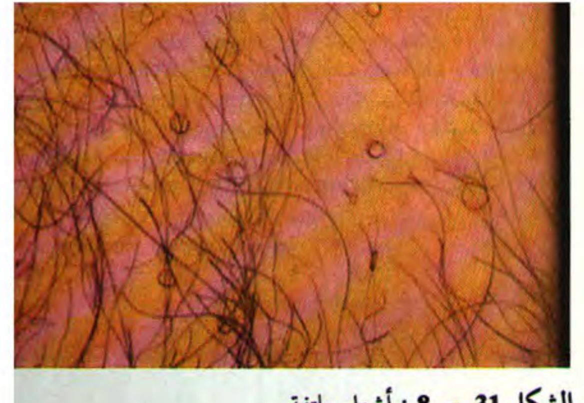

**الشكل 31 – 5** : تغيرات في بنية الشعرة .
a ) شعرة طبيعية مع لب مركزي ، b ) أشعار حلقية ، مقاطع مضيئة وعاتمة وتحطمات في اللب ؛ C ) شعرة سبحية ، d ) أشعار ملتوية ، e ) تقصف الشعر العقد ، f ) إنشطار الشعرة .



**الشكل 31 – 6** : الشعر غير القابل للتمشيط .



**الشكل 31 – 7** : شعر سبحي .



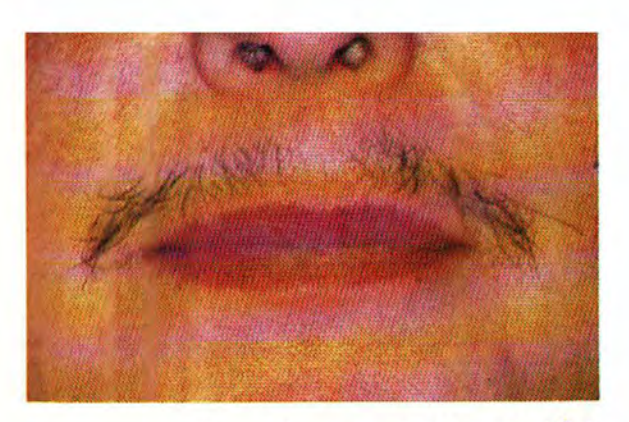
**الشكل 31 – 8** : أشعار ملتفة .



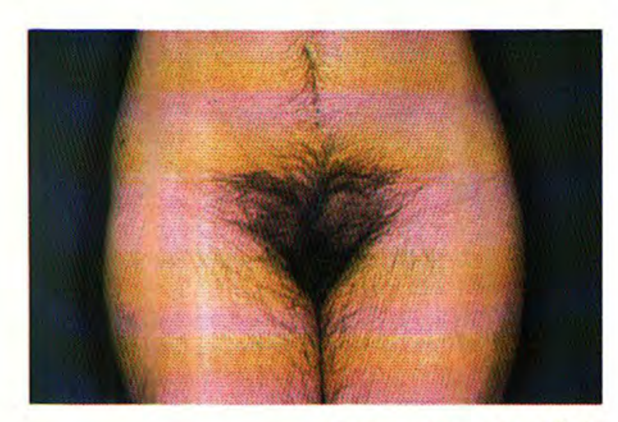
**الشكل 31 – 9** : شيب محدد .



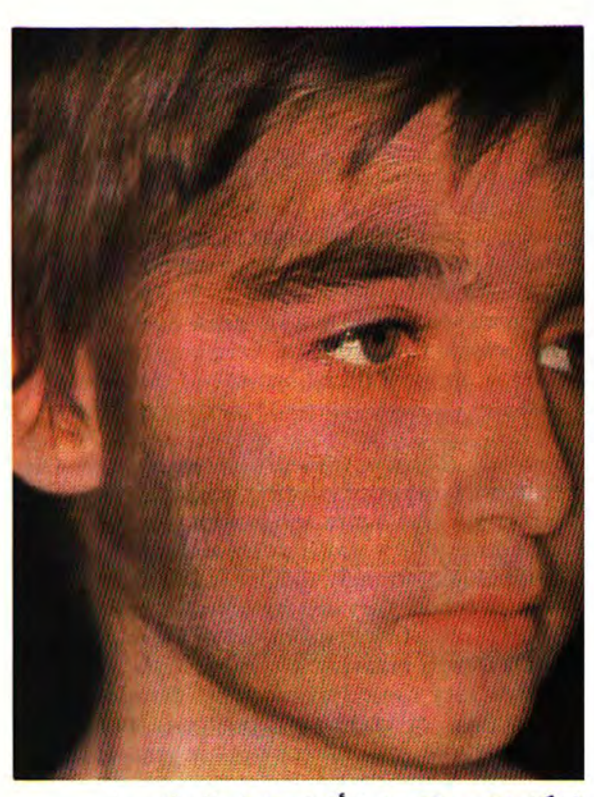
**الشكل 31 – 10** : شعر أخضر من ماء الصنبور الملوث بالنحاس .



**الشكل 31 - 11** : شعر وجهي لدى سيدة .



**الشكل 31 - 12** : شعرانية .



**الشكل 31 - 13** : فرط أشعار محدث بالمينوكسيديل .



**الشكل 31 - 14** : حاصة ضمورية ( ثعلبة كاذبة ) .



**الشكل 31 - 15** : حالة ثعلبة كاذبة .



**الشكل 31 - 16** : حاصة مبقعة صغيرة البقع .



**الشكل 31 – 17** : حاصة من خلال الشد ( تصفيف الشعر ) بالإضافة إلى تقرانات سافعة .



**الشكل 31 – 18** : حاصة من الطراز الأندروجيني المؤنث لدى سيدة .

يوم تناول الدواء

1 10 21 1

انقطاع ٧ أيام

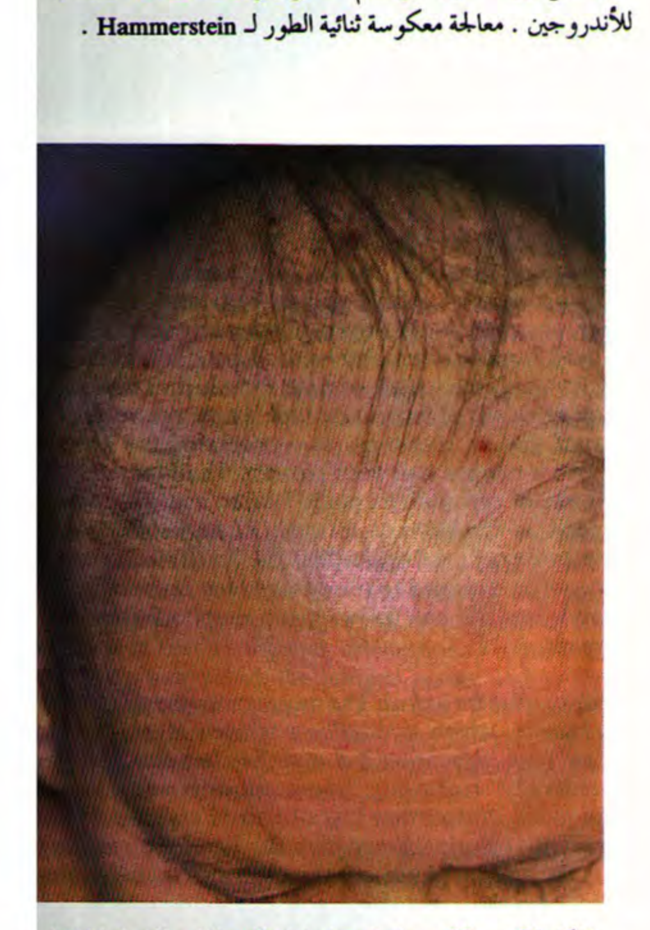
5 14 25 نزف الانقطاع

يوم الدورة

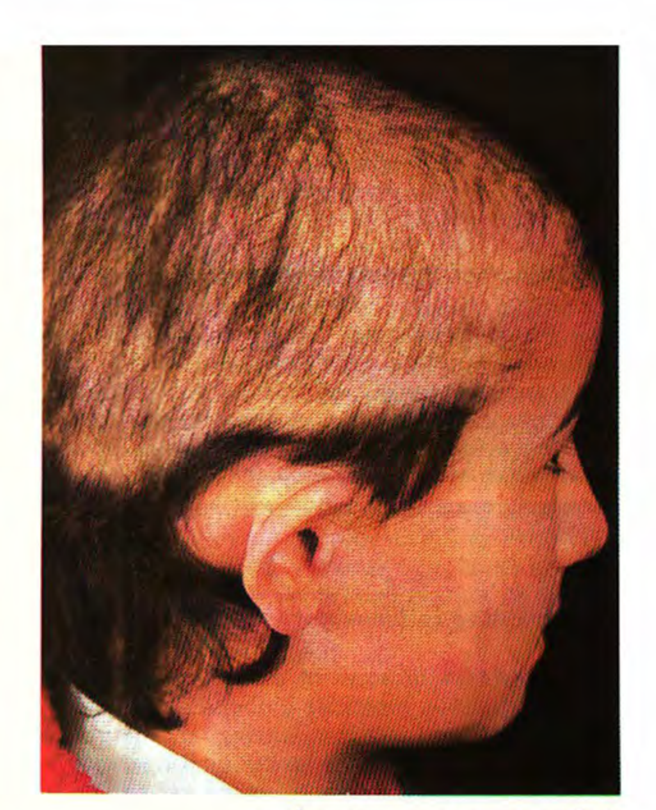
● قرصان أسيتات سيبروكرون ١٠ مغ أو ٥٠ مغ (Cyprokrone Acetate)

○ قرص واحد Diane ٣٥ (Dianette) أو قرص واحد Gastamestrol .

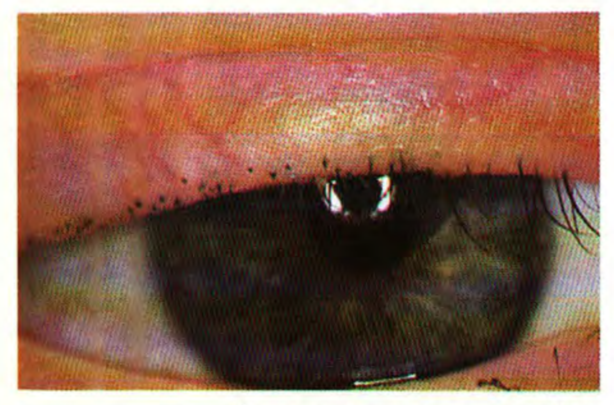
**الشكل 31 – 19** : رسم تقدير جرعات لمعالجة مضادة للأندروجين . معالجة معكوسة ثنائية الطور لـ **Hammerstein** .



**الشكل 31 – 20** : حاصة منتشرة محدثة بموقفات انقسام الخلايا .



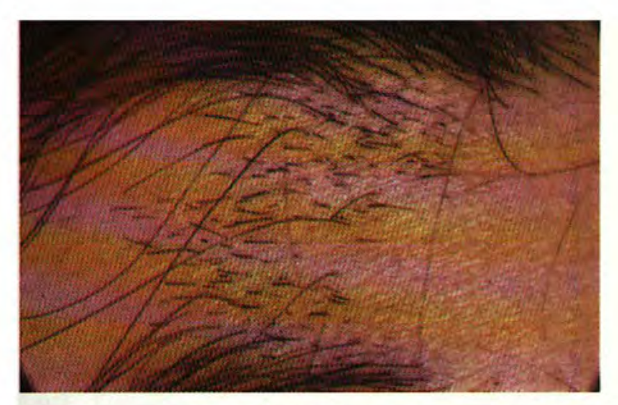
**الشكل 31 – 21** : هوس نتف الأشعار .



**الشكل 31 – 22** : حاصة بقعية في الأهداب .



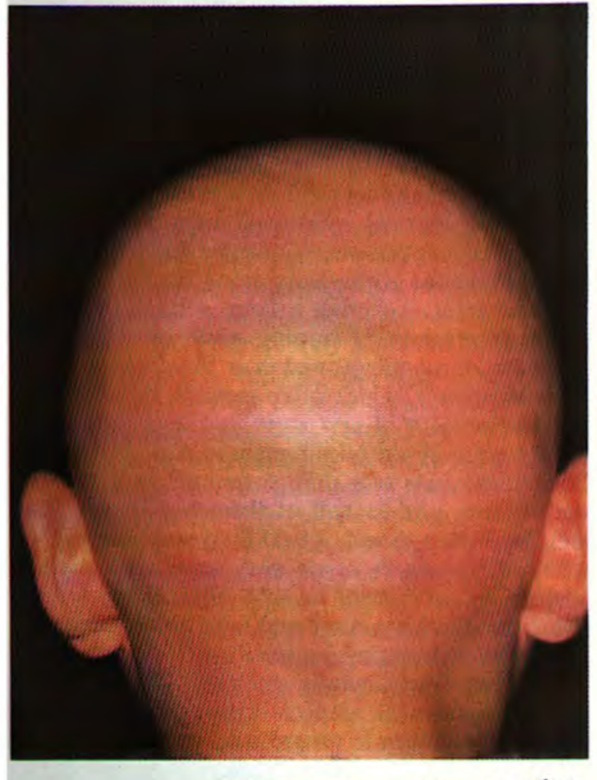
**الشكل 31 – 23** : حاصة بقعية ، أعداد كبيرة من الأشعار الثعلبية .



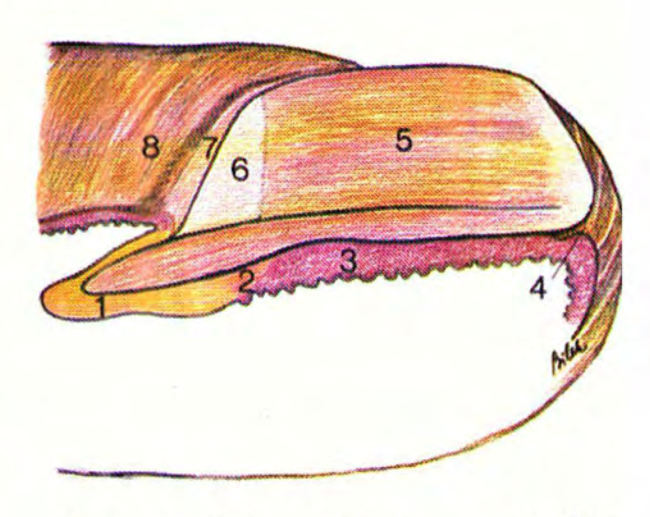
**الشكل 31 – 24** : حاصة بقعية ، أشعار ثعلبية .



**الشكل 31 – 25** : حاصة بقعية ، أشعار ثعلبية وجثّية Cadaverized .



**الشكل 31 – 26** : خاصة بقعية كلية .




**الشكل 32 – 1** : عضو الظفر – مظهر إيضاحي ، ومقطع سهمي :
١ – مطرق الظفر . ٢ – المنطقة المولدة للتقرن . ٣ – فراش الظفر . ٤ – ما تحت الظفر . ٥ – صفيحة الظفر . ٦ – الهليل . ٧ – الجليدة . ٨ – طية الظفر الدانية .



**الشكل 32 – 2** : انشقاق الأظفار .



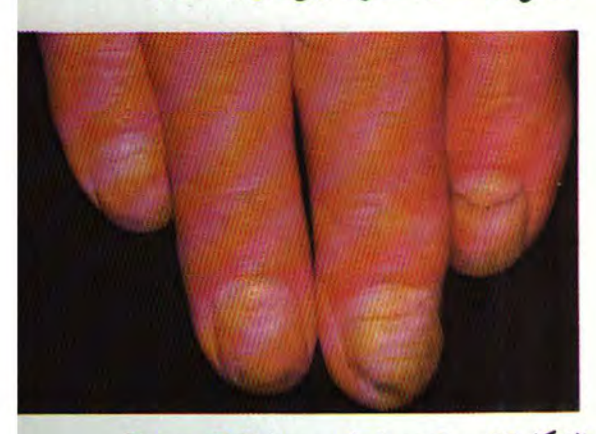
**الشكل 32 – 3** : انفكاك الأظفار الهلالي .



**الشكل 32 – 4** : خطوط ميس **Mess Stripes** .



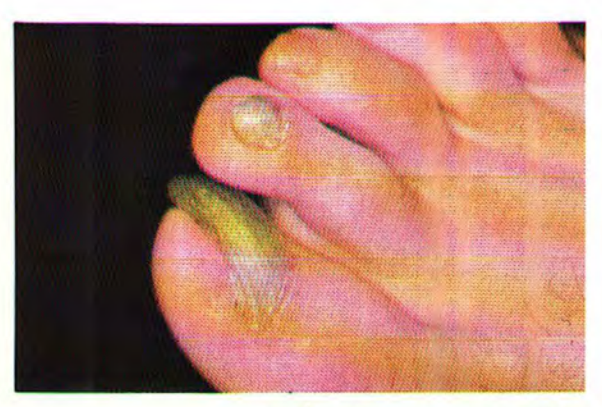
**الشكل 32 – 5** : خطوط ميس **Mess Stripes** .



**الشكل 32 – 6** : خطوط بو – ريل **Beau – Reil** .



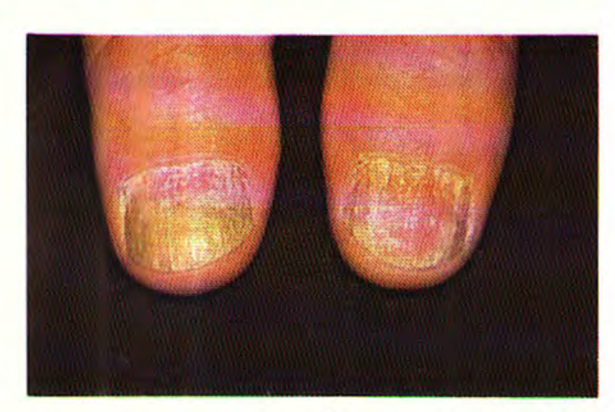
**الشكل 32 – 7** : ابيضاض الأظفار ( الوبش ) المخطط .



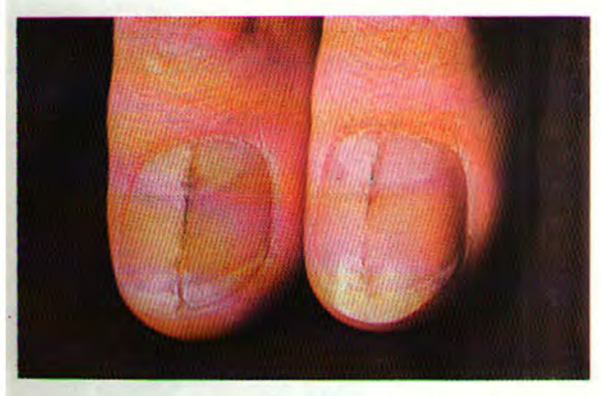
**الشكل 32 – 8** : انعقاف الأظفار .



**الشكل 32 – 12** : حثل الأظفار الناصف النفقي الشكل .



**الشكل 32 – 9** : خشونة الأظفار الغامضة Trachyonychia .



**الشكل 32 – 13** : حثل الأظفار الناصف النفقي الشكل .



**الشكل 32 – 10** : تقعّر الأظفار .



**الشكل 32 – 14** : وحمة مصطبغة .



**الشكل 32 – 11** : الأصابع بشكل مِقْرَعَة الطبل .



**الشكل 32 – 15** : خلل تلون مع انفكاك ظفري ناجم عن خمج بالزائفة الزنجارية .



**الشكل 32 – 16** : تفضض ، أظافر فضية – زرقاء .



**الشكل 32 – 17** : دَميوم تحت الظفر .



**الشكل 32 – 18** : أظفار بشكل مضرب التنس .



**الشكل 32 – 19** : ثخن الأظفار الولادي .



**الشكل 32 – 20** : الحاصة ( الثعلبة ) البقعية ، تبدلات الأظفار



**الشكل 32 – 21** : الحزاز المسطح ، تبدلات الأظفار .



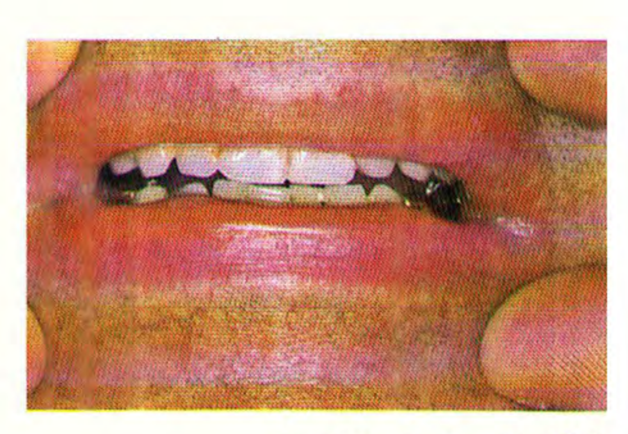
**الشكل 32 – 22** : متلازمة الظفر الأصفر .



**الشكل 32 – 23** : ظفر ناشب .



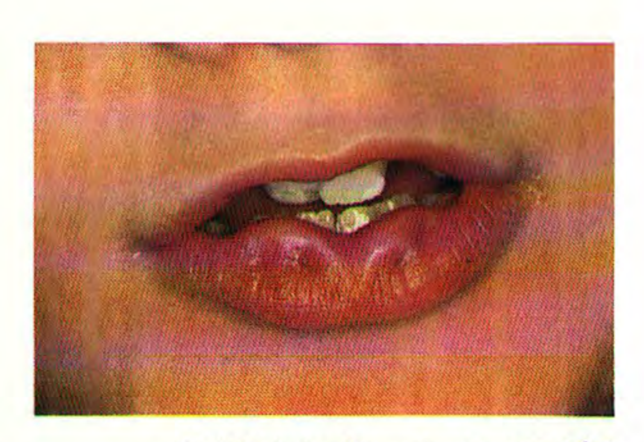
**الشكل 32 – 24** : عرن تحت الظفر .



**الشكل 33 – 1** : غدد زهمية منتبذة .



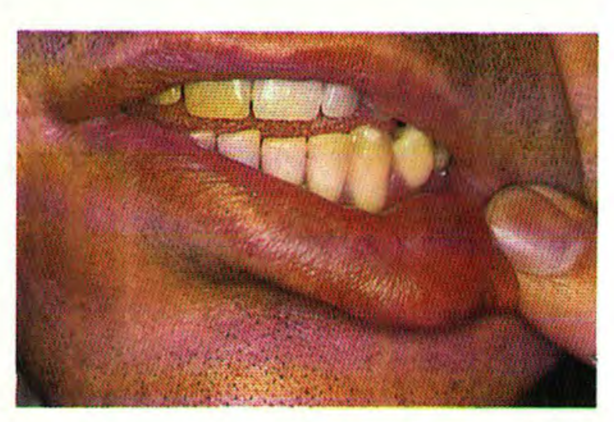
**الشكل 33 – 4** : التهاب شفة زاوي .



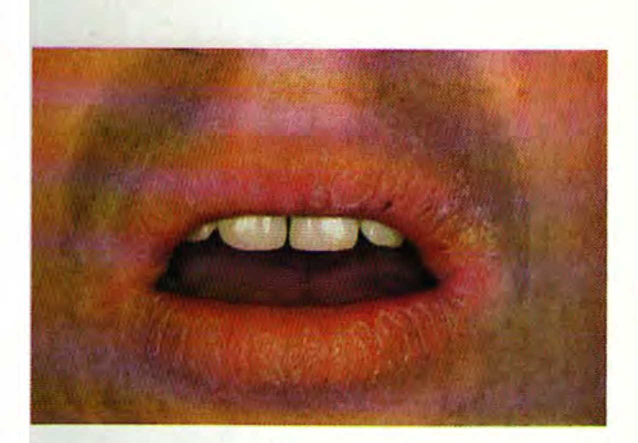
**الشكل 33 – 2** : ناسور ولادي في الشفة السفلى .



**الشكل 33 – 5** : التهاب شفة زاوي خمجي ( ناجم عن العقديات ) .



**الشكل 33 – 3** : كيسة مخاطية رضحية ( حبيبوم مخاطي ) في الشفة السفلى .



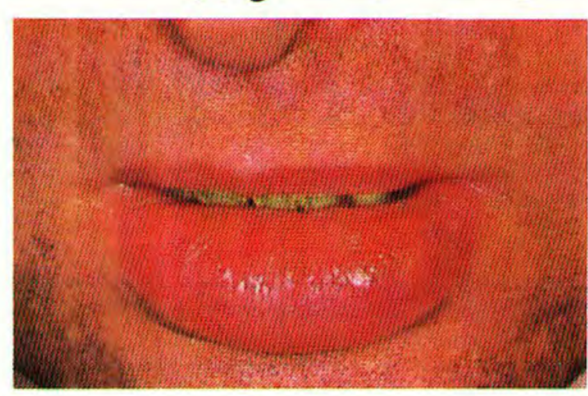
**الشكل 33 – 6** : التهاب شفة بسيط .



**الشكل 33 – 7** : التهاب شفة سافع مزمن .



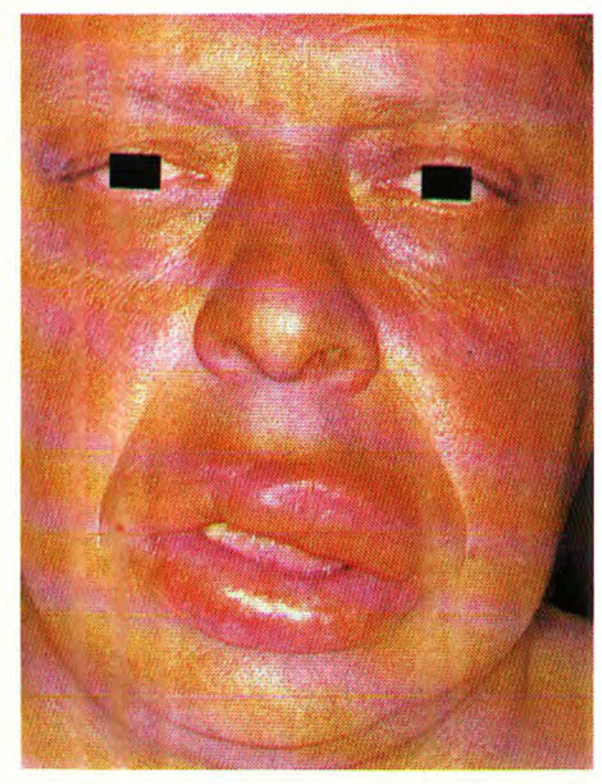
**الشكل 33 – 10** : دوالي اللسان .



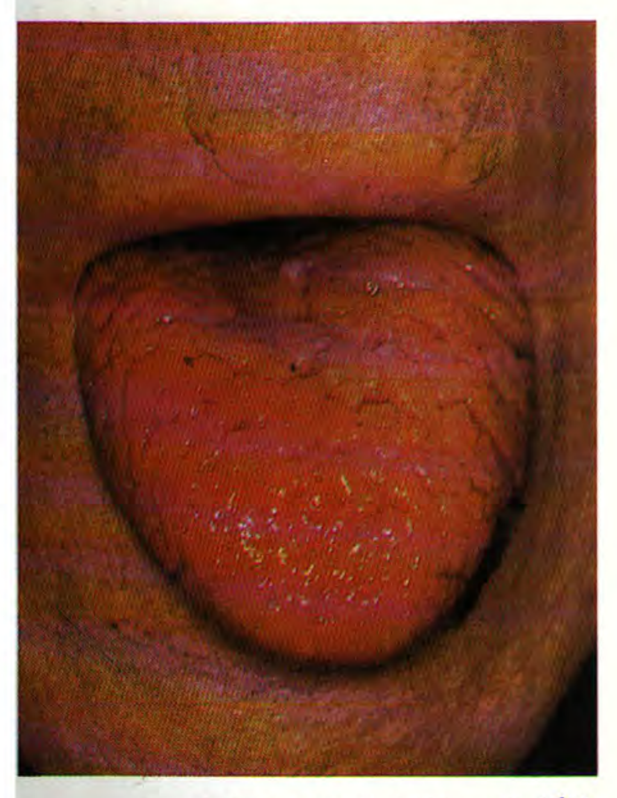
**الشكل 33 – 8** : التهاب شفة حبيبومي .



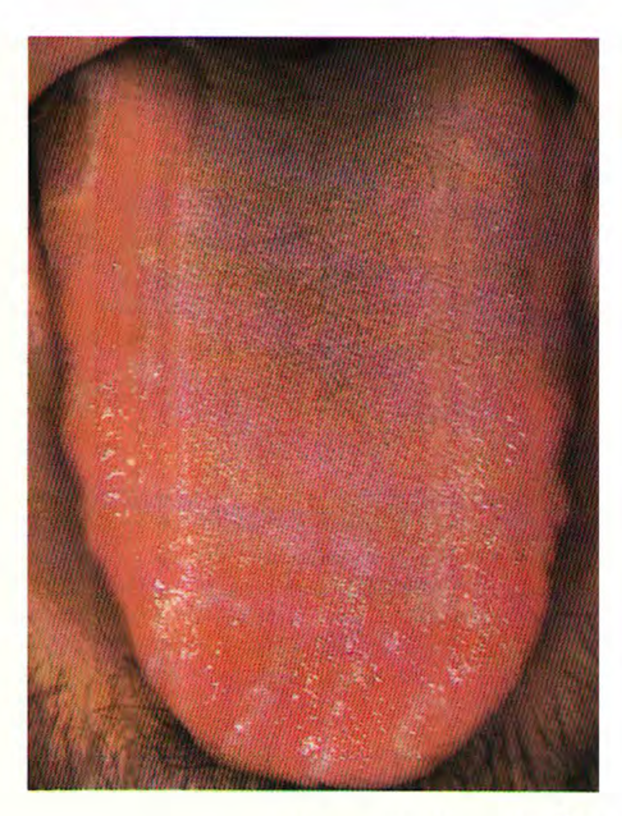
**الشكل 33 – 11** : لسان متشقق .



**الشكل 33 – 9** : التهاب شفة حبيبومي مع جدر حبيبومية ( أيسر ) وخزل عصب وجهي .



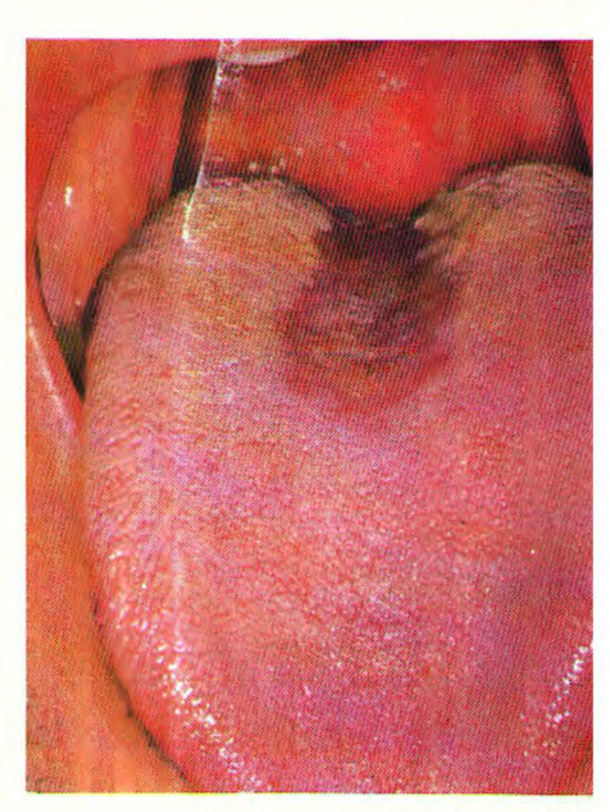
**الشكل 33 – 12** : لسان متشقق ( صفني ) .



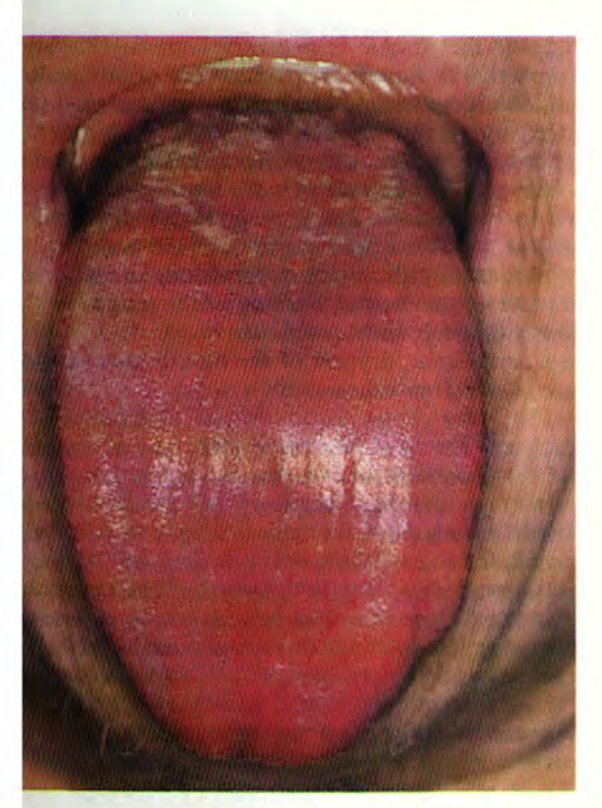
الشكل 33 – 13 : لسان جغرافي .



الشكل 33 – 15 : لسان مُشَعَّر .



الشكل 33 – 14 : التهاب اللسان المعيني الناصف .



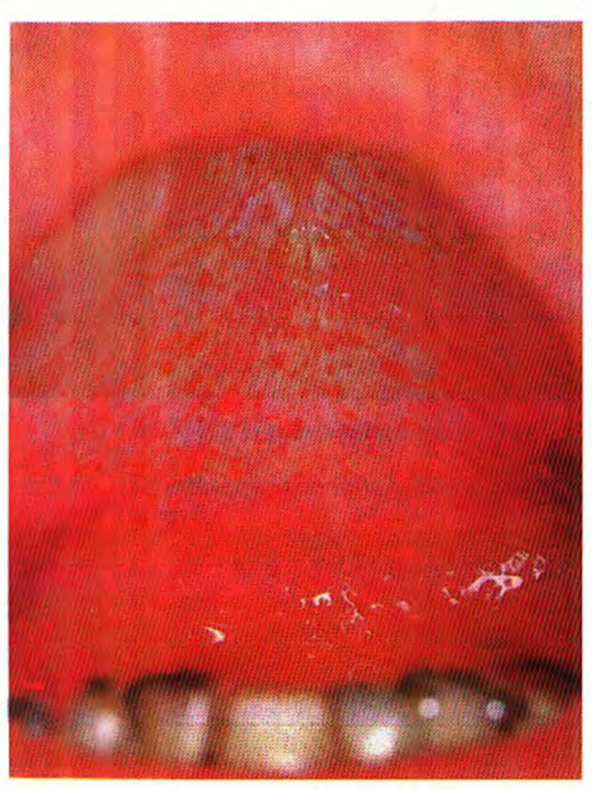
الشكل 33 – 16 : التهاب اللسان لموللر – هنتر .



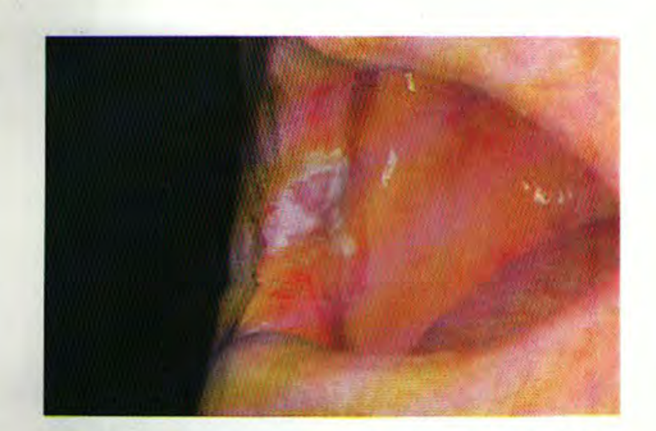
**الشكل 33 – 17** : التهاب لثة مفرط التنسج .



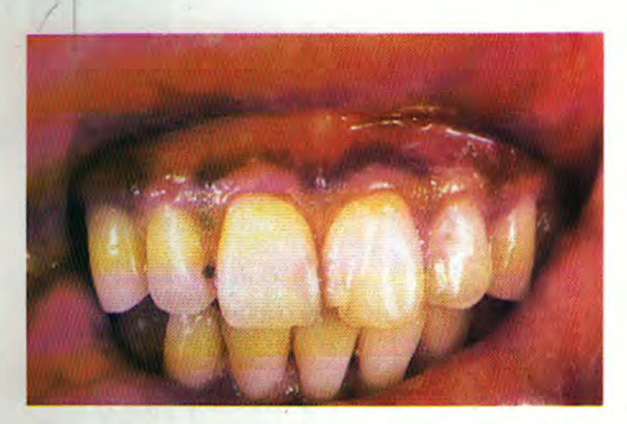
**الشكل 33 – 18** : التهاب لثة تآكلي هامشي .



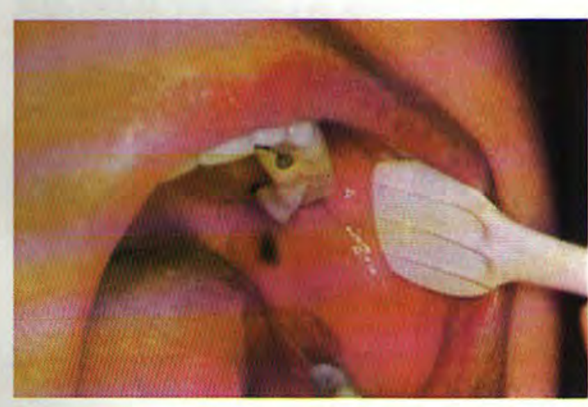
**الشكل 33 – 19** : تقران أبيض نيكوتيني حنكي .



**الشكل 33 – 20** : طلوان .



**الشكل 33 – 21** : فرط تصبغ المخاطية الفموية .

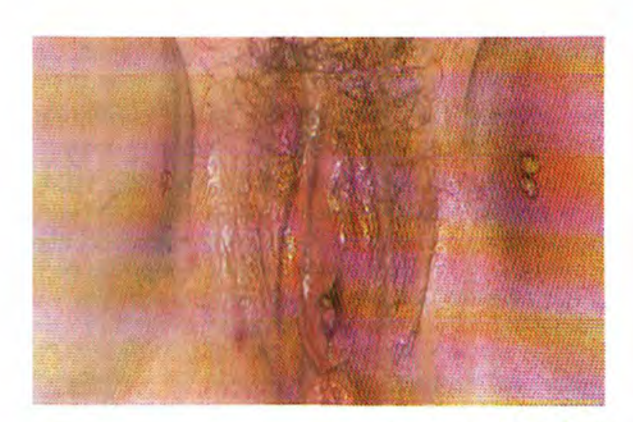


**الشكل 33 – 22** : وشم مُلْغَم Amalgam .





**الشكل 33 – 23** : قلاع راجع مزمن .



**الشكل 33 – 24** : داء بهجت .

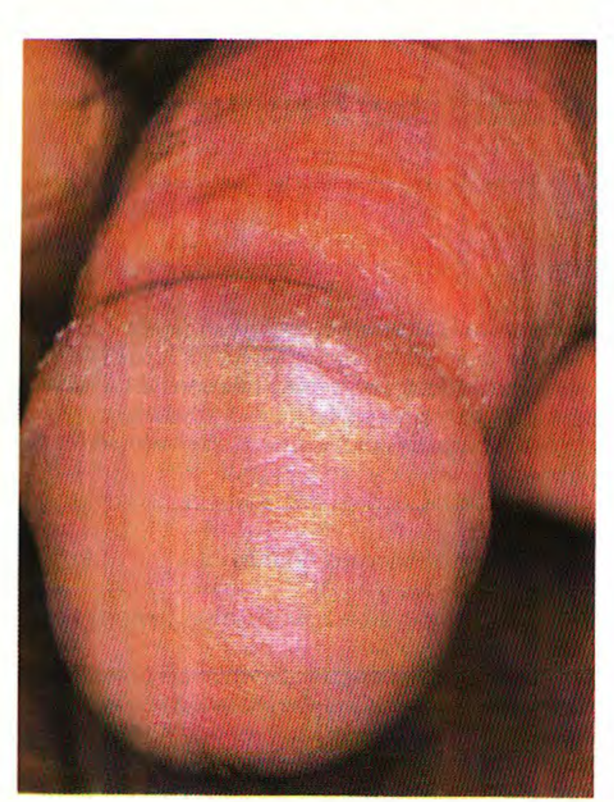


**الشكل 34 – 1** : غدد زهمية منتبذة .

**الشكل 34 – 3** : التهاب الأوعية اللمفية للثلم الإكليلاني .



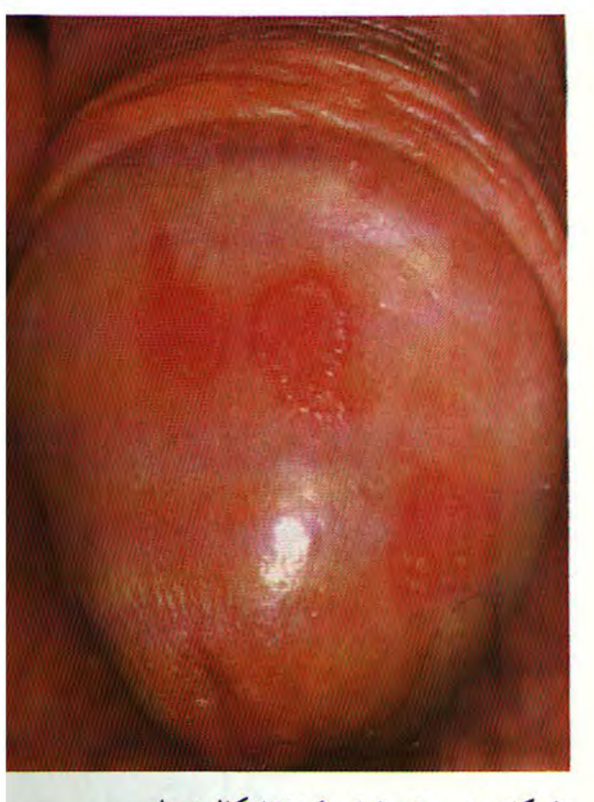
**الشكل 34 – 4** : التهاب الوريد للثلم الإكليلاني .



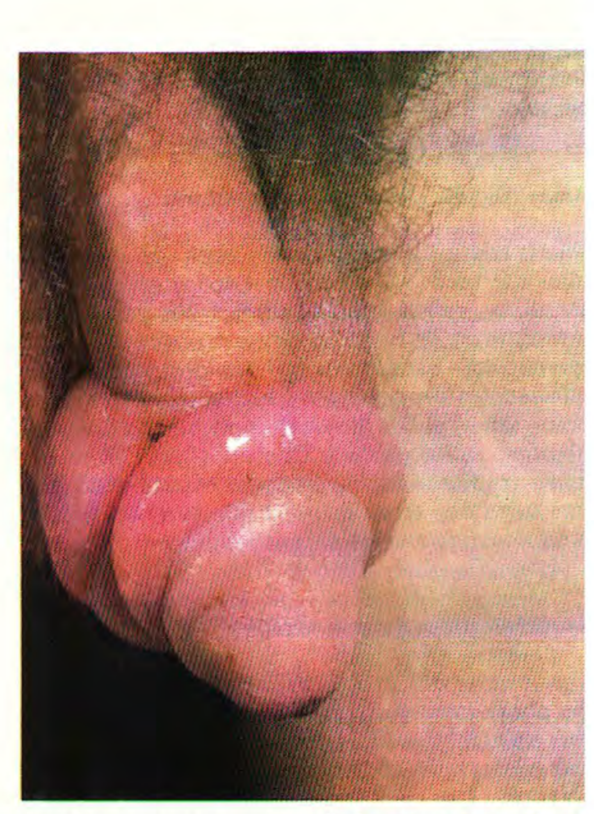
**الشكل 34 – 2** : حليمات إكليل الحشفة .



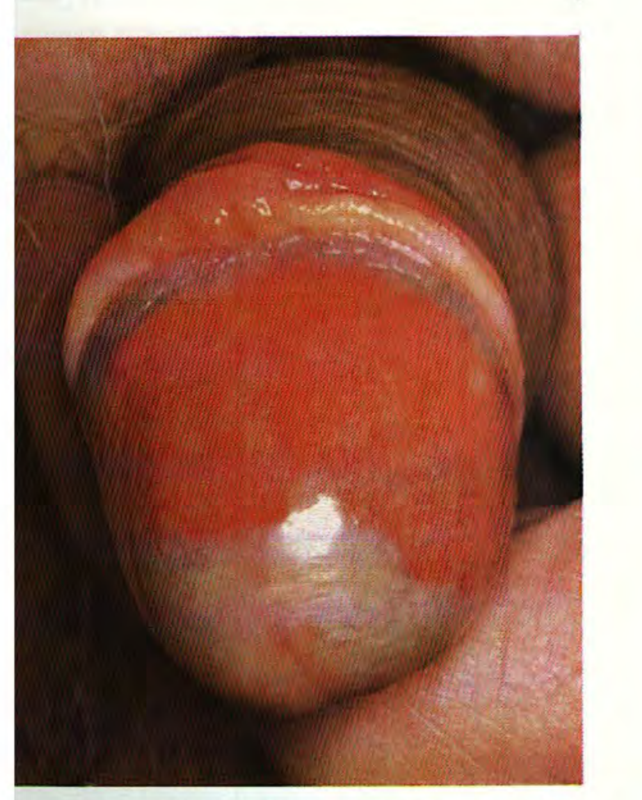
الشكل 34 – 5 : تضيّق القلفة .



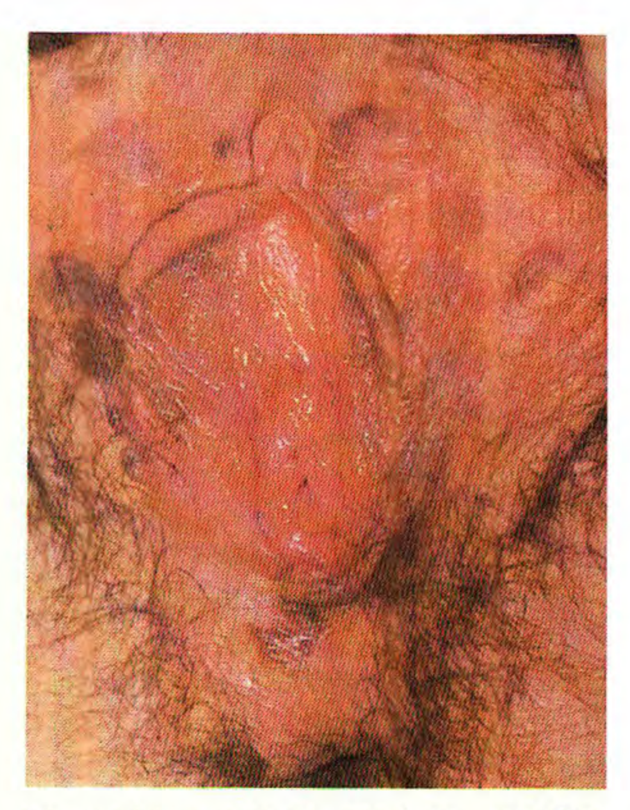
الشكل 34 – 7 : التهاب حَشفة إتّكالي متحلق .



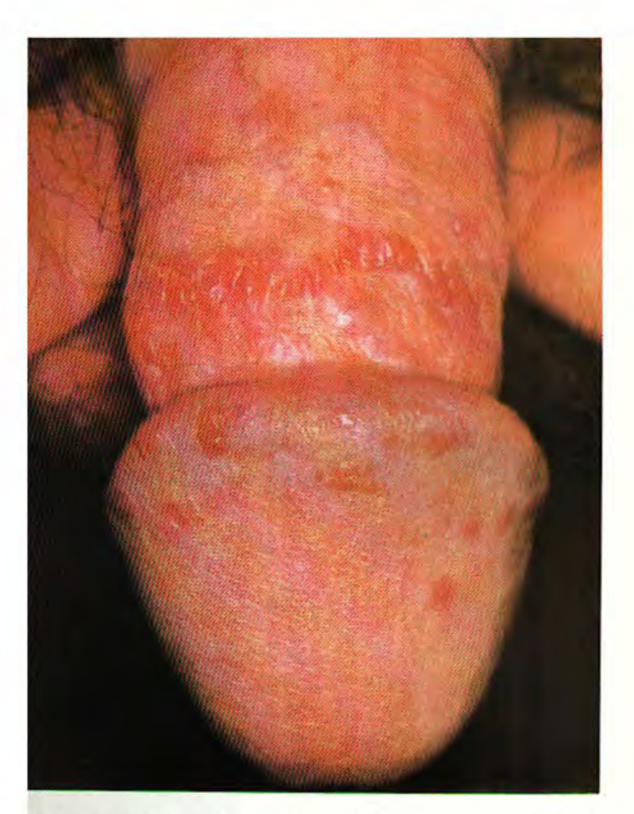
الشكل 34 – 6 : جُلاَع ( اختناق القلفة الخلفي Paraphimosis ) .



الشكل 34 – 8 : التهاب الحشفة والقلفة المزمن المحدد الحميد بالخلايا المصورية (Zoon) .



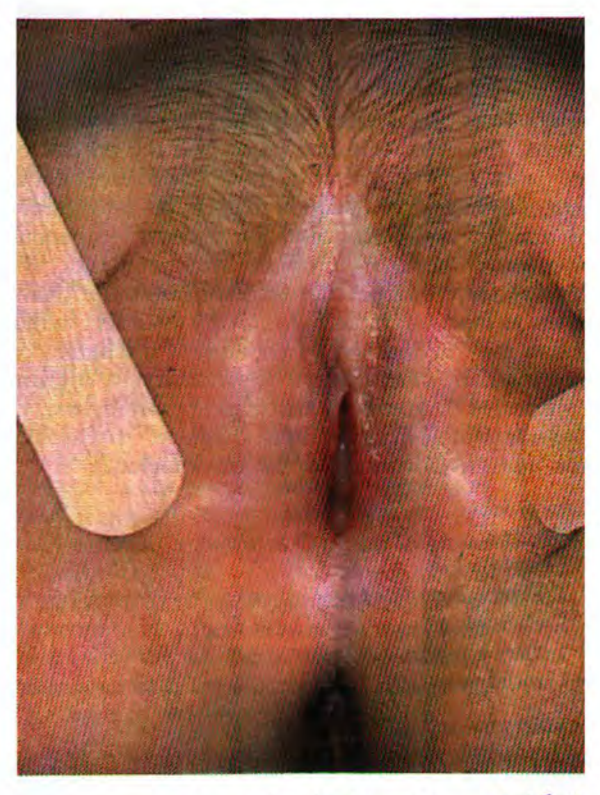
**الشكل 34 – 9** : حُطاط بوفناني تناسلي : حطاطات مصطبغة متعددة على الفرج .



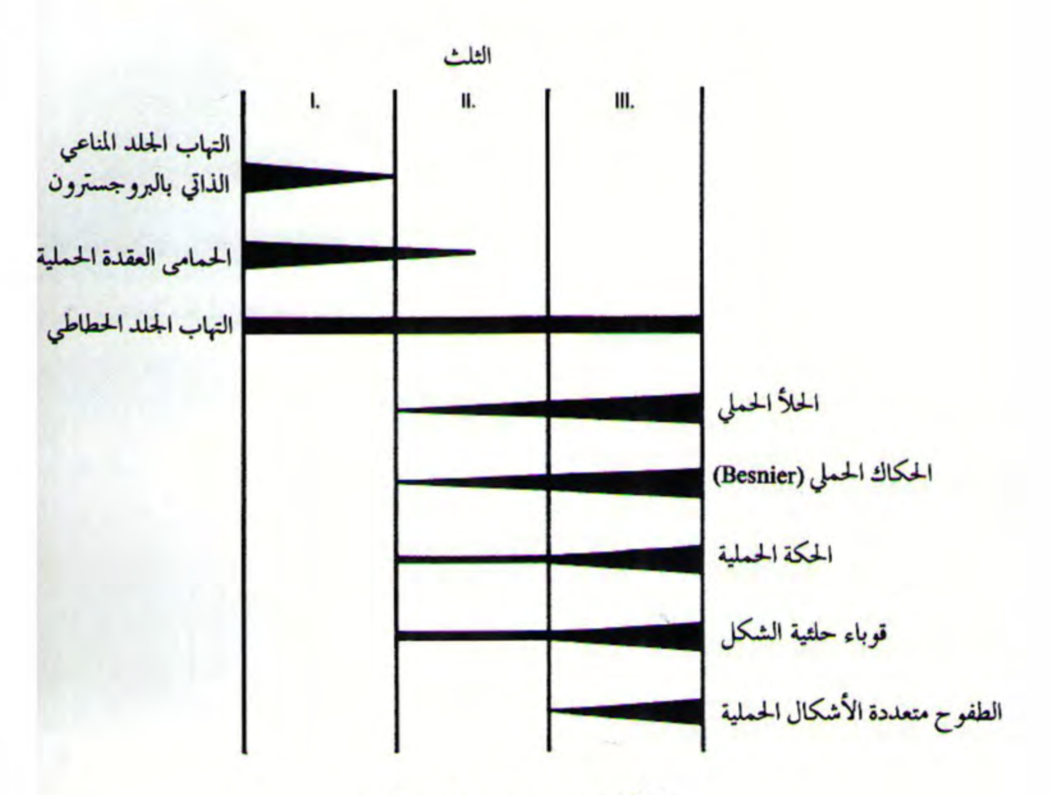
**الشكل 34 – 10** : حطاط بوفناني تناسلي : حطاطات بوفنانية متعددة على القضيب .



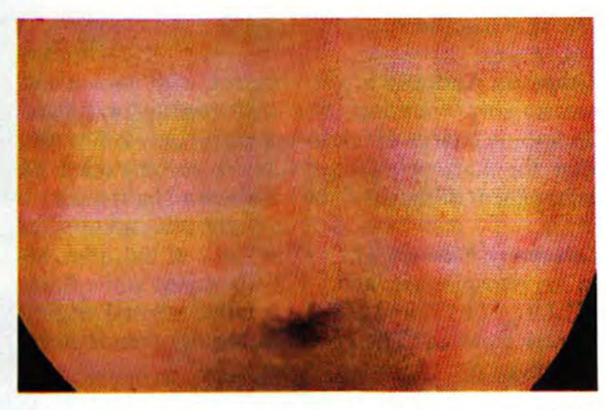
**الشكل 34 – 11** : نخر بالديكوالينيوم **Dequalinium** .



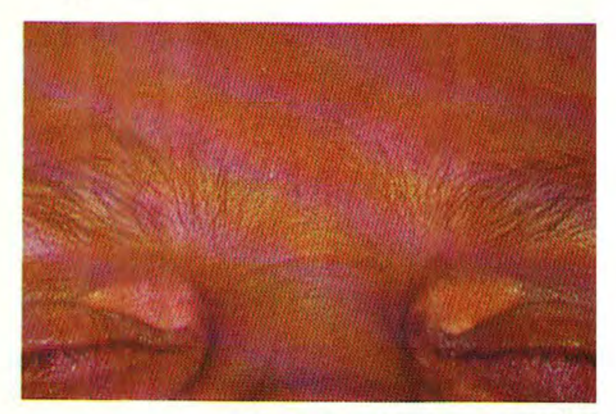
**الشكل 35 – 1** : حزاز تصلبي ضموري فرجي .



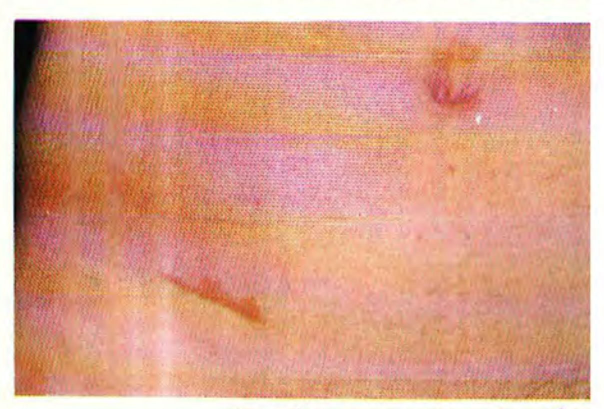

**الشكل 36 – 1** : جلادات الحمل



**الشكل 36 – 2** : الحطاطات واللويحات الشروية الحاكة الحملية .



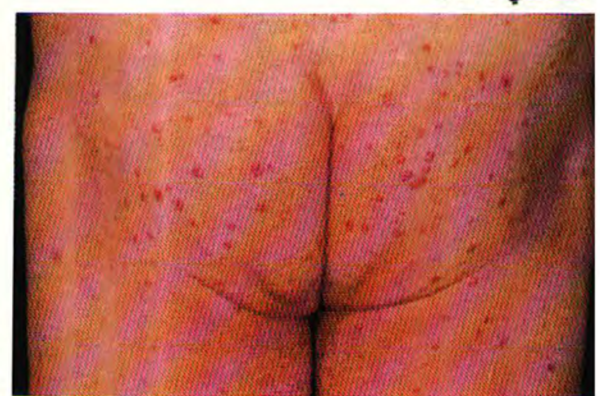
**الشكل 37 – 1** : لويحات صفراء جفنية .



**الشكل 37 – 2** : صفروم مسطح منتشر .



**الشكل 37 – 3** : صفروم حدبي في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » .





**الشكـل 37 – 4** : صـفـروم طفحي في فرط بروتينـات الدم الشحمية النمط الرابع .

**الشكل 37 – 5** : صفروم راحي مخطط في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثالث .



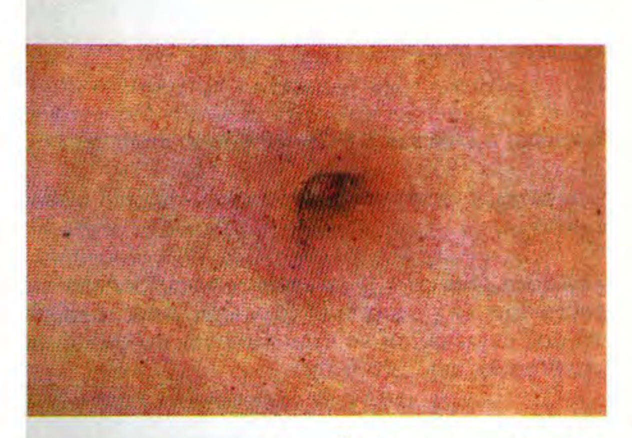
**الشكل 37 – 6** : صفروم وتري ومفصلي .



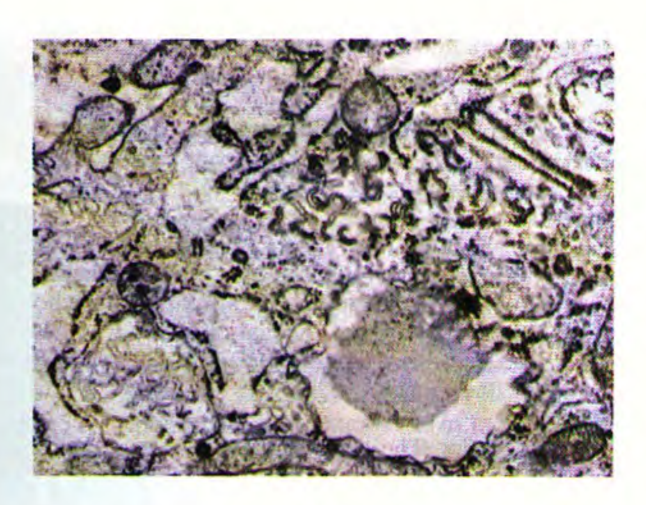
**الشكـل 37 – 7** : قوس شحمـانيـة قرنيـة ( شبـابيـة ) في فرط بروتينات الدم الشحمية النمط الثاني « آ » .



**الشكل 38 – 1** : تقران وعائي جسدي منتشر . ترسبات داخل خلوية ، وأشكال شبيهة بالنخاعين ( صورة مجهرية ألكترونية × 204600 ) .

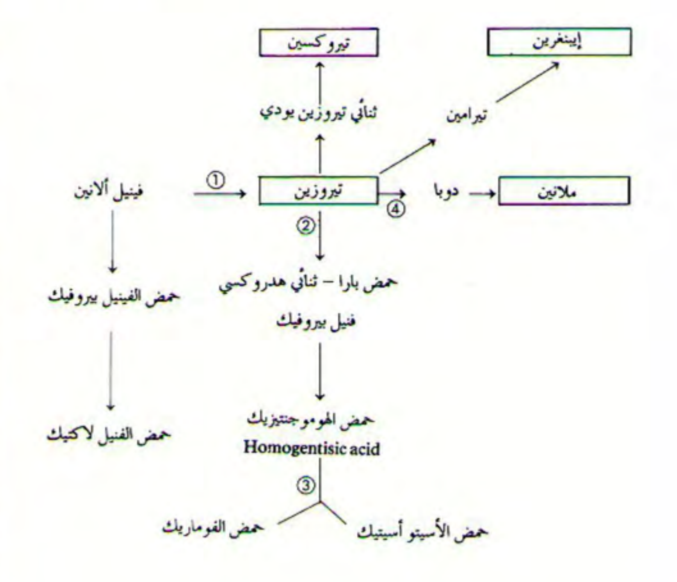


**الشكل 38 – 2** : تقران وعائي جسدي منتشر ، ناحية السرة .

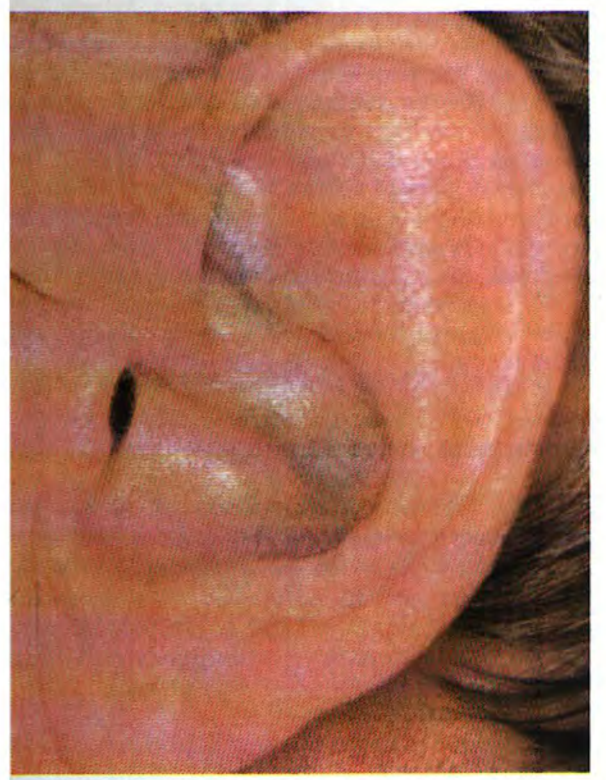


**الشكل 38 – 3** : أجسام فاربر Farber . اشتمالات دورية الشكل عديمة الغشاء ، ومغلفة بالغشاء في أرومة ليفية ( صورة مجهرية ألكترونية × 29700 ) .

# الفصل التاسع والثلاثون

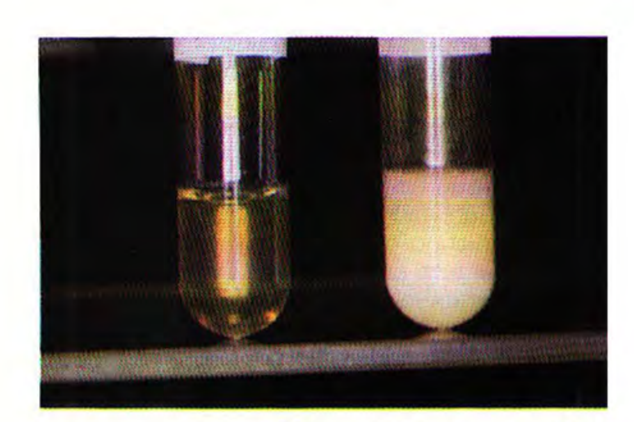



**الشكل 39 – 1** : اضطرابات مورثية في استقلاب الفينيل ألانين – تيروزين . إحصارات استقلابية ناتجة عن اضطرابات إنظيمية محددة وراثياً : 1 – بيلة الفينيل كيتون ؛ 2 – تُرَاز ( الداء التيروزيني Tyrosinosis ) ؛ 3 – بيلة ألْكَبْتُونية مغرانية ؛ 4 – مهق .



**الشكل 39 – 2** : مغرانية بيلة ألْكَبْتُونية .

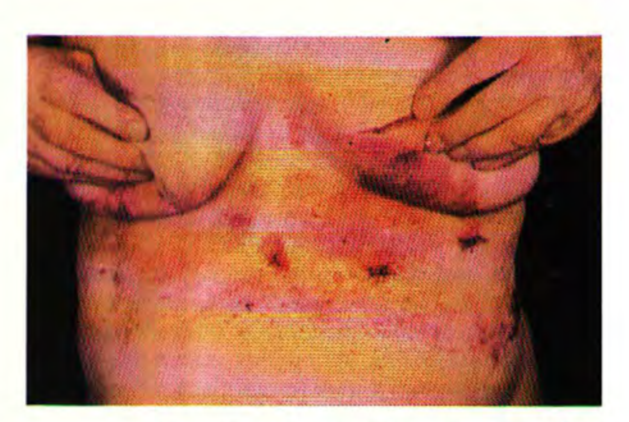
# الفصل الأربعون



**الشكل 40 – 1** : الغلوبلينات القرّيّة . على اليمين ، بعد الترسيب بالتبريد في المجمدة .



**الشكل 40 – 2** : غلوبلين قريّ في الدم .



**الشكل 41 – 1** : داء نشواني جلدي فقاعي نزفي .



**الشكل 41 – 2** : حزاز نشواني .



**الشكل 41 – 3** : داء نشواني جلدي بقعي .



**الشكل 42 – 1** : داء بروتيني شحماني ، حطاطات ثؤلولية على المفاصل السنعية السلامية والسلامية الدانية .



**شكل 42 – 2** : داء بروتيني شحماني ( اللسان والشفتان ) .



**الشكل 43 – 1** : وذمة مخاطية محددة على الربلة .



**الشكل 43 – 2** : داء موسيني حطاطي على الفخذ .



**الشكل 43 – 3** : وذمة مخاطية تصلبية .



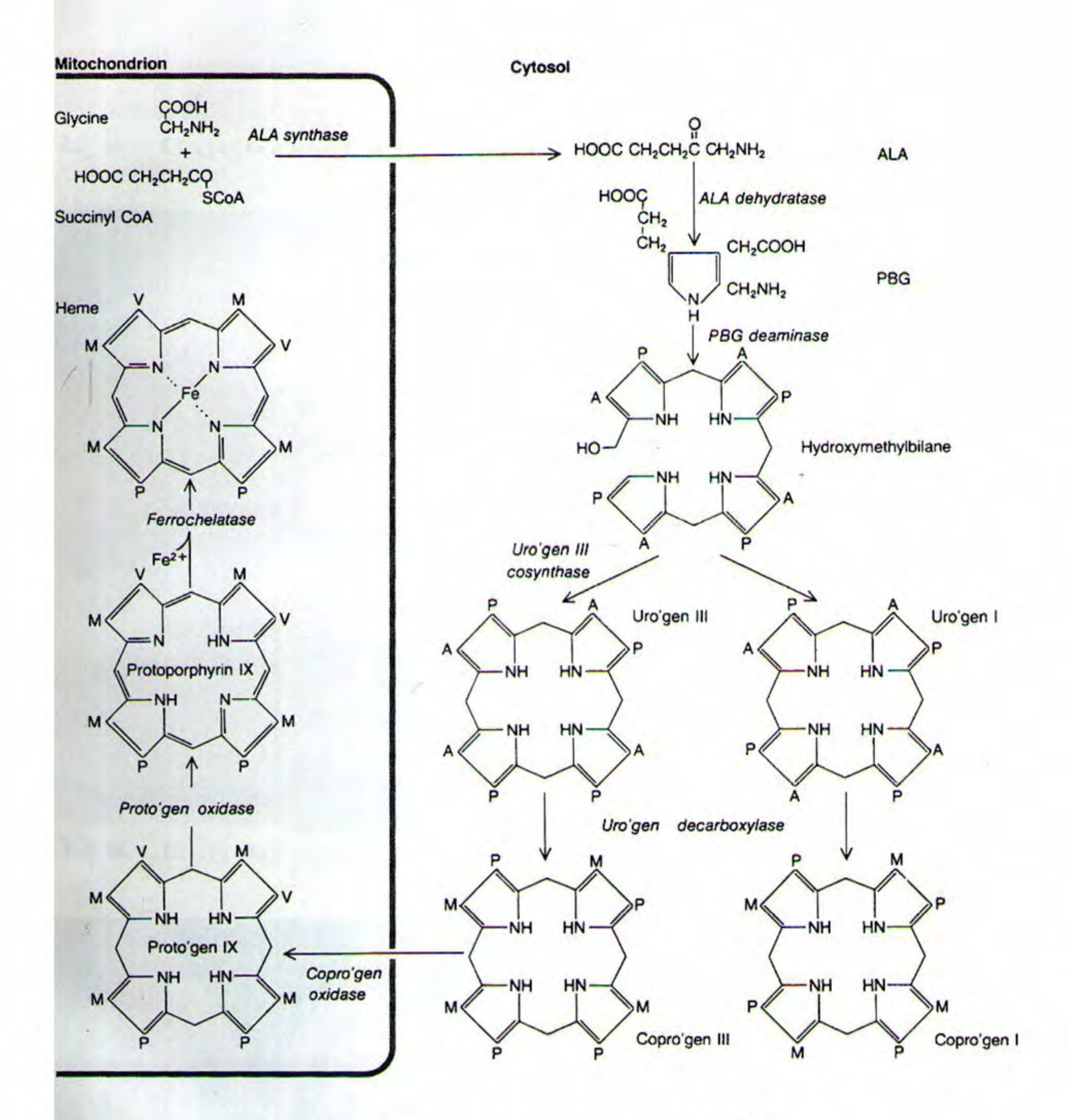
**الشكل 43 – 4** : داء موسيني شبكي حمامي .



**الشكل 43 – 5** : داء موسيني جريبي ، الشكل الغامض .

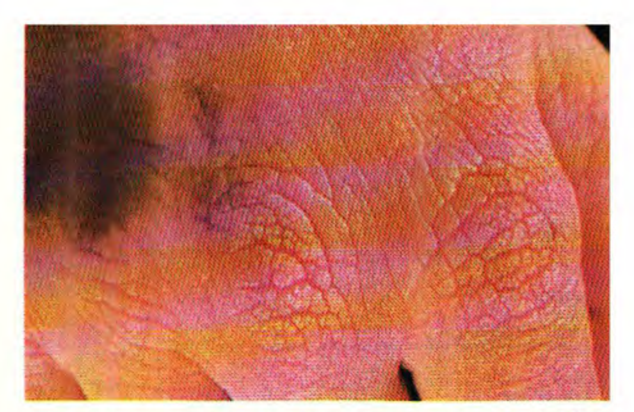


**لشكل 43 – 6** : داء موسيني جريبي ، الشكل العرضي في الفطار
فطراني .

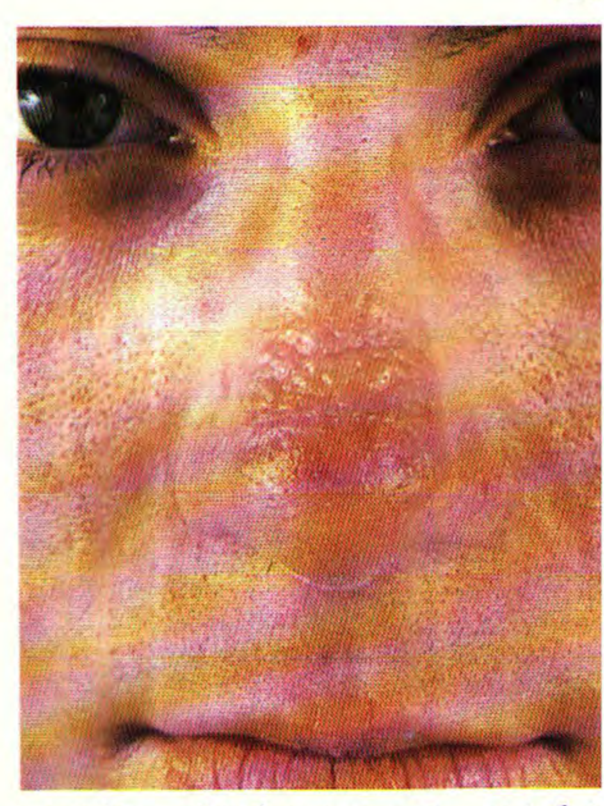



**الشكل 44 – 1** : مسلك التركيب الحيوي للهيم . التوزع تحت الخلوي للإنظيات والمتوسطات في تركيب الهيم .

**A, – CH2. COOH; M, – CH3; P, – CH2. CH2. COOH; V, – CH = CH2 (Kappas Etal, 1989).**



الشكـل 44 – 2 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر ، نمط التهاب جلد .



الشكـل 44 – 3 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر ، نمط التهاب جلد .



الشكـل 44 – 4 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر ، نمط وذمة وعائية .



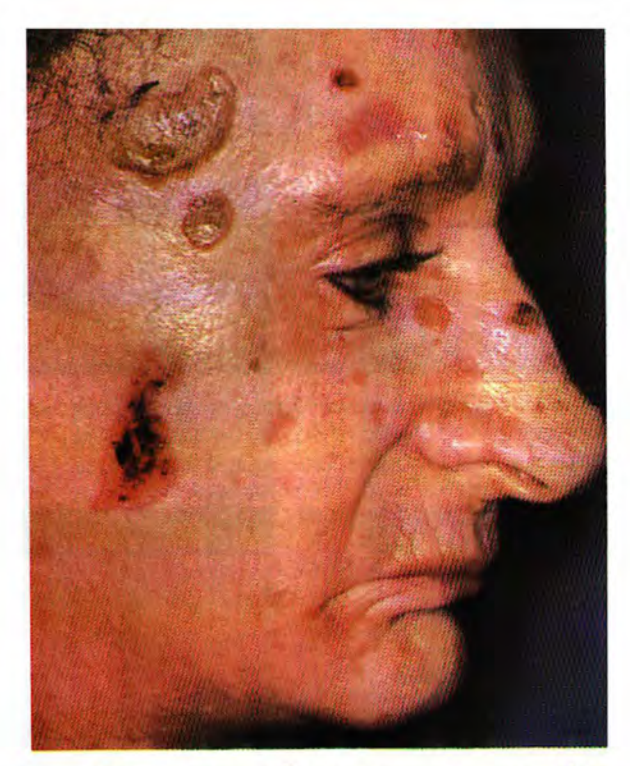
الشكل 44 – 5 : بروتوبرفيرية مكونة للحمر مع تنكس هَيَاليني جلدي محدث بالضوء .



الشكل 44 – 6 : برفيرية جلدية آجلة مُحَرَّضة بمانعات الحمل الفموية .



الشكل 44 – 7 : برفيرية جلدية آجلة .



**الشكل 44 – 8** : برفيرية جلدية آجلة ، تصلب جلد كاذب مع تقرح .

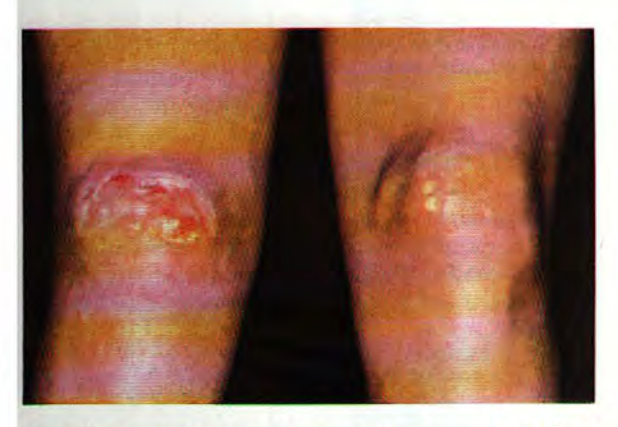


**الشـكـل 44 – 9** : برفـيريـة جلدية آجلة مع أعراض تآكليـة ، وارتشاحات التهابية ، ودخينات عقب فقاعية .

## الفصل الخامس والأربعون

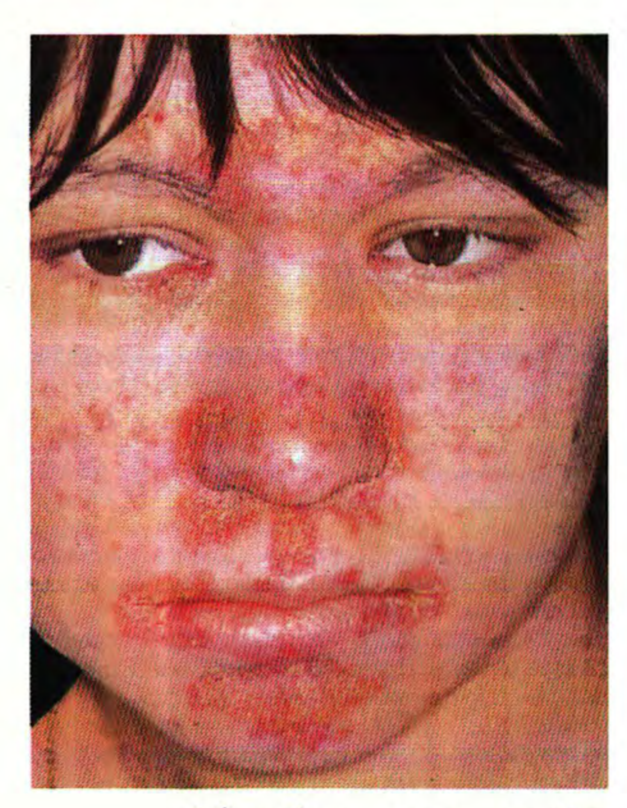


**الشكل 45 – 1** : كلاس استقلابي موضع .



**الشكــل 45 – 2** : كلاس استقـلابي موضع في تصـلب جلد مجمـوعي مـترقٍ : متـلازمة ثيـبرج ويسـنبـاخ – Thibierge . Weissenbach

## الفصل السادس والأربعون



**الشكل 46 – 1** : التهاب جلد الأطراف المُعَاني .



**الشكل 46 – 2** : التهاب جلد الأطراف المُعَاني .

# الفصل السابع والأربعون



تدرك الحموض النووية

زَنْتِين ← → غوانين

هَيْبوزَنْتِين

أكسيداز الزنتين $+O_2$

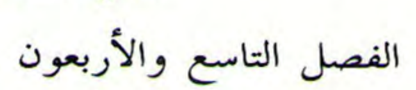
زَنْتِين

أكسيداز الزنتين $+O_2$

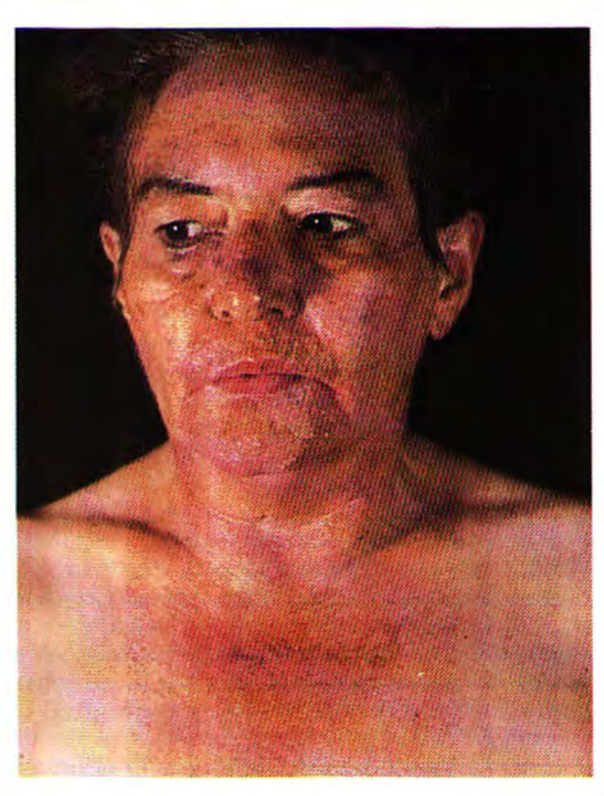
حمض بول

**الشكل 47 – 1** : استقلاب الحموض النووية إلى حمض بول .

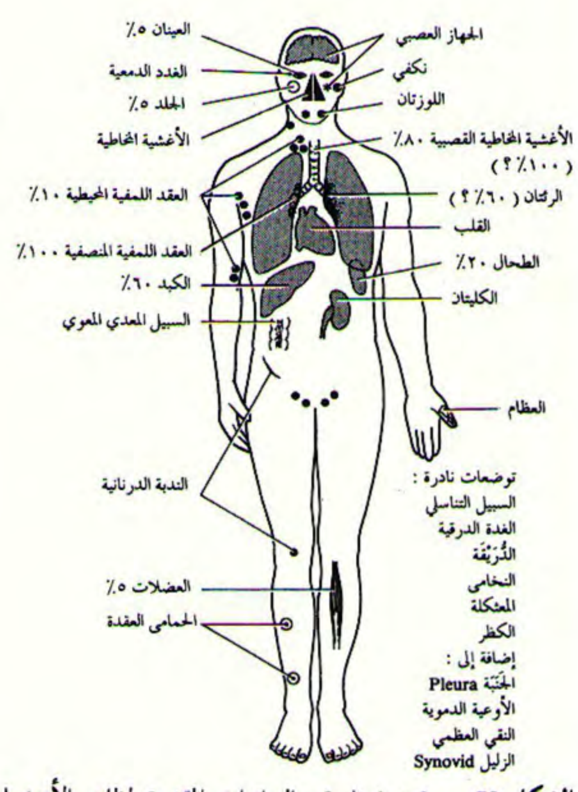
**الشكل 47 – 2** : تُوَف النقرس Gout Tophi .



# الفصل التاسع والأربعون



**الشكل 49 – 1** : التهاب جلد بِلَّغْري .



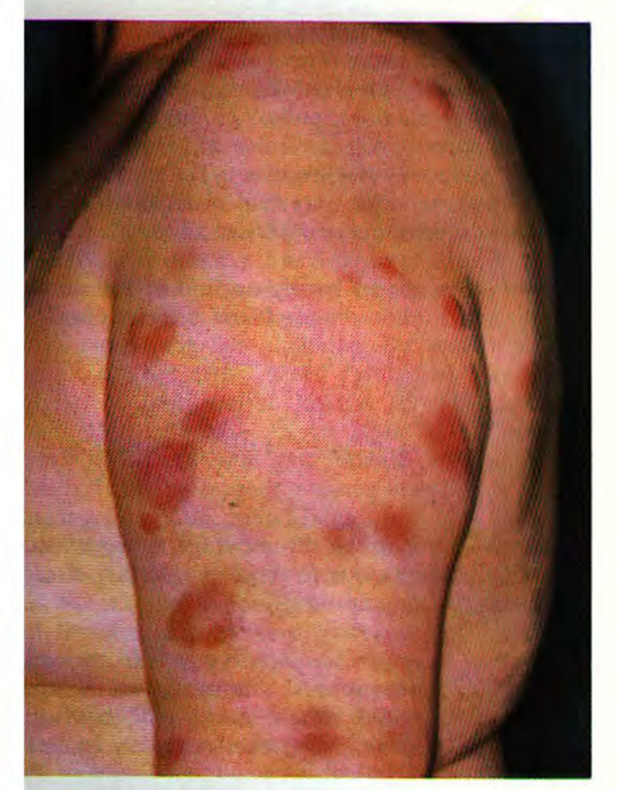

**الشكل 50 – 1** : غرناوية ، التواترات المقدرة لمظاهر الأعضاء الممكنة .



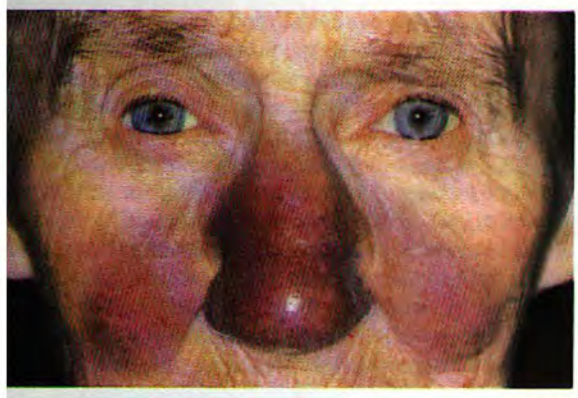
**الشكل 50 – 2** : غرناوية : نمط عقيدي صغير منتثر .



**الشكل 50 – 3** : غرناوية : نمط متحلق Circinate .

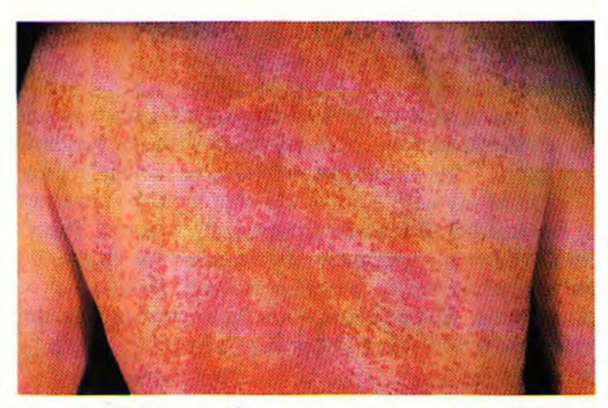


**الشكل 50 – 4** : غرناوية : نمط عقيدي كبير .



**الشكل 50 – 5** : غرناوية : ذأب شرثي .

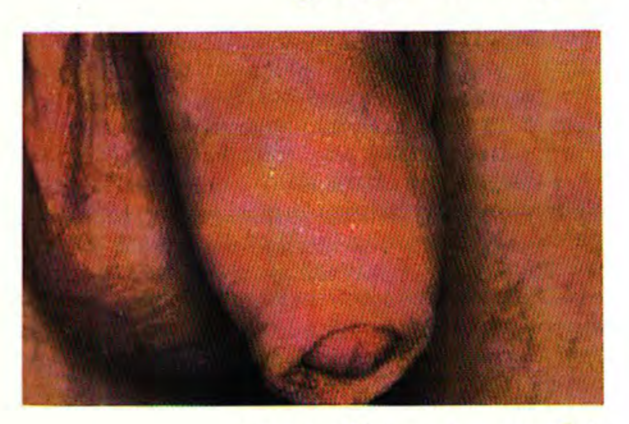




الشكل 50 – 6 : حبيبوم حلقي ( في الأسفل : النمط المنتثر ) .



الشكل 50 – 7 : حبيبوم وجهي .



الشكل 50 – 8 : حزاز لامع ( دقيق ) .



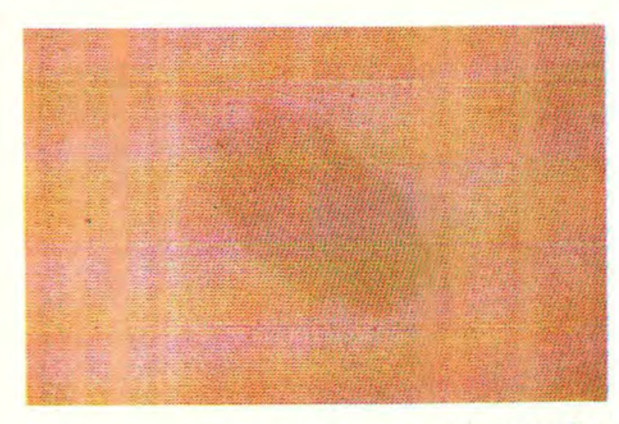
الشكل 50 – 9 : بلى فيزيولوجي شحماني .



الشكل 50 – 10 : عقيدات رثيانية .



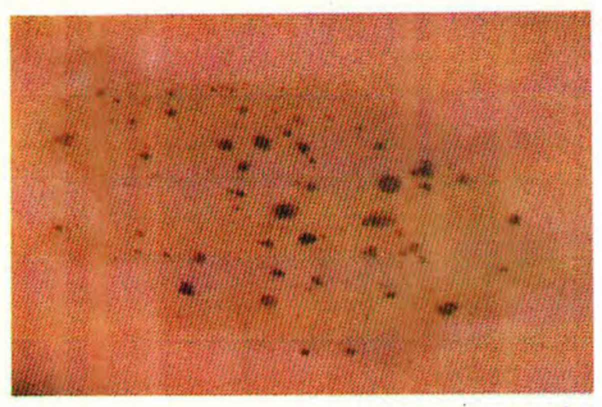
الشكل 50 – 11 : حبيبوم ألوي طفلي .



**الشكل 52 – 1** : بقعة قهوة بحليب .



**الشكل 52 – 2** : ملان وحمي الشكل .



**لشكل 52 – 3** : وحمة بقعية .



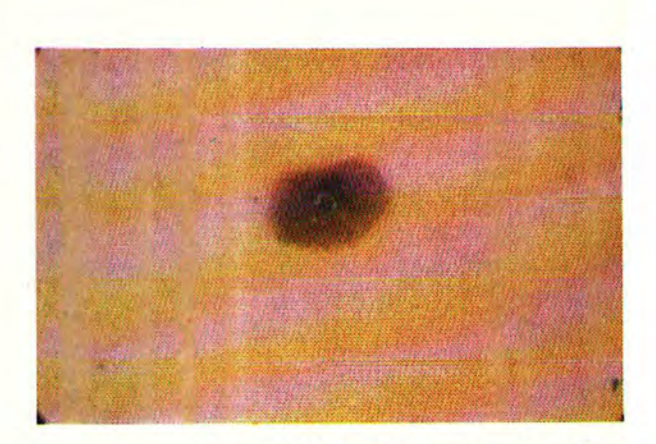
**الشكل 52 – 4** : داء الشامات .



**الشكل 52 – 5** : بقعة منغولية .



**الشكل 52 – 6** : وحمة زرقاء .



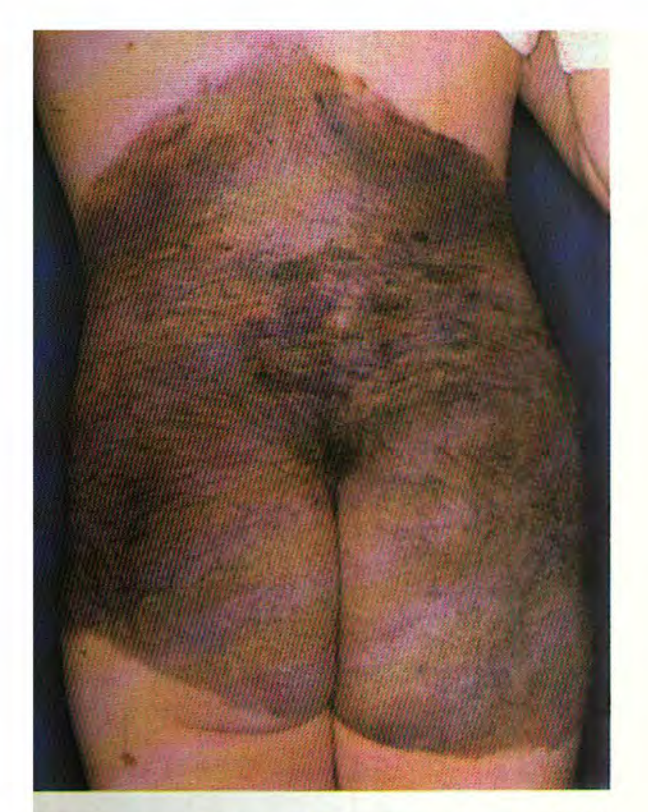
**الشكل 52 — 7** : وحمة وحمية الخلايا مصطبغة .



**الشكل 52 — 8** : وحمة وحمية الخلايا مصطبغة وحليمومية ، نمط ولادي .



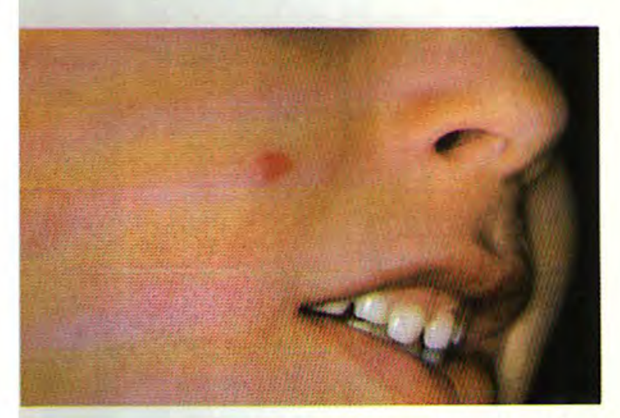
**الشكل 52 — 9** : وحمة وحمية الخلايا مصطبغة ومشعرة ، نمط ولادي .



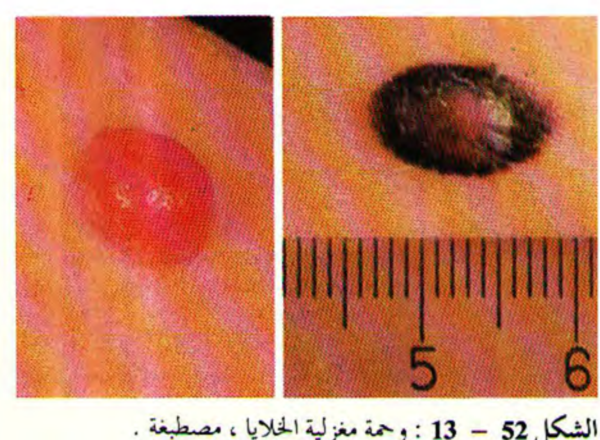
**الشكل 52 — 10** : وحمة وحمية الخلايا مصطبغة ومشعرة ، وحمة مصطبغة عملاقة ، نمط ولادي .



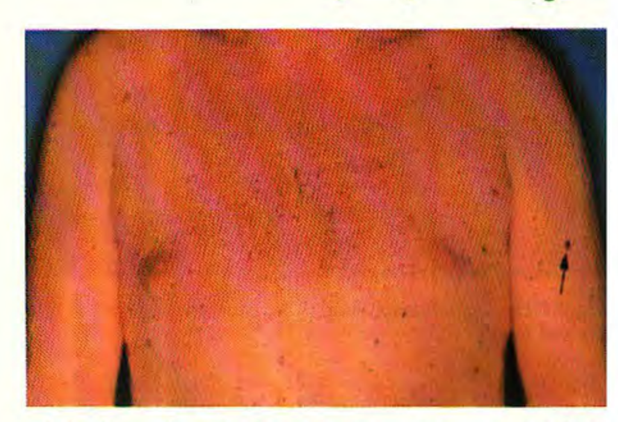
**الشكل 52 — 11** : ملان جلدي عصبي .



**الشكل 52 — 12** : وحمة مغزلية الخلايا .




**الشكل 52 – 13** : وحمة مغزلية الخلايا ، مصطبغة .



**الشكـل 52 – 14** : متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية . وحمات مختلة التنسج متعددة وملانوم خبيث على الطرف العلوي الأيسر ( السهم ) .



**لشكل 52 – 15** : وحمة بشروية حليمومية طرية مجموعية وحيدة لجانب .



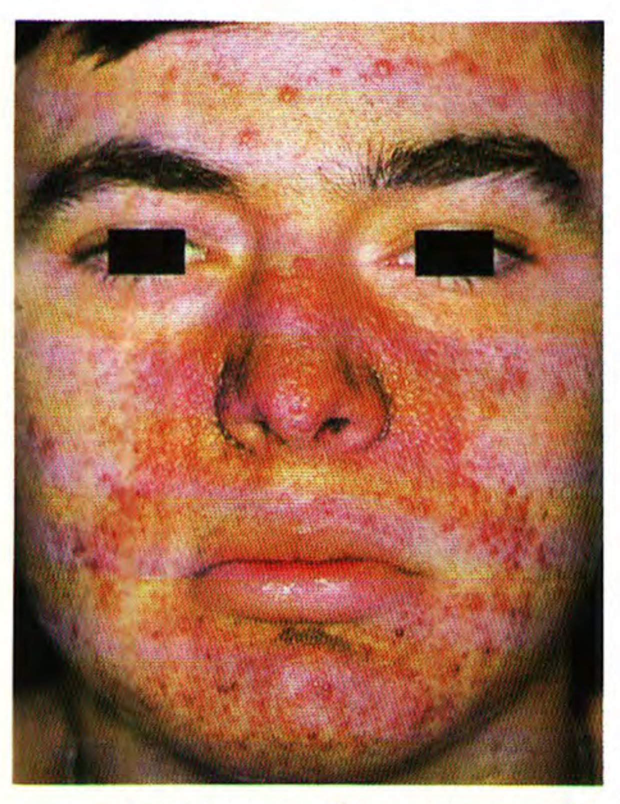
**الشكل 52 – 16** : وحمة ثؤلولية .



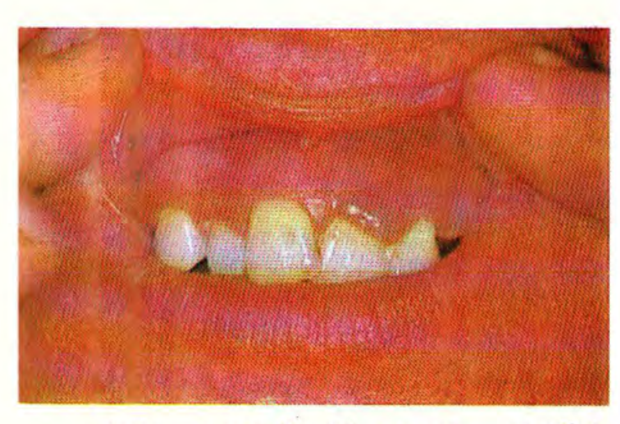
**الشكل 52 – 17** : وحمة زهمية .



**الشكل 52 – 18** : فرط تنسج غدد زهمية محدد .



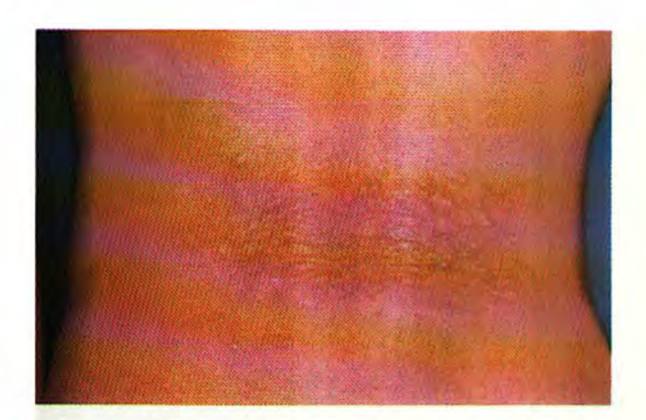
الشكل 52 – 19 : داء برينكل Pringle ، غدوم زهمي .



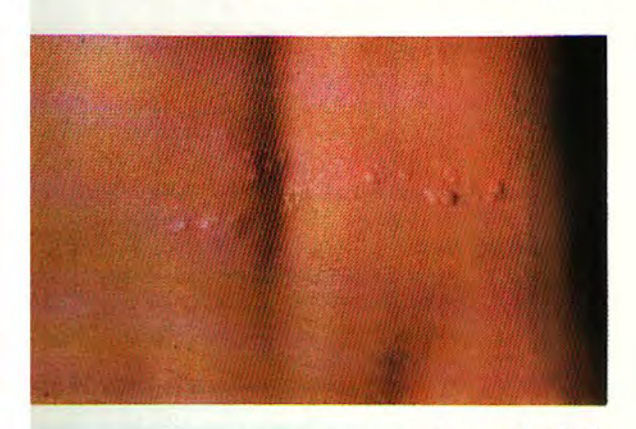
الشكل 52 – 20 : داء برينكل ، تكاثرات ليفومية في اللثة .



الشكل 52 – 21 : داء برينكل ، أورام كونين Koenen .



الشكل 52 – 22 : وحمة النسيج الضام في داء برينكل .



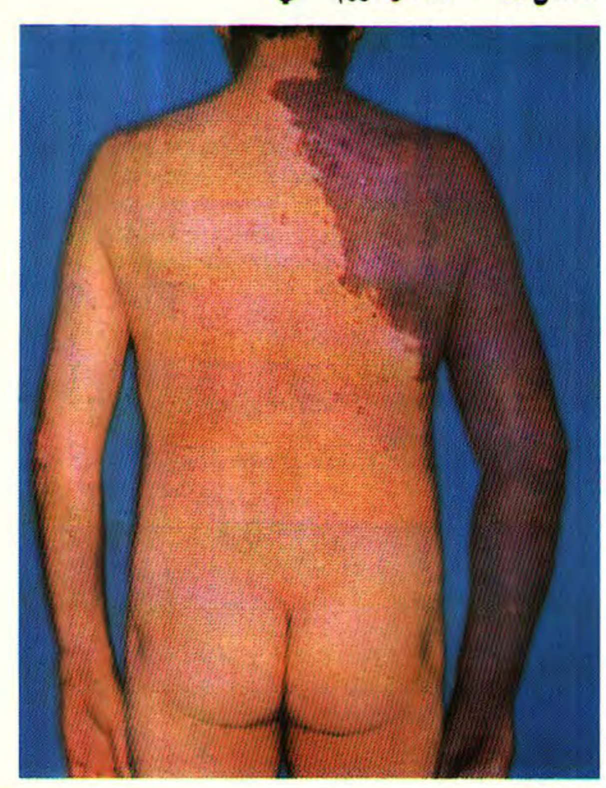
الشكل 52 – 23 : وحمة شحمومية .



الشكل 52 – 24 : وحمة شعلية



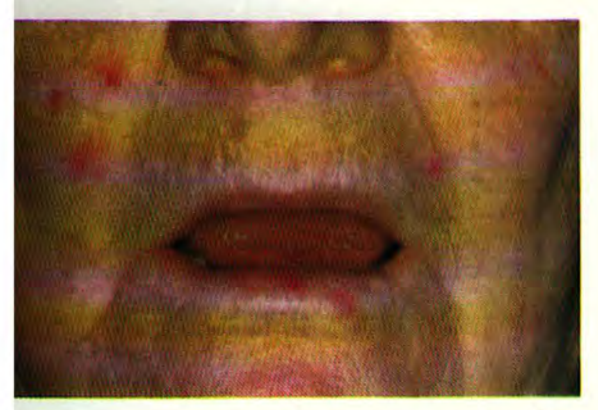
**الشكل 52 – 25** : وعاؤوم ساعي .



**الشكل 52 – 26** : متلازمة كليبل – ترنوني – ويبر – Klippel – Trenaunay – Weber .



**الشكل 52 – 27** : وحمات عنكبوتية .



**الشكل 52 – 28** : وحمات عنكبوتية .



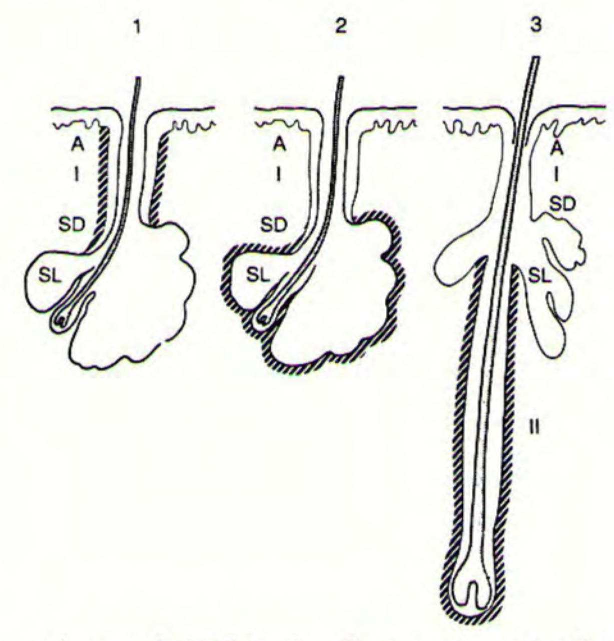
**الشكل 52 – 29** : توسع الشعيرات الوراثي النزفي .



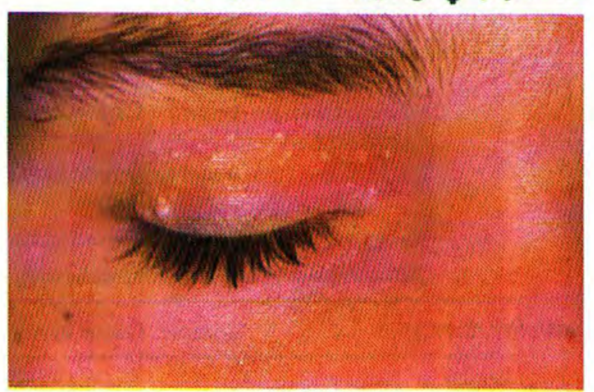
**الشكل 52 – 30** : توسع الشعيرات الوراثي النزفي .



**الشكل 52 – 31** : وحمة فقرمية .




**شكـل 53 – 1** : إمراض كيسـات مختلفة ناشئة من جريبات
همية ( ١ و ٢ ) وجريبات أشعار نهائية ( ٣ ) ( المناطق المخططة ) .
، كيسة بشروية من ظهارة قمعية ؛ ٢ ، كُيَاس زهمي متعدد من
صيصات غدة زهمية وقنوات زهمية ؛ ٣ ، كيسة الغمد الخارجي
شعرة من غمد الشعرة الخارجي . A ، طرف القمع ؛ I ، تحت
قمع ؛ SD ، قناة زهمية ؛ SL ، فصيص غدة زهمية ؛ II ، جزء
ت غدي زهمي من جريب ، غمد جذر شعرة .



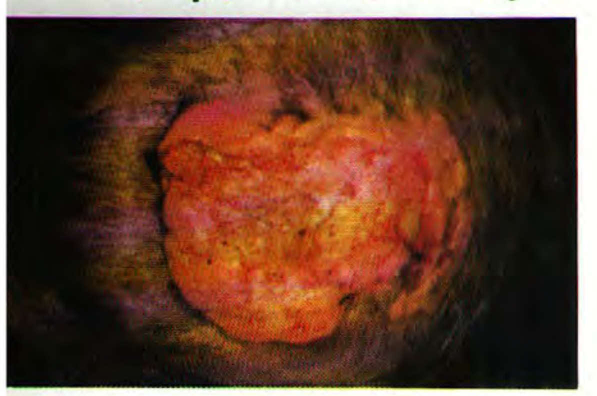
**الشكل 53 – 2** : دُخَيْنات طفحية .



**الشكل 53 – 3** : كيسات بشروية صفنية .



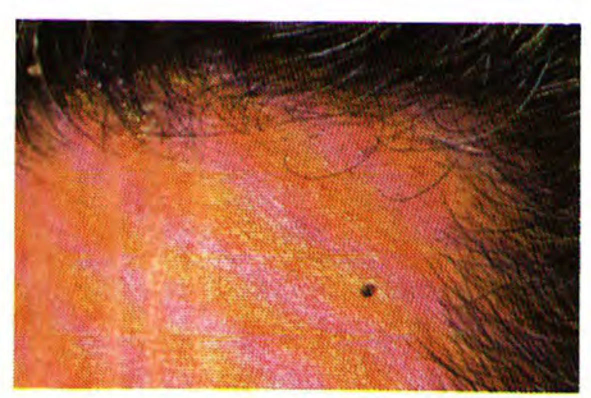
**الشكل 53 – 4** : كيسات الغمد الخارجي للشعرة .



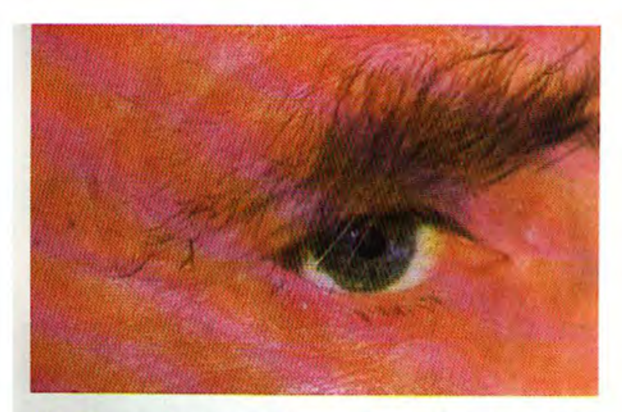
**الشكل 53 – 5** : كيسات الغمد الخارجي للشعرة التكاثرية عل
الفروة .



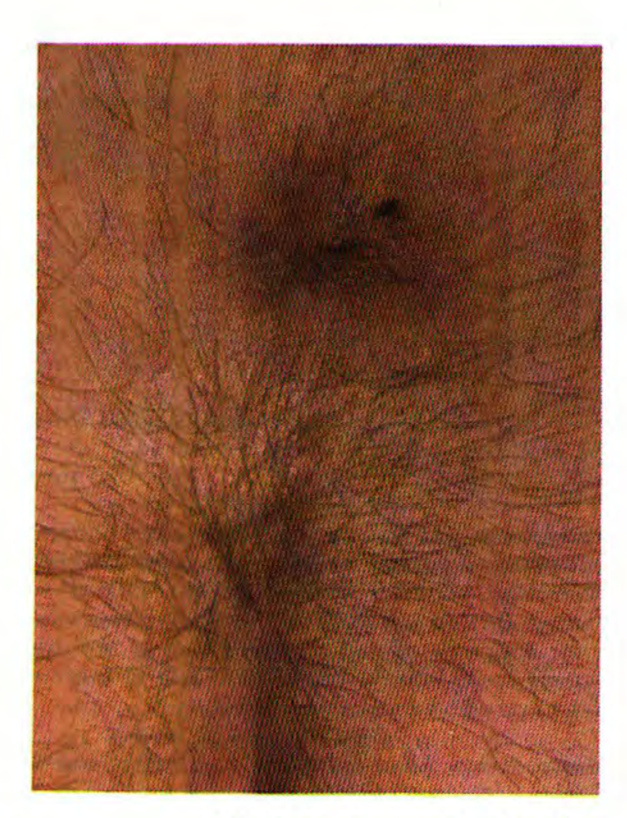
**الشكل 53 – 6** : كياس زهمي متعدد .



الشكل 53 – 7 : مَسَمّ متوسع .



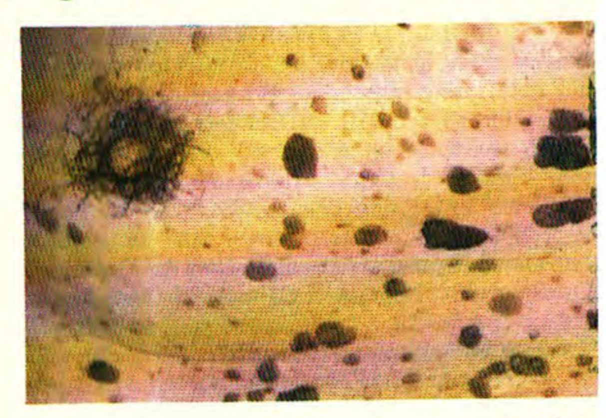
الشكل 53 – 9 : ورم كيسي ( كيسوم ) عرقي ناتح على الجفن السفلي .



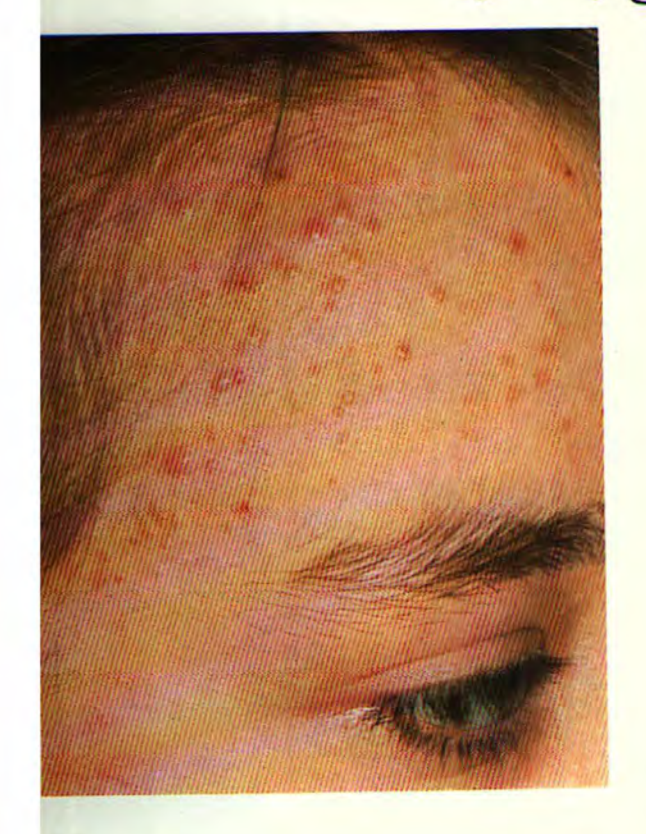
الشكل 53 – 8 : جيب مشعر Pilonidal .



الشكل 53 – 10 : كيسة مخاطانية على ظهر الإصبع .

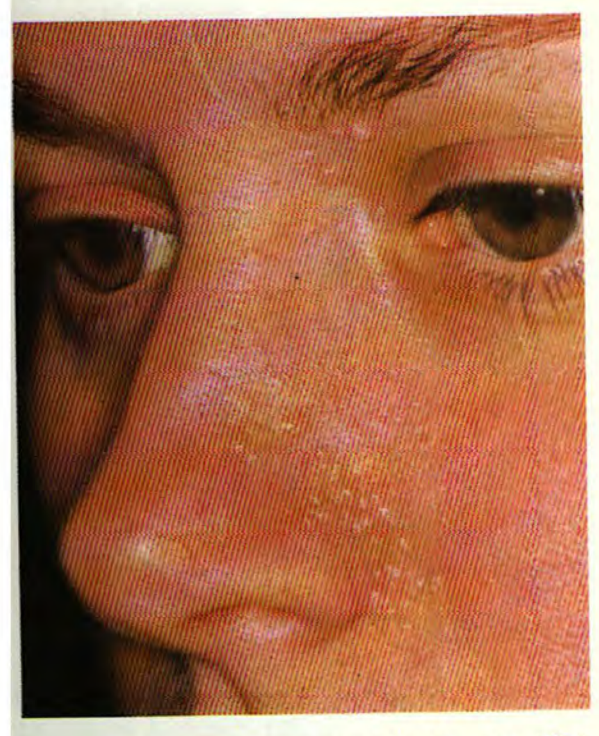


**الشكل 54 – 1** : تقرانات مثية .



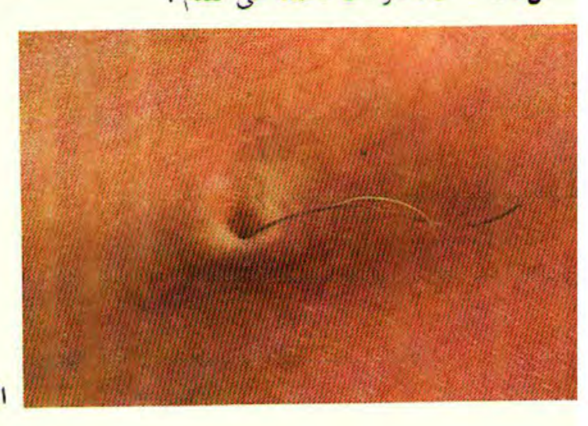


**الشكل 54 – 2** : شوكوم ملاني .

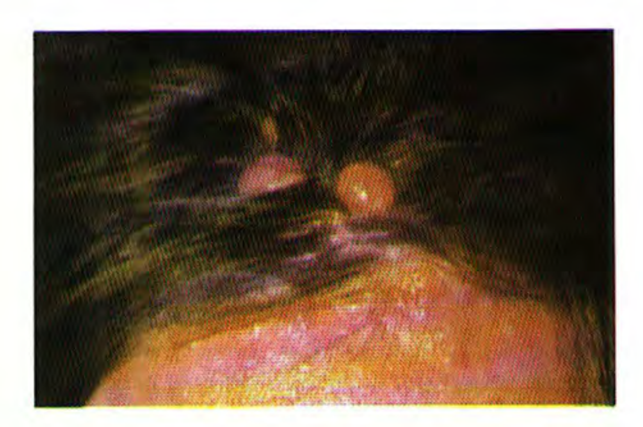


**الشكل 54 – 3** : تقرانات لاصقة على القدم .

**الشكل 54 – 5** : ظهاروم شعري .



**الشكل 54 – 4** : جريبوم شعري .

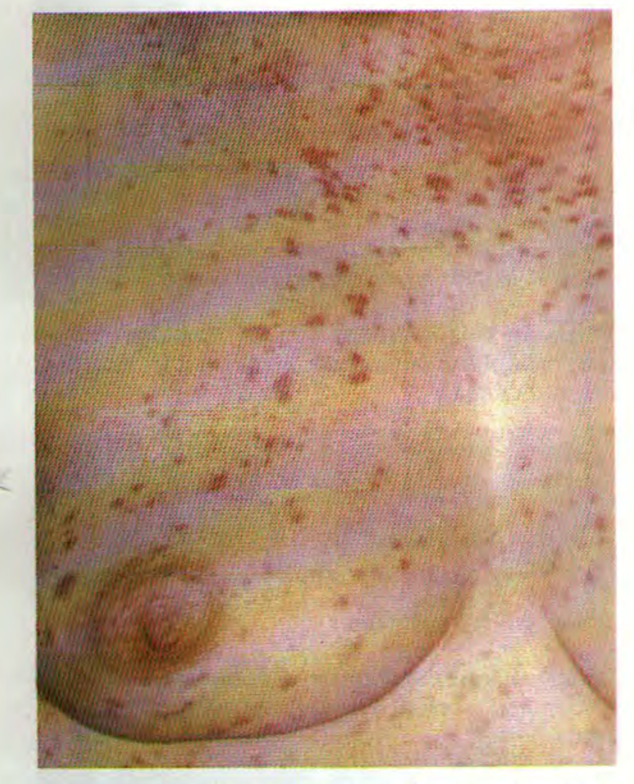




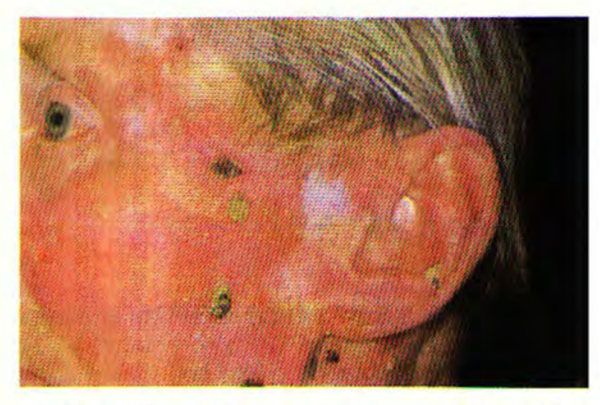
**الشكل 54 – 6** : أورام أم الشعرة .



**الشكل 54 – 7** : غدوم عرقي .



**الشكل 54 – 8** : الأورام الغدية العرقية المنتثرة .



**الشكل 55 – 1** : تقرانات سافعة على جلد مُعَرض للشمس بشكل مزمن لدى زوجة مزارع .



**الشكل 55 – 2** : تقرانات سافعة مع تحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .



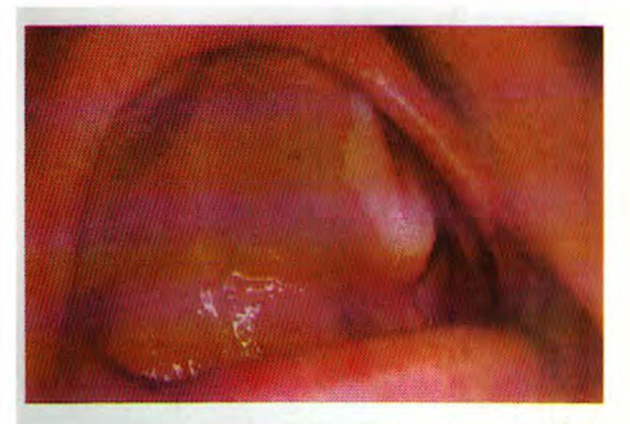
**الشكل 55 – 3** : تقرانات إشعاع لدى جراح .



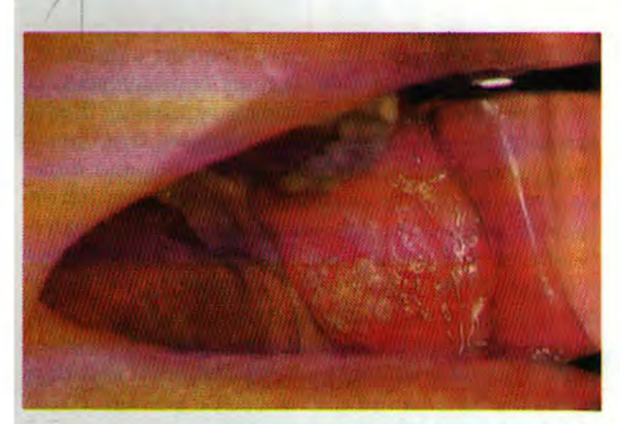
**الشكل 55 – 4** : قرن جلدي .



**الشكل 55 – 5** : داء بوفن .



الشكل 55 – 8 : طلوان بسيط .



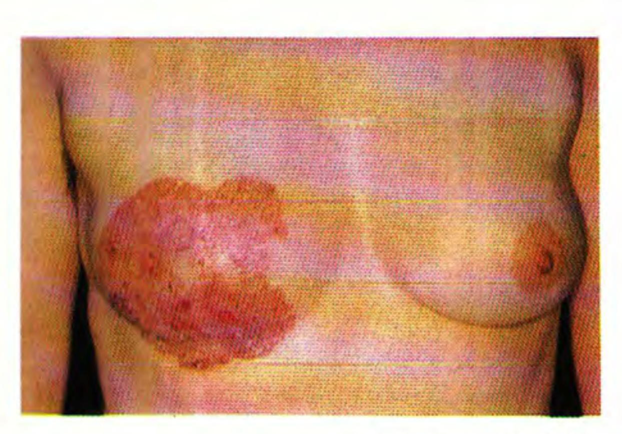
الشكل 55 – 9 : طلوان ثؤلولي مع تحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .



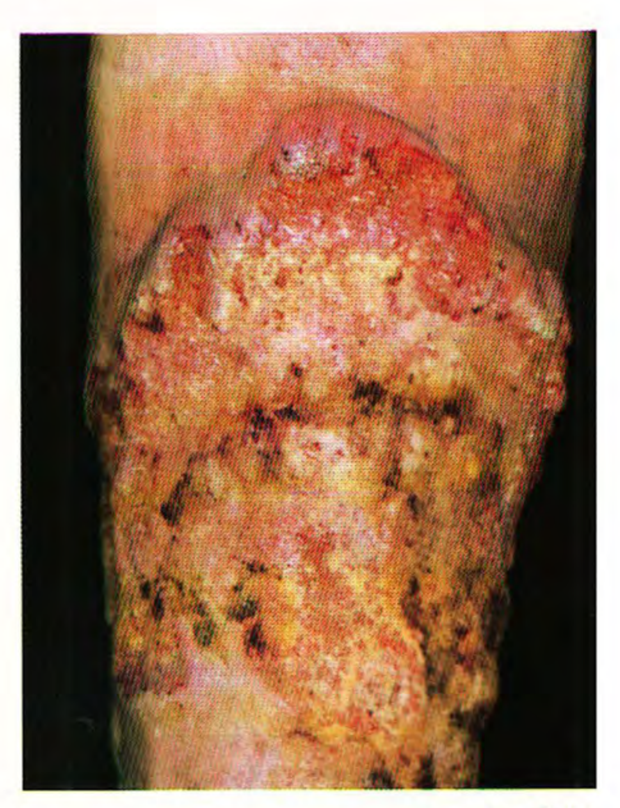
الشكل 55 – 10 : شامة خبيثة .



الشكل 55 – 6 : تنسج أحمر .



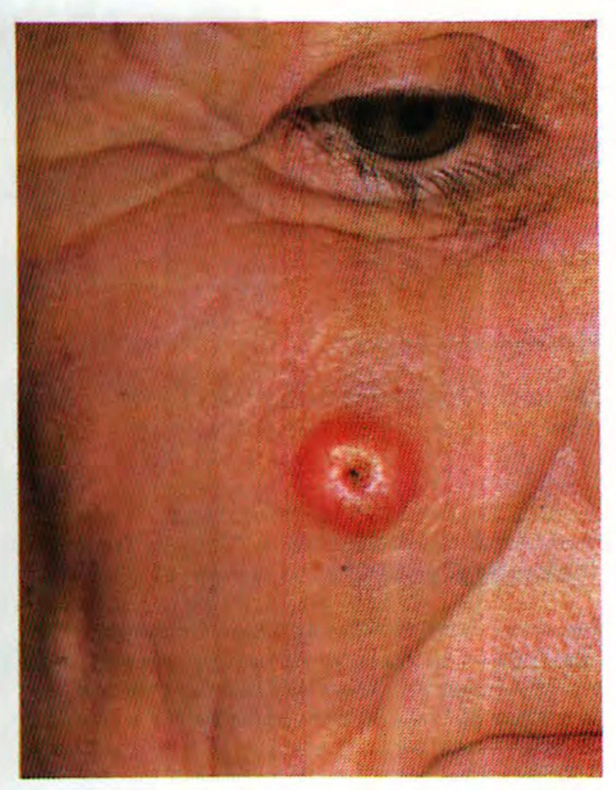
الشكل 55 – 7 : داء باجيت .



**الشكل 56 – 1** : ورام حليمي جلدي سرطاوي .



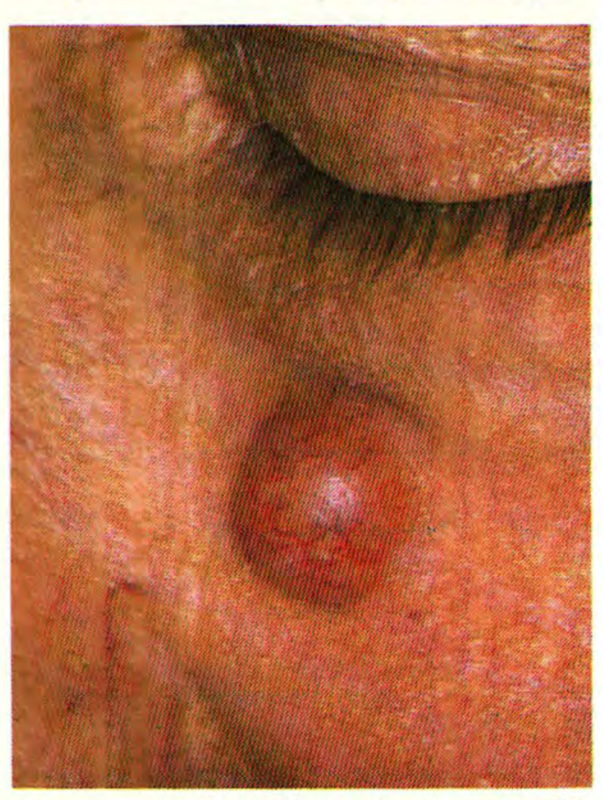
**الشكل 56 – 2** : ورام حليمي زهري فموي .



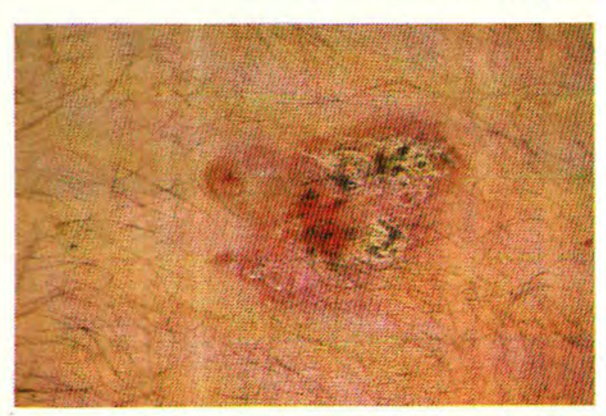
**الشكل 56 – 3** : شوكوم قرني .



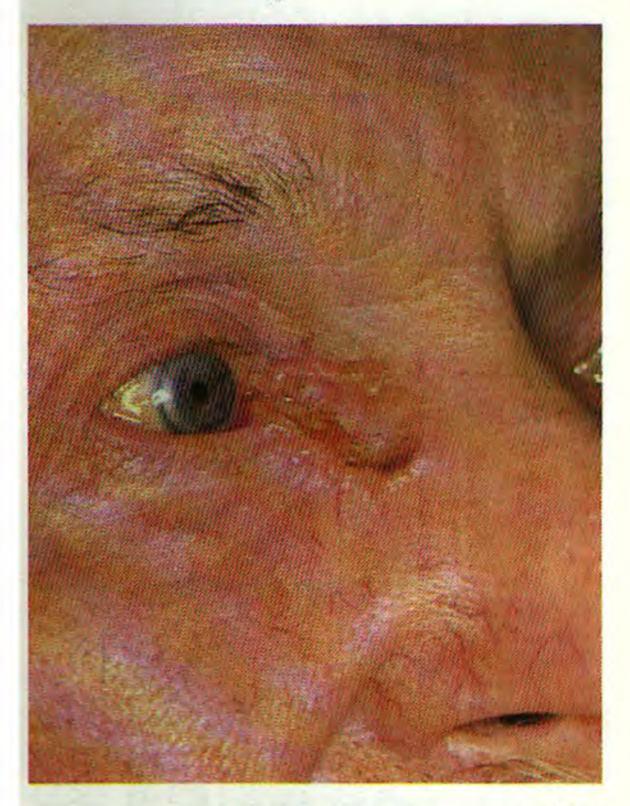
**الشكل 57 – 1** : سرطانة الخلية القاعدية ـ النمط السطحي .



**الشكل 57 – 2** : سرطانة الخلية القاعدية المصمتة .



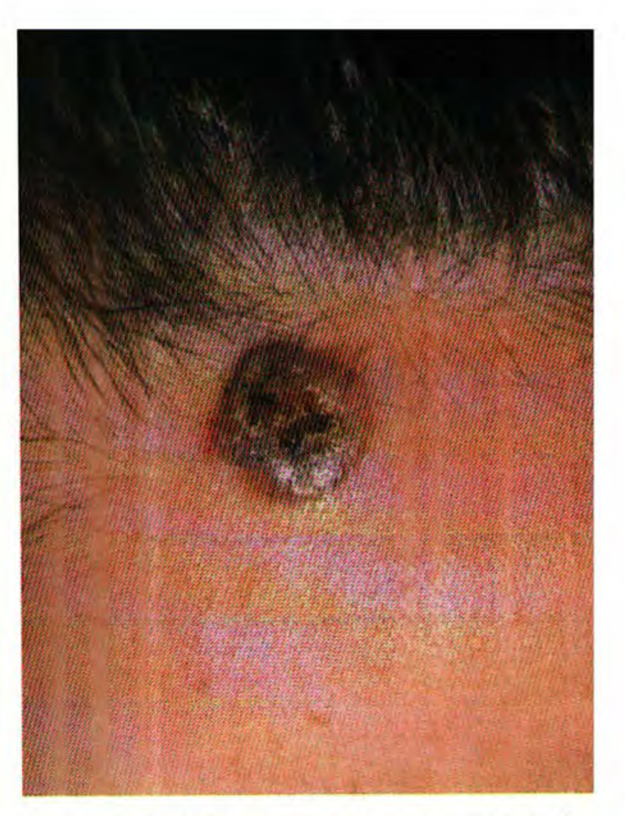
**الشكل 57 – 3** : قاعدوم مسطح ندبي .



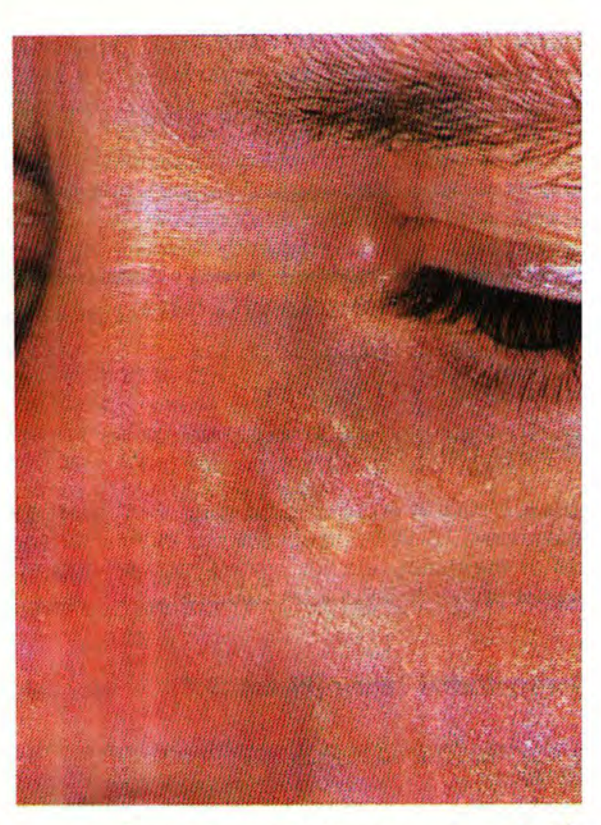
**الشكل 57 – 4** : سرطانة الخلية القاعدية المتقرحة .



**الشكل 57 – 5** : قاعدوم ثاقب ( قرحة ثاقبة ) .



**شكل 57 – 6** : سرطانة خلية قاعدية مصطبغة ومتقرحة زئياً .



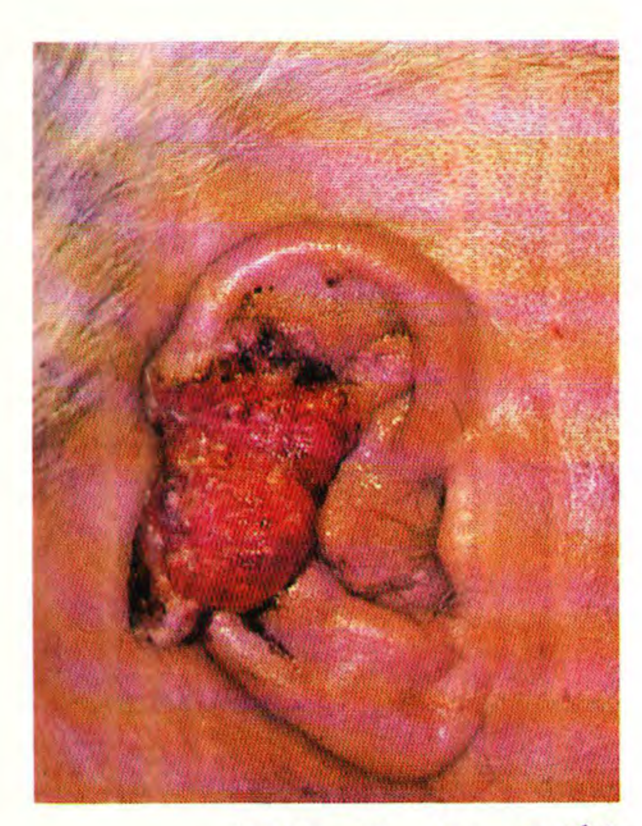
**شكل 57 – 7** : سرطانة الخلية القاعدية قشيعية الشكل .



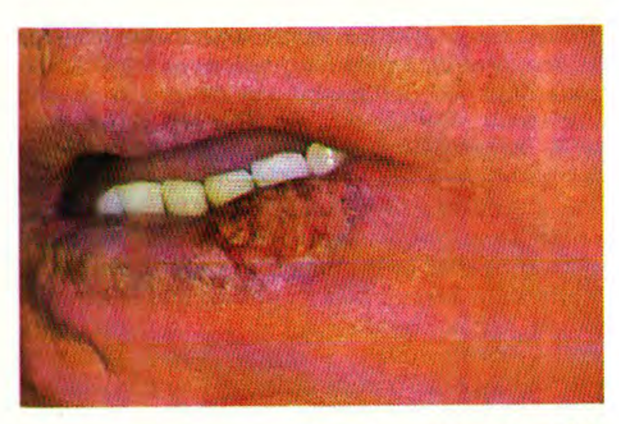
**الشكل 57 – 8** : سرطانة خلية قاعدية متعددة وسطحية على الجذع بعد معالجة بالزرنيخ ( ورامات قاعدية ) .



**الشكل 57 – 9** : سرطانة وسفية الخلايا ، نمو للخارج .



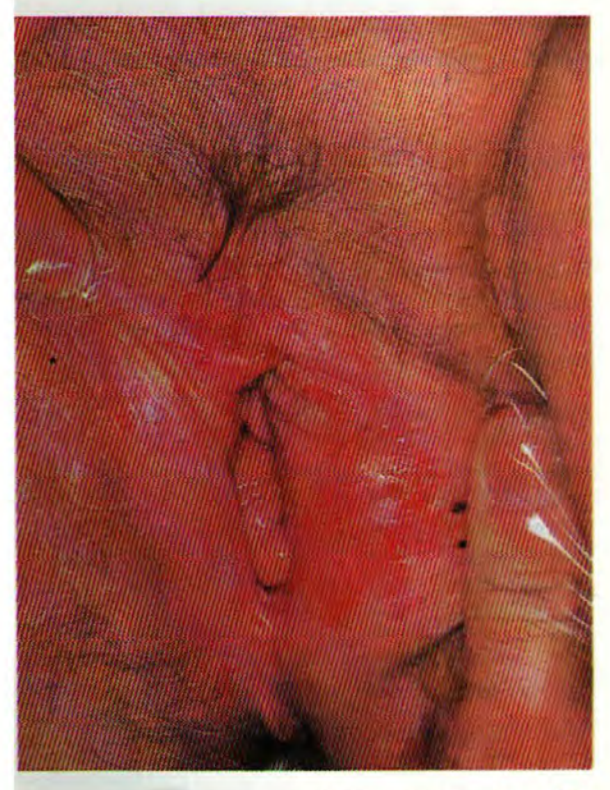
**الشكل 57 – 10** : سرطانة وسفية الخلايا .



**الشكل 57 – 11** : سرطانة شفة .



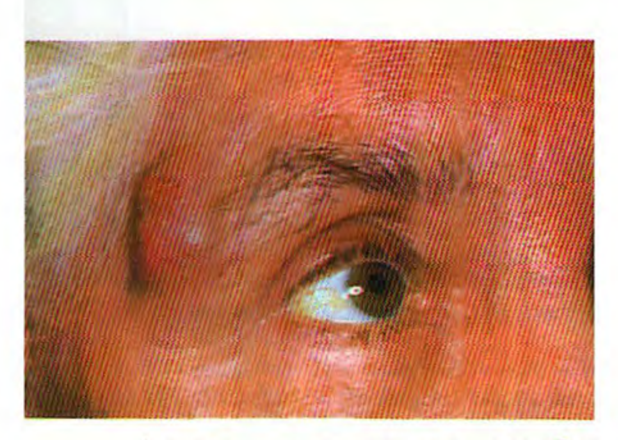
**الشكل 57 – 12** : سرطانة قضيب .



**الشكل 57 – 13** : سرطانة فرج .



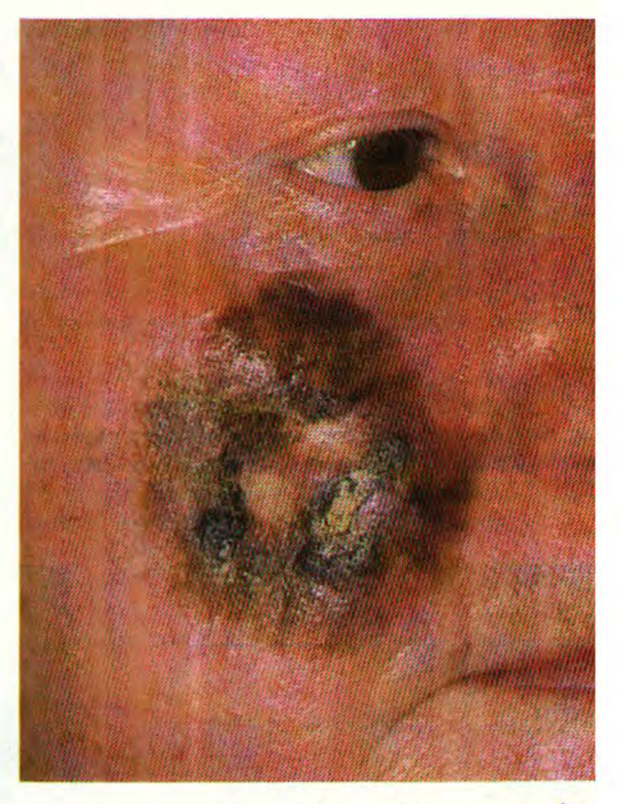
**الشكل 57 – 14** : سرطانة لسان .



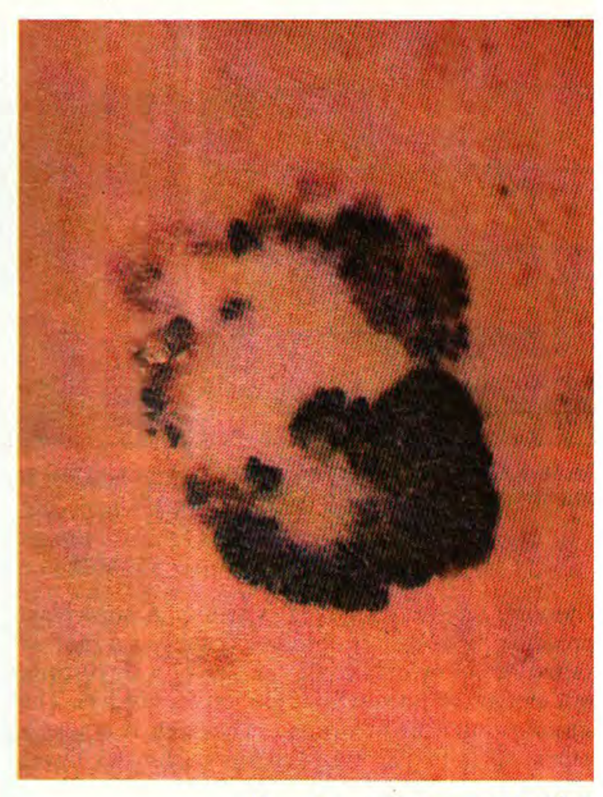
**الشكل 57 – 15** : نقائل جلدية من سرطانة غدية .



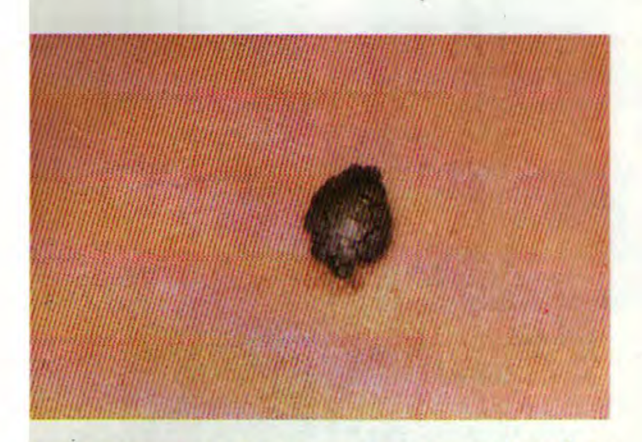
**الشكل 57 – 16** : سرطانة حمرانية **Erysipelatoides** .



**الشكل 58 – 1** : ملانوم الشامة الخبيثة .



**الشكل 58 – 2** : ملانوم منتشر سطحي .



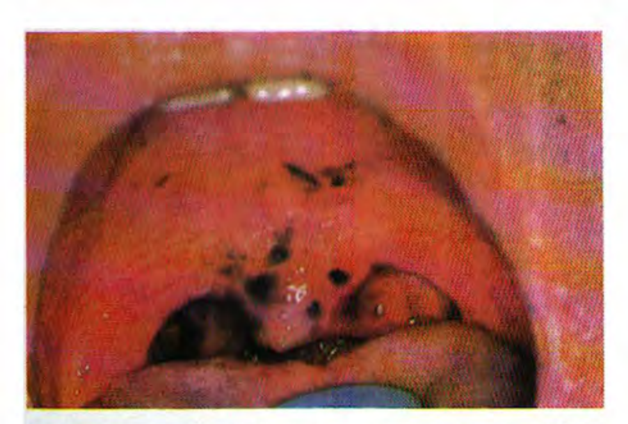
**الشكـل 58 – 3** : ملانوم خبيث عقيدي على وحمة وحمية الخلايا ، مصطبغة .



**الشكـل 58 – 4** : وحمة خلوية مصطبغة ولادية مع ملانوم خبيث .



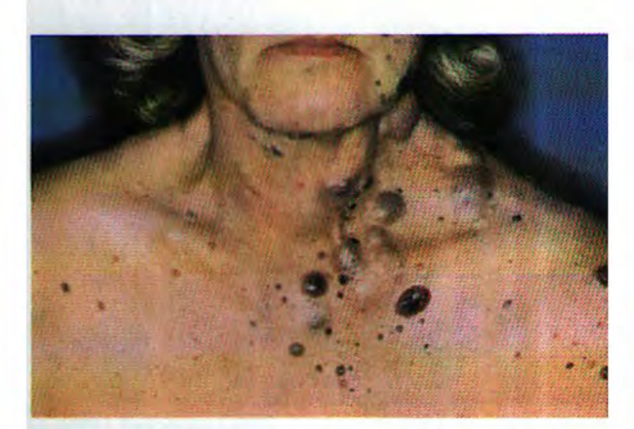
**الشكل 58 – 5** : ملانوم شامات النهايات .



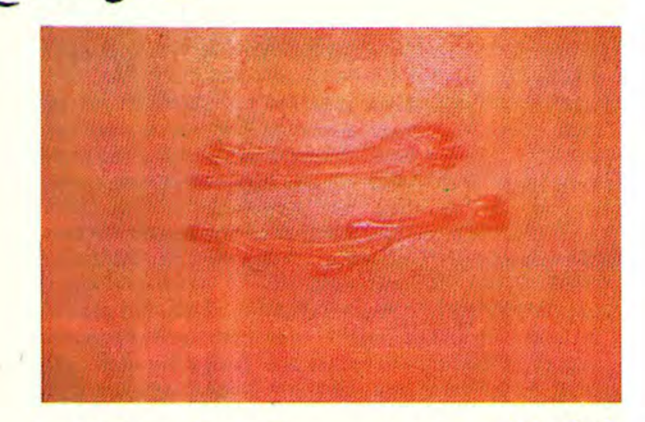
**الشكل 58 – 6** : ملانوم خبيث في المخاطية الفموية .



**الشكل 58 – 7** : ملانوم خبيث ، مرحلة II : نقائل إلى العقد اللمفية .



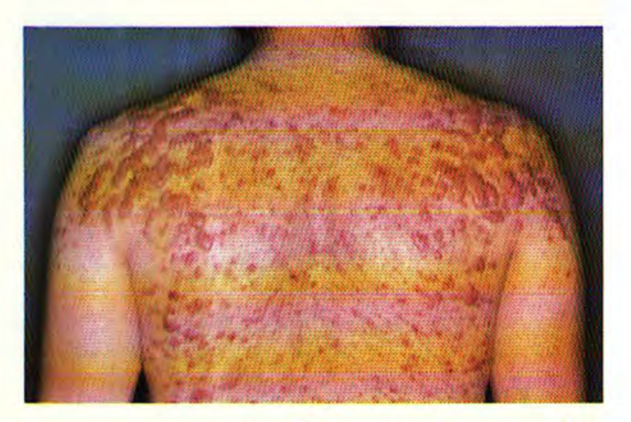
**الشكـل 58 – 8** : ملانوم خبيث ، مرحلة III : نقائل لاملانية بشكل جزئي ، جلدية متعددة في طبقات الجلد المختلفة .



**الشكل 59 – 1** : ما يسمى بالجدرات العفوية في الناحية القصّية .



**الشكل 59 – 2** : جدرة بعد سَمْط ( حرق بالماء المغلي ) .



**الشكل 59 – 3** : جدرات في عُدّ مكبب .



**الشكل 59 – 4** : ليفوم متدلدل .



**الشكل 59 – 5** : ليفوم جلدي .



**الشكل 59 – 6** : قرصوم جلدي شعري **Trichodiscoma** .



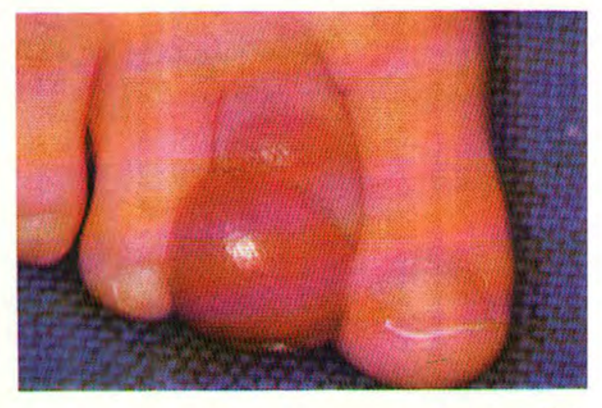
**الشكل 59 – 7** : تليف عقيدي أنفي .



**الشكل 59 – 8** : قرنوم ليفي مكتسب .



**الشكل 59 – 9** : ورم زليلي عملاق الخلايا حميد .

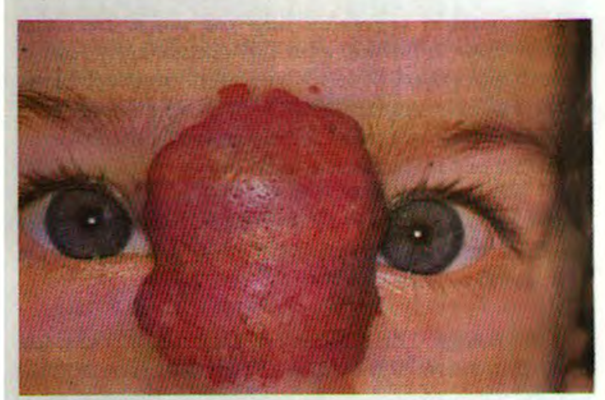


**الشكل 59 – 10** : ورام ليفي إصبعي طفلي .



**الشكل 59 – 11** : غرن ليفي جلدي ناشز .

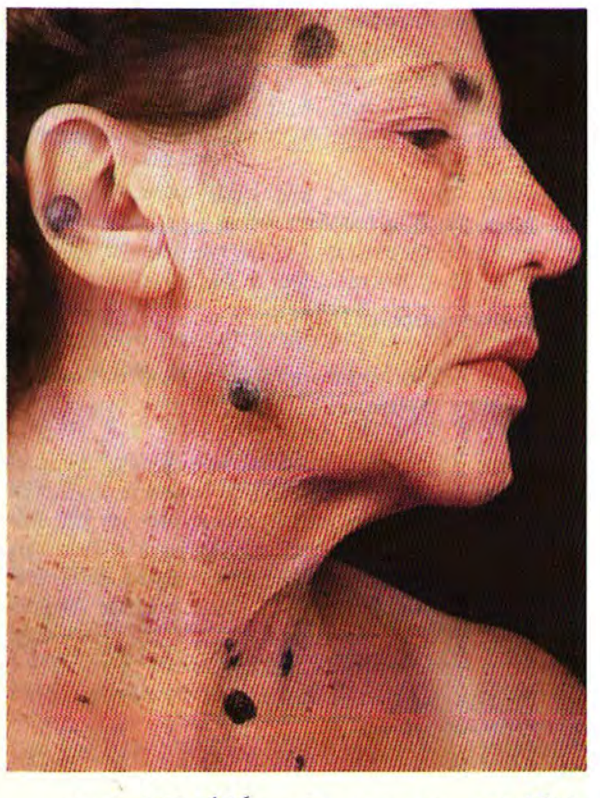




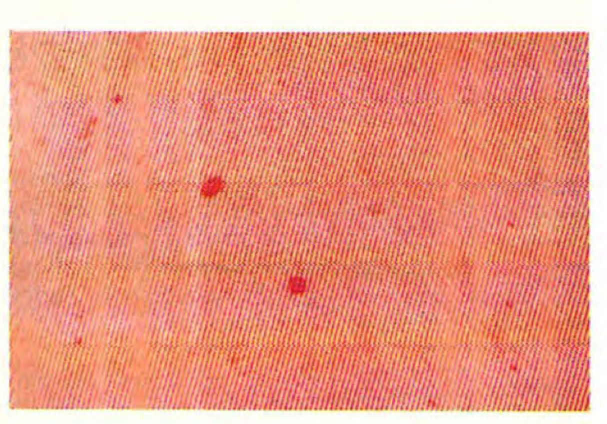
**الشكل 59 – 12** : وعاؤوم دموي كهفي جلدي ؛ الأعلى : في البداية ، الأسفل : بعد ١١ شهراً مع تراجع وشيك .



**الشكل 59 – 13** : وعاؤوم دموي مسطح حدبي في الكهول .



الشكل 59 – 14 : متلازمة الوحمة المَجْلِيَّة المطاطية الزرقاء .



الشكل 59 – 15 : وعاؤومات شيخية .



الشكل 59 – 16 : وعاؤوم على هامش الشفة ( بحيرَة وريدية ) .



الشكل 59 – 17 : تقران وعائي جسدي محدد ، ناحية الكاحل .



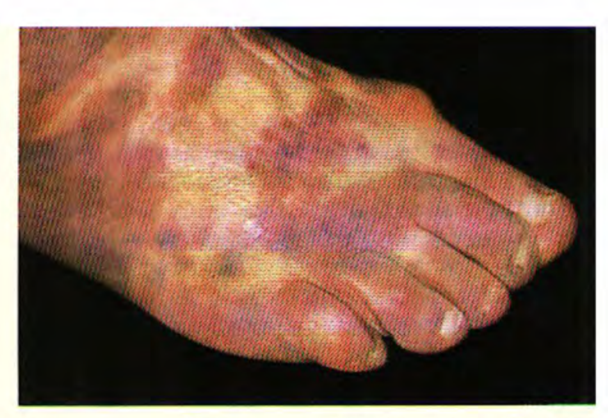
الشكل 59 – 18 : تقران وعائي صفني .



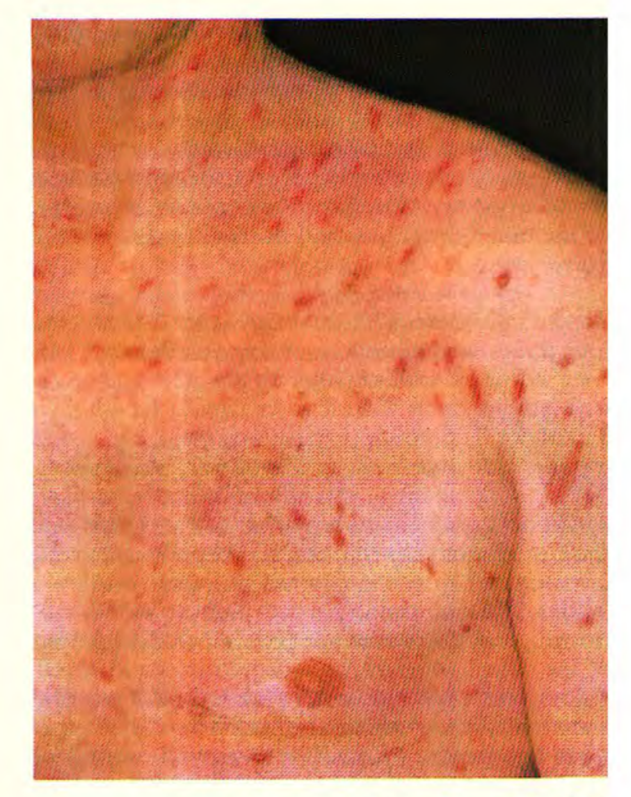
الشكل 59 – 19 : حبيبوم مقيح .



الشكل 59 – 20 : ورم كبي .



الشكل 59 – 21 : غرن كابوزي ، نمط مُوَضَّع .



الشكل 59 – 22 : غرن كابوزي ، نمط منتثر .



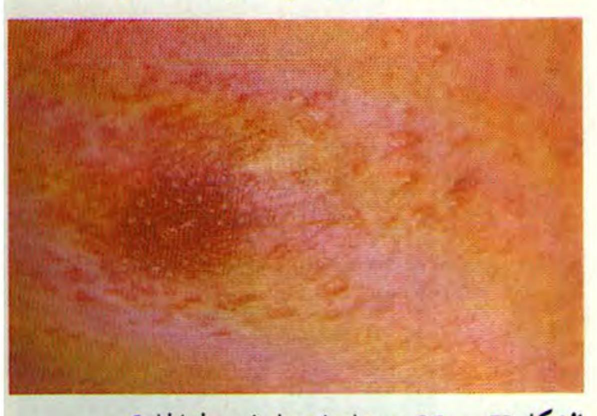
الشكل 59 – 23 : غرن وعائي في الفروة والوجه .



الشكل 59 – 24 : وعاؤوم لمفي دموي محدد كيسي .



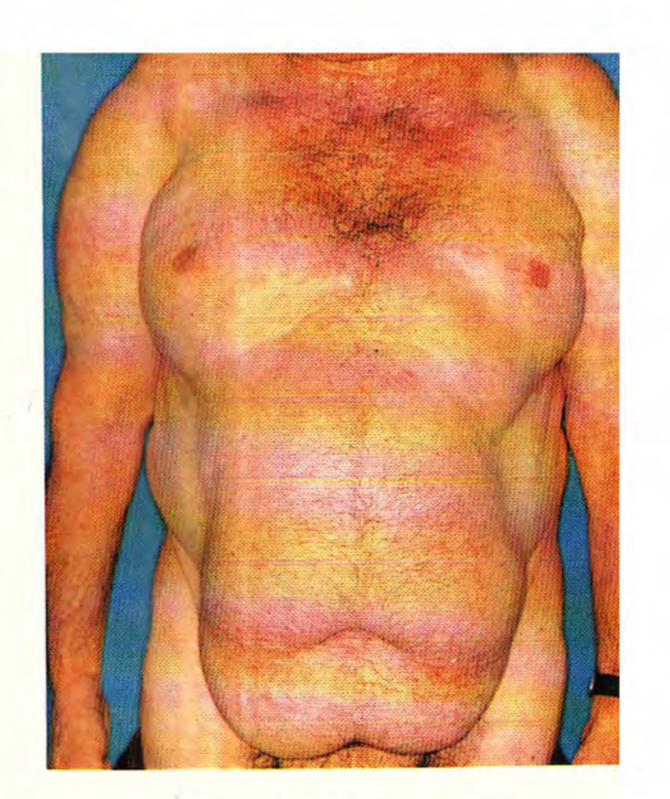
الشكل 59 – 25 : وعاؤوم لمفي كهفي تحت جلدي .

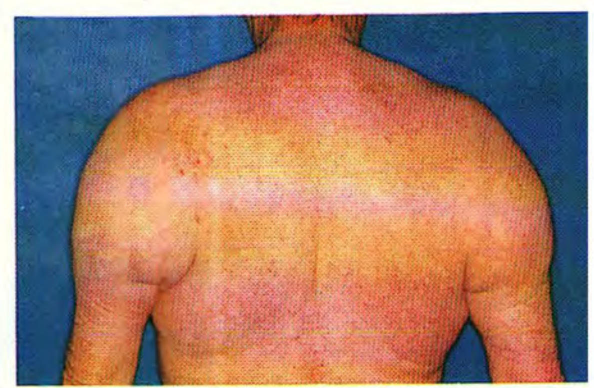


الشكل 59 – 26 : عضلومات ملساء حول الحلمة .

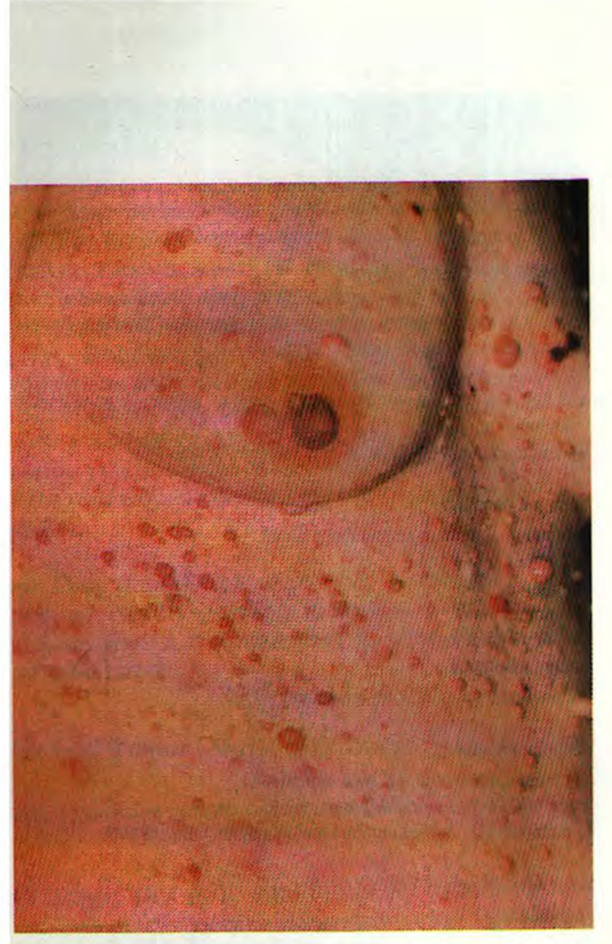


الشكل 59 – 27 : ورام شحمي .

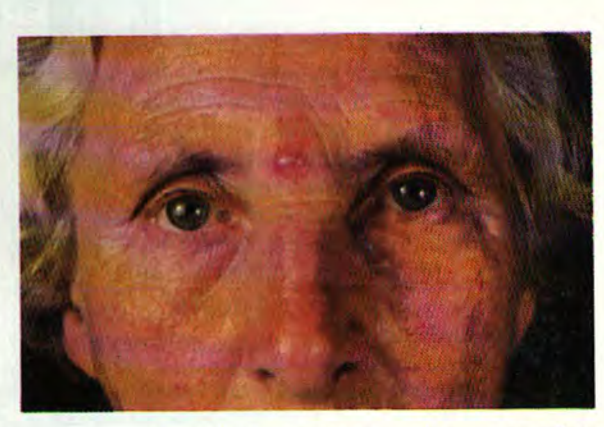




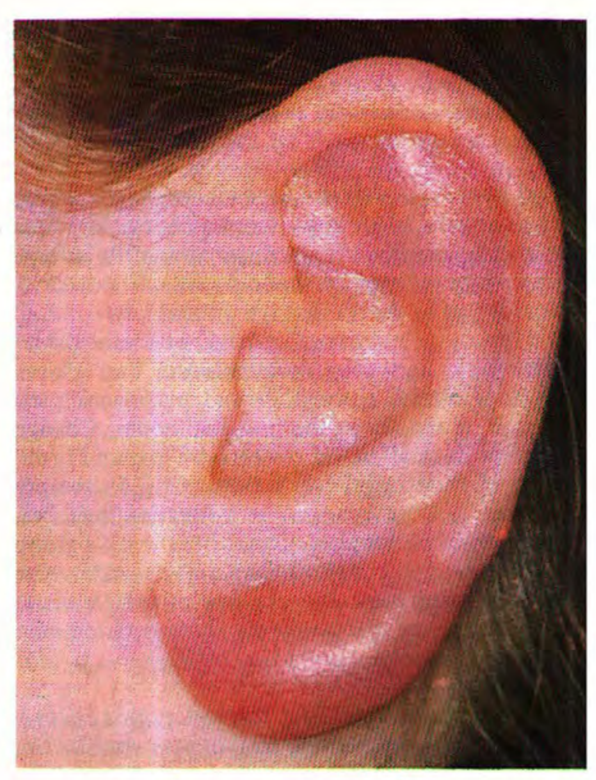
**لشكل 59 – 28** : متلازمة لونوا – بنسود .



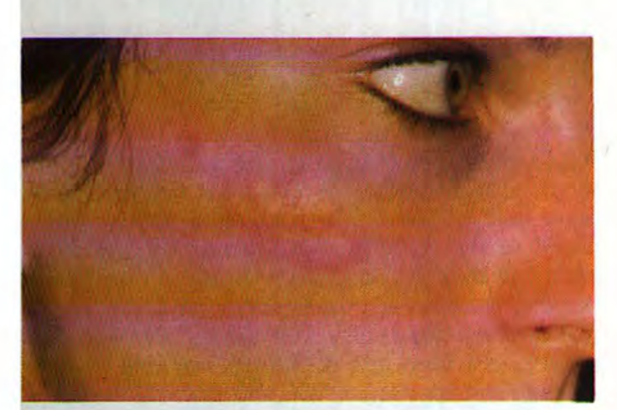
**الشكل 59 – 29** : ورام ليفي عصبي معمم .



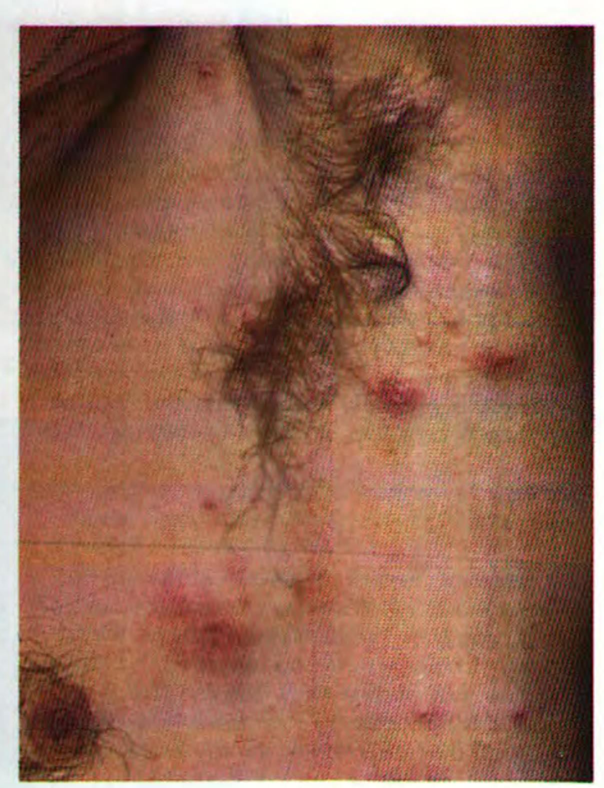
**الشكل 59 – 30** : سرطانة خلايا مركل Merkel .



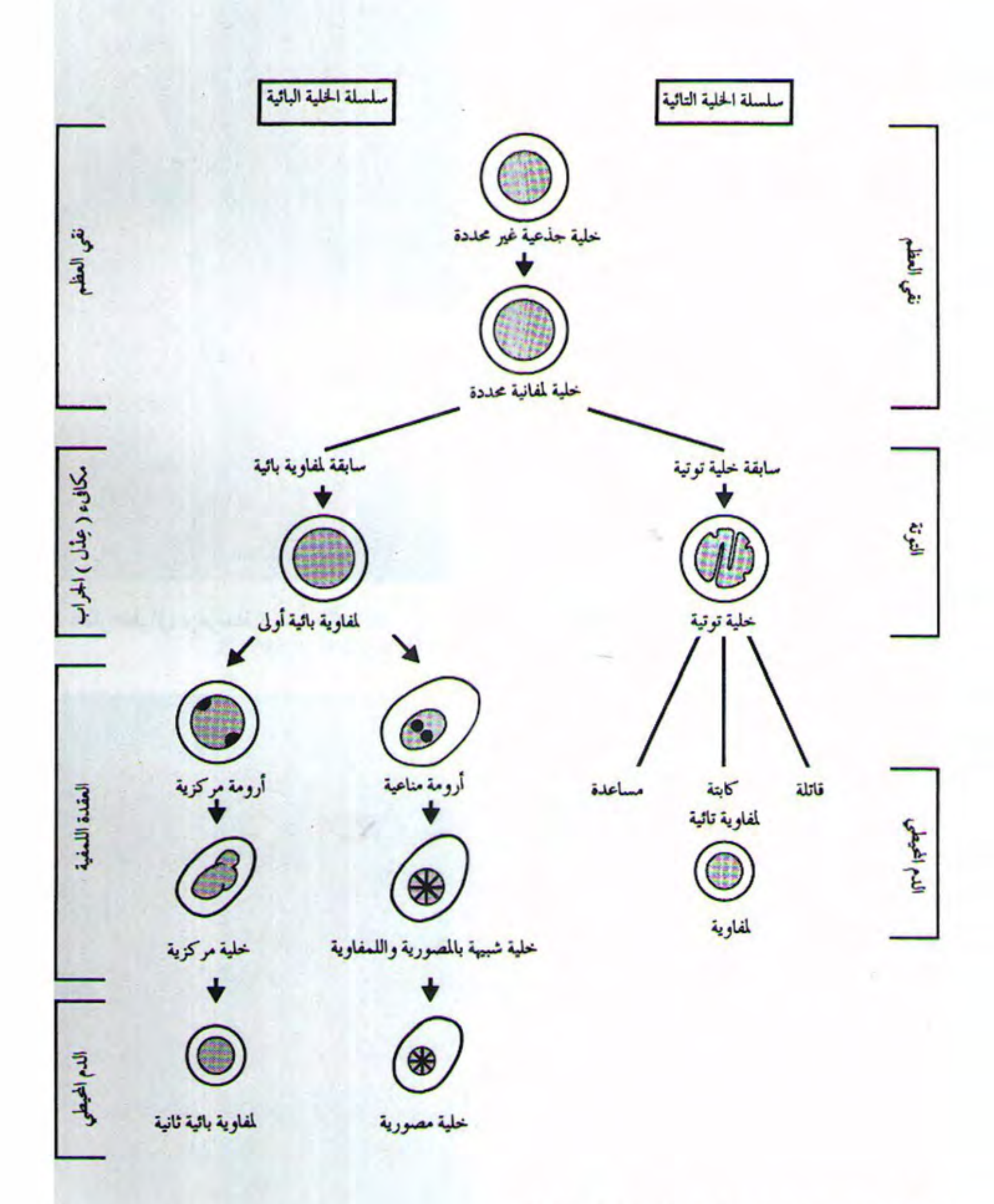
الشكل 60 – 1 : غُدَاد لمفي جلدي حميد ، شكل عقيدي .



الشكل 60 – 2 : ارتشاح لمفاوي في الجلد .



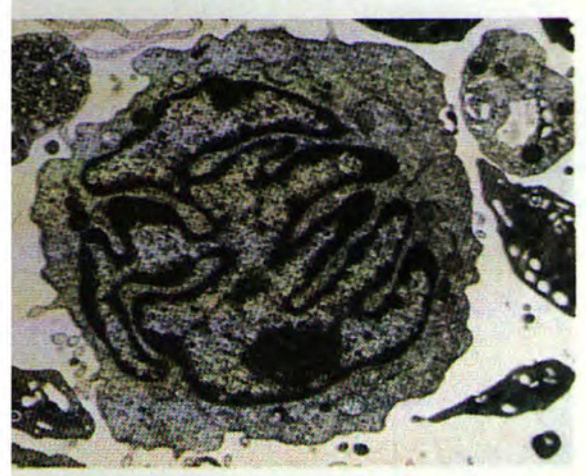
الشكل 60 – 3 : حُطَاط لمفوماني .



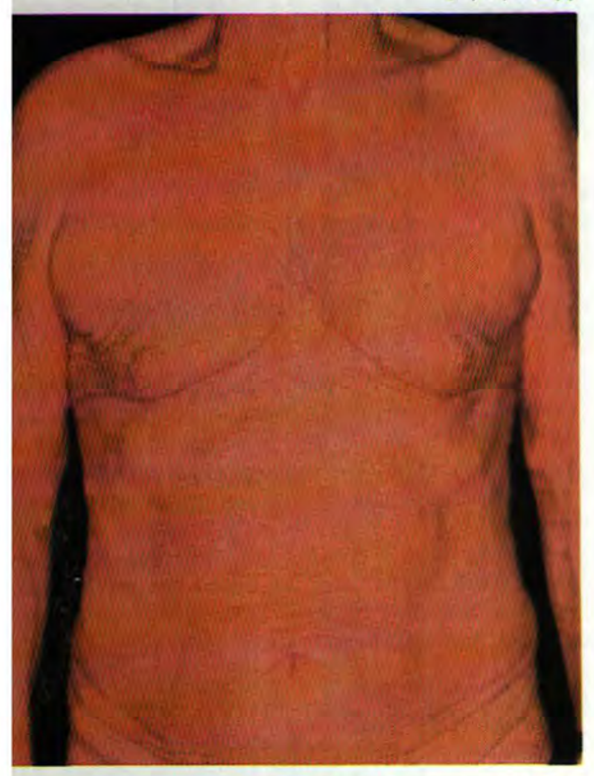

**الشكل 61 – 1** : تمايز اللمفاويات البائية والتائية .



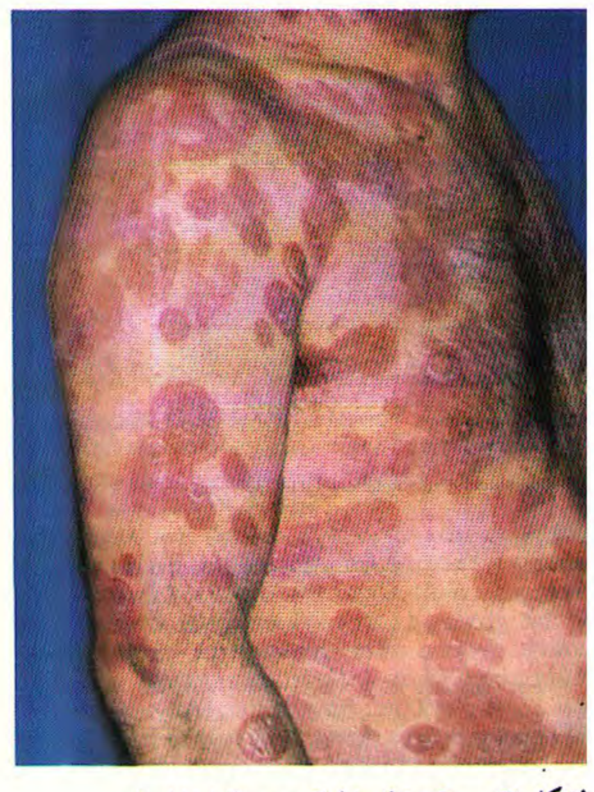
**الشكل 61 – 4** : فطار فطراني ، مرحلة ورمية ( نسجياً : لمفو أرومية لمفية تائية ذات درجة عالية من الخباثة ) .



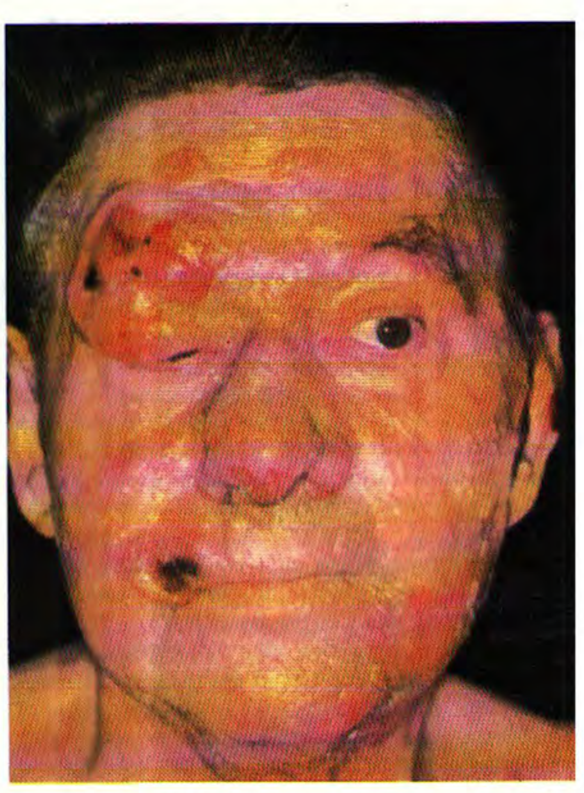
**الشكـــل 61 – 5** : متـــلازمة ســـيزاري ، خليـــة لوتزنر × ١٠١٠٠ .



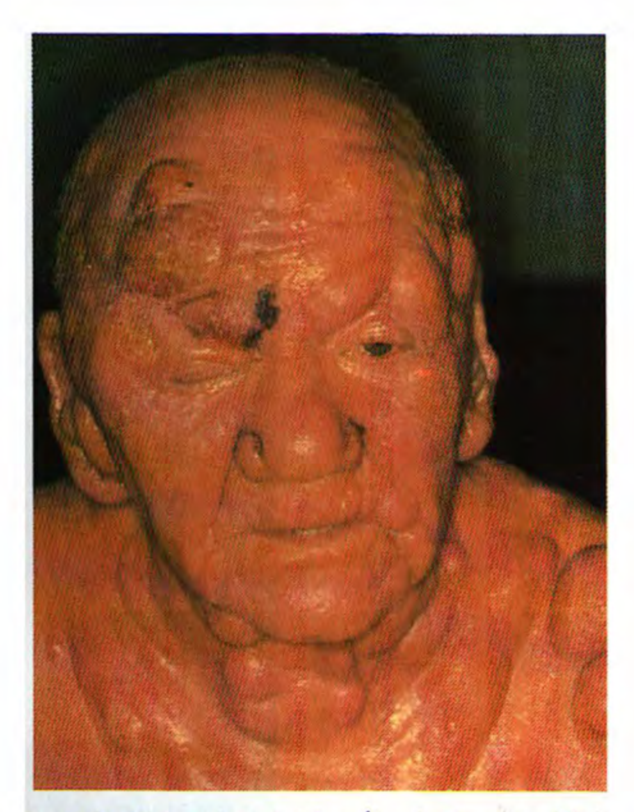
**الشكل 61 – 6** : متلازمة سيزاري .



**لشكل 61 – 2** : فطار فطراني ، مرحلة ارتشاحية .



**لشكل 61 – 3** : فطار فطراني ، مرحلة ارتشاحية وورمية .



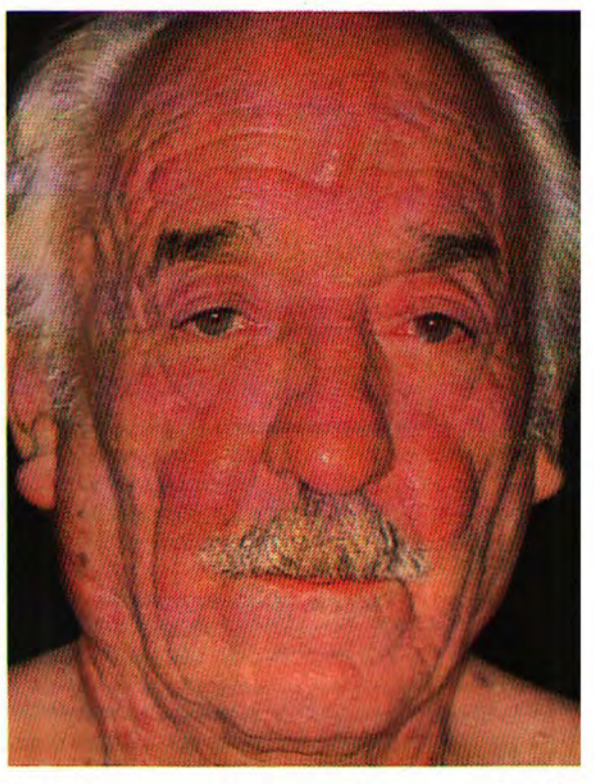
**الشكل 61 – 7** : لمفوما أرومية لمفية تائية ذات خباثة عالية ناشئة من متلازمة سيزاري .



**الشكل 61 – 8** : شباك باجيتاني ، نمط مُوضّع .



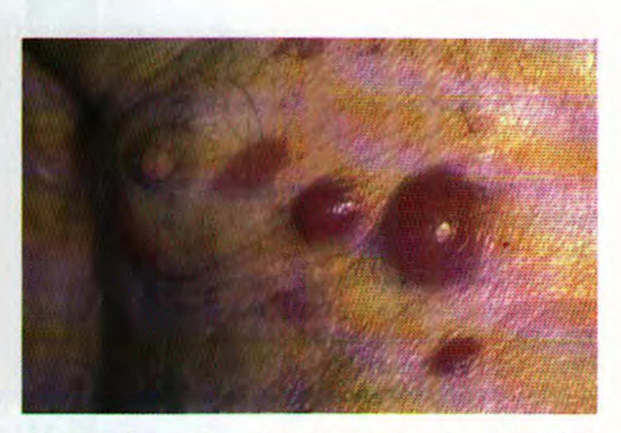
**الشكل 61 – 9** : ورم الخلايا المناعية الشبيه بالمصوريات اللمفاويات .



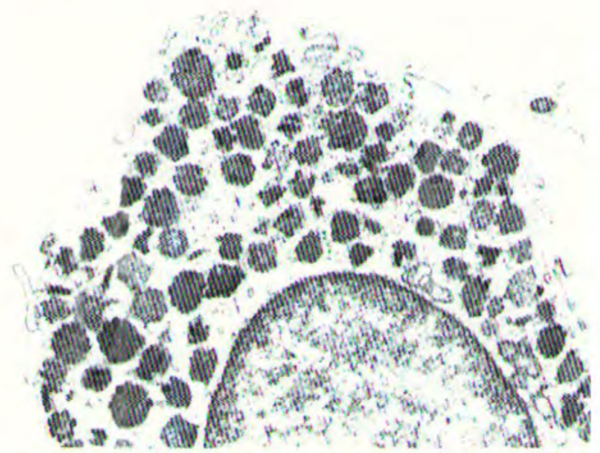
**لشكل 62 – 1** : ابيضاض لمفي : ارتشاح على الوجنتين والجبهة
سَحْنة أسدية ) .



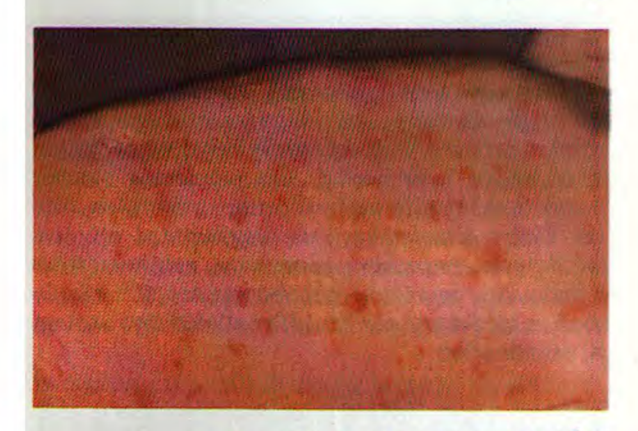
**الشكل 62 – 2** : ابيضاض نقوي : ارتشاح نزفي نوعي في اللثة .



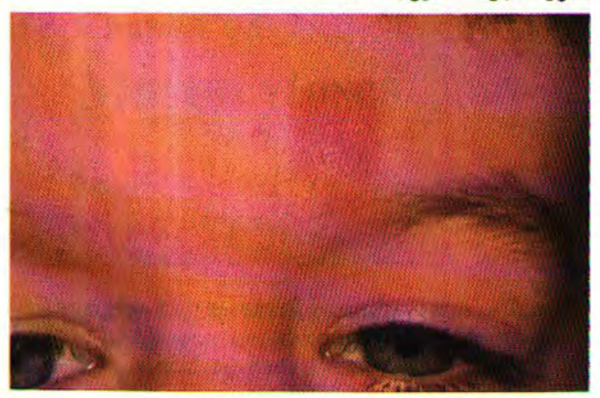
**الشكل 62 – 3** : ابيضاض الوحيدات ، ويُدعى بالغُرَان الشبكي لغوترون Gottron .



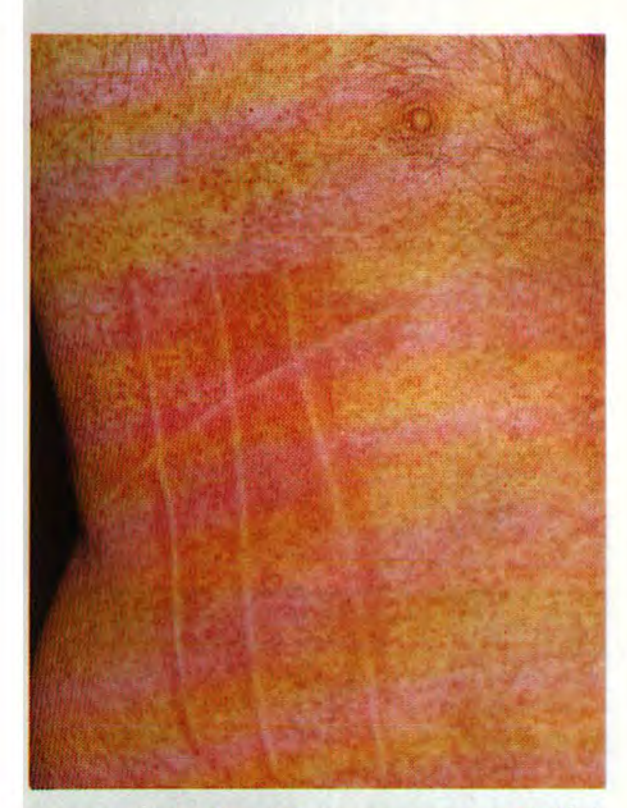
الشكل 63 - 1 : خلية بدينة مع حبيبات الخلية البدينة النمطية : صورة مجهرية ألكترونية ، × ١٥٥٠٠ .



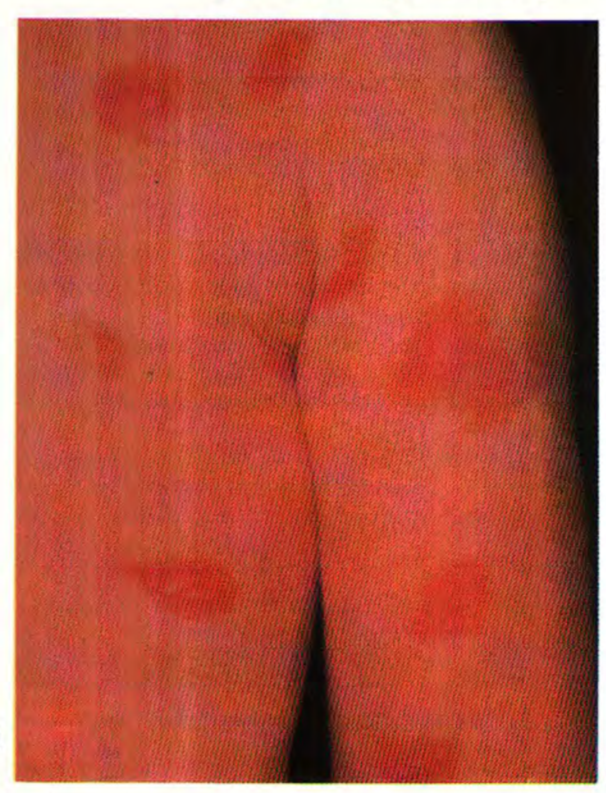
الشكل 63 – 4 : شرى صباغي لدى رضيع .



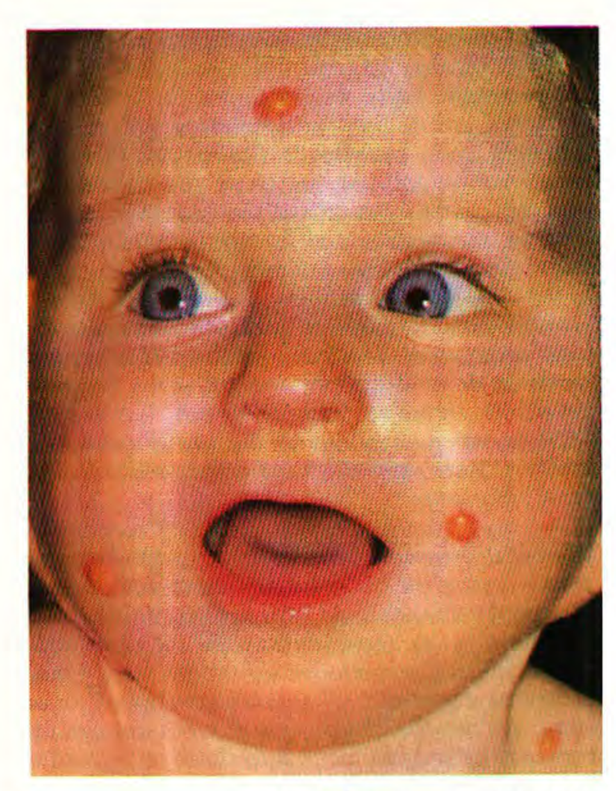
الشكل 63 – 2 : ورم خلايا بدينة موضع .



الشكل 63 – 5 : شرى صباغي كهلي مع كتوبية جلدية شروية .



الشكل 63 – 3 : ورم خلايا بدينة منتثر .



**الشكل 64 – 1** : حبيبوم أصفر شبابي .



**الشكل 64 – 3** : كثرة المنسجات X : خلية ذات حبيبات . خلية لانغرهانس النمطية × ٧٠٠٠٠ .



**الشكل 64 – 2** : كثرة المنسجات الشبكي الجلدي ذو سير حميد .



**الشكل 64 – 4** : كثرة المنسجات X : داء أبت – ليترر – سيوي Abt – Letterer – Siwe .

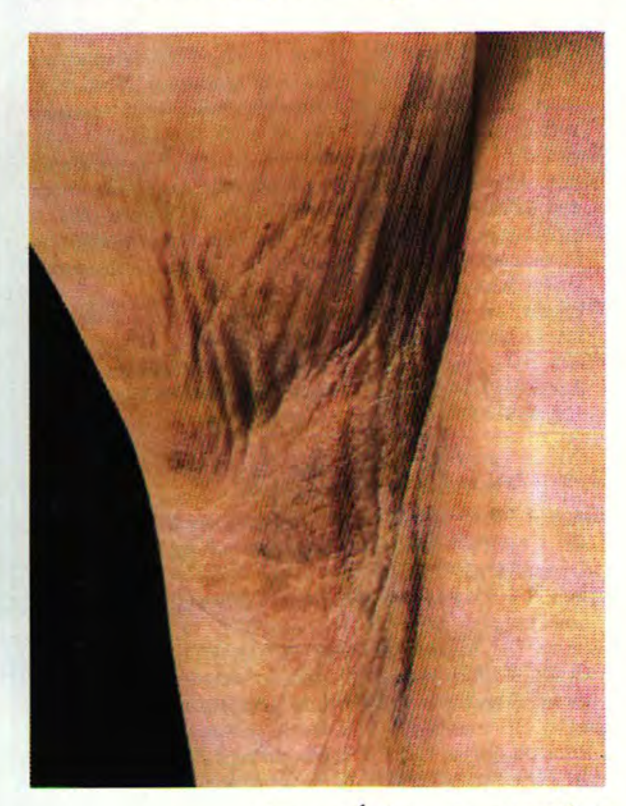


**الشكل 64 – 5** : كثرة المنسجات X : داء هاند – شولر – كريستيان Hand – Schüller – Christian .

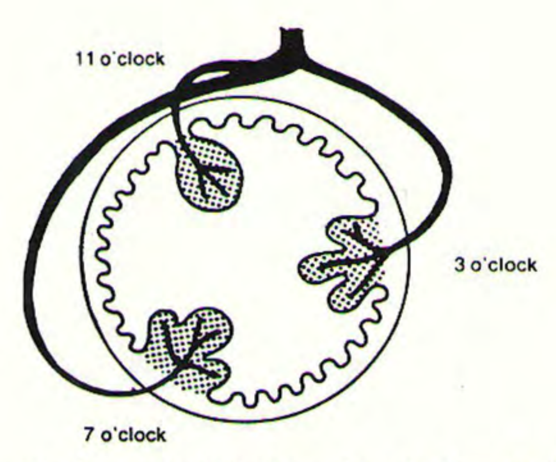


**الشكل 64 – 6** : كثرة المنسجات الشبكي لكروستي Crosti .

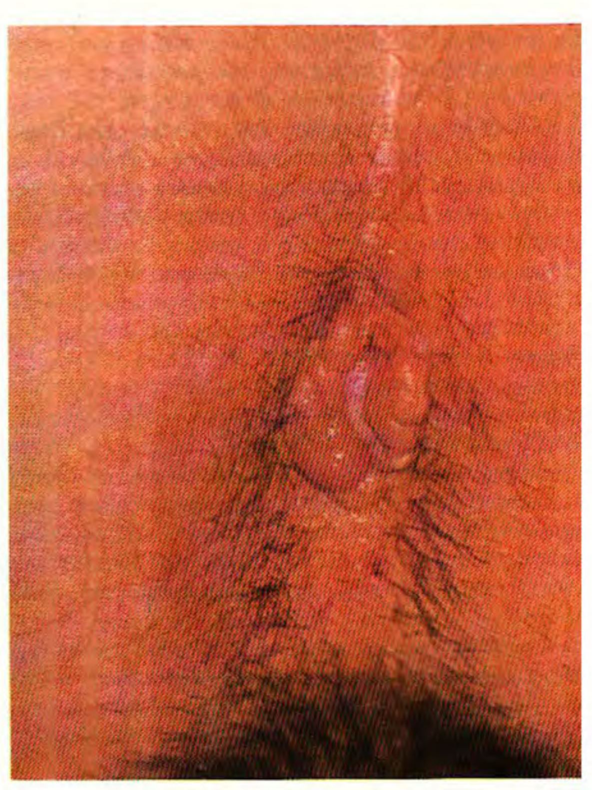
# الفصل الخامس والستون



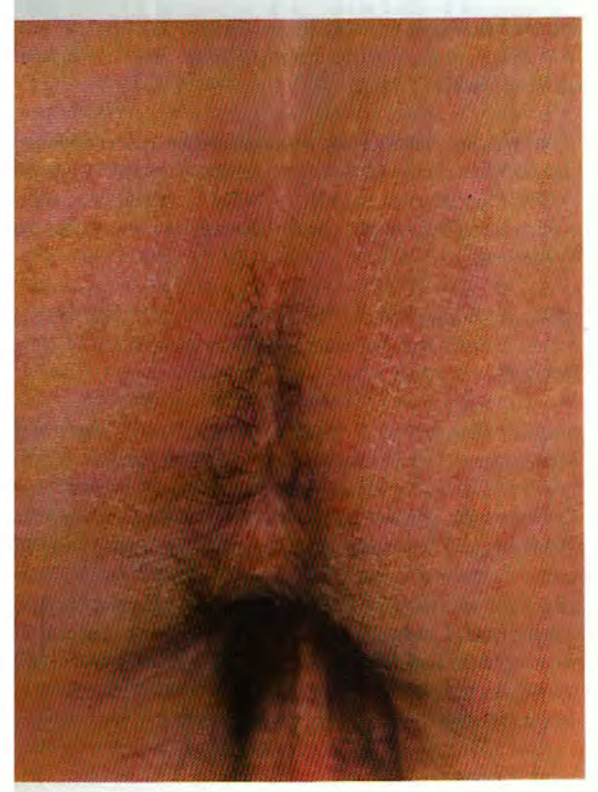
**الشكل 65 – 1** : شواك أسود خبيث .



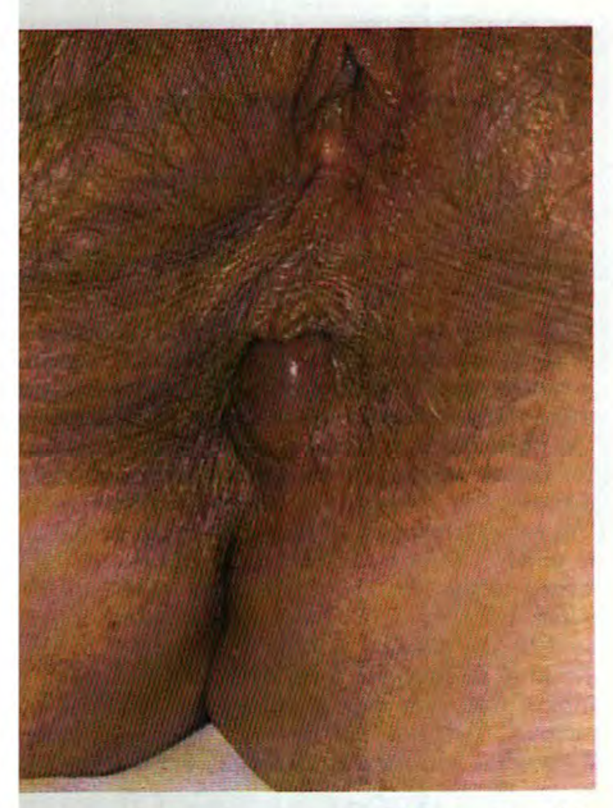

**الشكل 66 – 1** : التروية الدموية الشريانية للبواسير من الشريان المستقيمي العلوي ( وضع الاستخراج **Lithotomy Position** ) .



**الشكل 66 – 2** : تدلّي شرجي ناجم عن بواسير من الدرجة الثالثة .

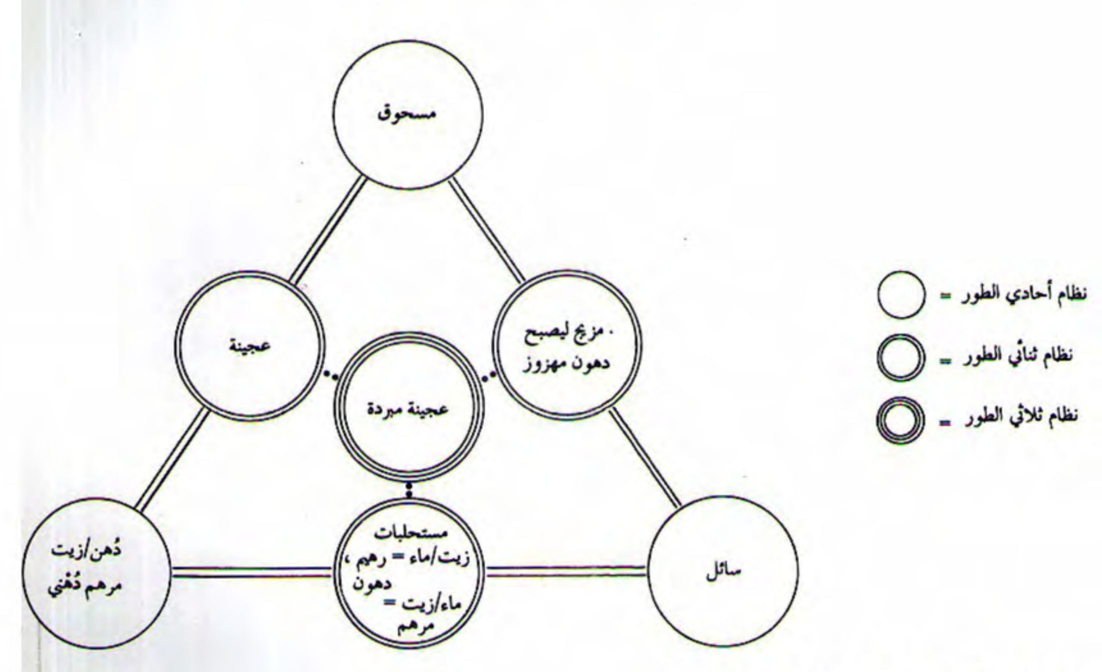


**الشكل 66 – 3** : إكزيمة شرجية .

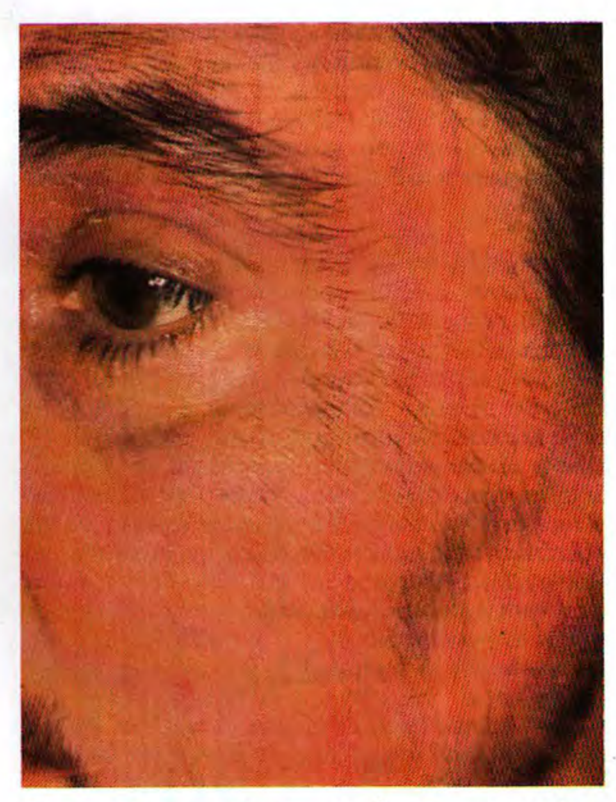


**الشكل 66 – 4** : خُثار حول الشرج .

# الفصل السابع والستون




**الشكل 67 – 1** : أسس هامة للمعالجة الموضعية .



**الشكل 67 – 2** : تأثيرات جانبية من معالجة موضعية بالستيروئيدات القشرية : احمرار وفرط أشعار .

# معجم المصطلحات

إعداد
الدكتور
وليد حناوي

# A

| English | Arabic |
| --- | --- |
| ABCDE rule | نظام ABCDE |
| abdominal purpura | فُرفُريّة بَطِنيّة |
| Abrikossoff's tumor | ورم ابريكسوف |
| abscesses | خراجات ( م : خُرَاجَة ) |
| – multiple sweat gland abscesses in neonates | – خراجات الغدة العرقية المتعددة في الولدان |
| – Munro's microabscesses | – خراجات مونرو المجهرية ( الصغرية ) |
| – nodular | – عقيدية |
| – perianal | – حول الشرج |
| absorption | امتصاص |
| Abt – Letterer – Siwe disease | داء ابت – ليترر – سيوي |
| acantholysis | انحلال الأشواك |
| – papular | – الحطاطي |
| acanthoma | شوكوم |
| – basosquamous | – قاعدي وسفي / شائك |
| – clear cell | – رائق الخلايا |
| – fissuratum | – متشقق |
| – keratoacanthoma | – شوكوم قرني |
| – large cell | – الخلية الضخمة |
| – melanoacanthoma | – شوكوم ملاني |
| – pilar sheath | – الغمد الشعري |
| – plasmoacanthoma | – شوكوم مصوري الخلايا |
| – acanthome à cellules claires | – شوكوم رائق الخلايا |
| acanthosis | شواك |
| – dermatitis herpetiformis | – التهاب الجلد الحلئي الشكل |
| – acanthosis nigricans | – شواك أسود |
| – classification | – تصنيف |
| – maligna/malignant | – خبيث |
| acarophobia | رهاب الحلم |
| acatalasia | انعدام الكتالاز |
| accelerators, particle | مُسَرعات ، جُسَيْمية |
| accessory nipples | حَلَمات اضافية |
| Accutane | اكيوتان |
| Achard – Thiers syndrome | متلازمة أكارد – ثيرز |
| Achenbach syndrome | متلازمة أشين باخ |
| acid mantle | حامض المانتول |
| acid phosphatase deficiency | عواز حمض الفوسفاتاز |
| aciduria, arginine – succinic | بيلة حمضية ، ارجينين – سكسينيك |
| *Acinetobacter* | *الجراثيم العنبية* |
| acne | عد |
| – aestivalis | – صيفي |
| – androgenic syndromes | – المتلازمات الأندروجينية |
| – bromide | – برومي |
| – comedonica | – زؤاني |
| – comedonica | – زؤاني |
| – conglobata (see acne, conglobata) | – مكبب ( انظر العد ، المكبب ) |
| – contact | – تماسي |
| – cosmetic | – تزويقي ( تجميلي ) ، عد المزوقات |
| – excoriée des jeunes filles | – تسحجي عند الفتيات الشابات |
| – fulminans | – خاطف |
| – infantum | – طفلي |
| – intertriginous | – مذحي |
| – iodide | – يودي |
| – inversa | – مقلوب |
| – keloid | – جدرة |
| – keloidalis nuchae | – جدري على القفا |
| – kelp | – عشب البحر المحروق |
| – lesions (see acne lesions) | – آفات ( انظر الآفات العدية ) |
| – Mallorca | – مالوركا |
| – mechanica | – آلي |
| – necrotica | – نخري |
| – neonatorum | – وليدي ( الولدان ) |
| – nodules, persistant | – عقيدي ، دائم |

| English | العربية |
|---|---|
| – oil | – الزيوت |
| – papulopustulosa | – حطاطي بثري |
| – pitch | – قاري |
| – pomade | – المراهم |
| – premenstrual | – سابق الحيض |
| – rosacea | – وردي |
| – rosacea demoides | – وردي دوداني |
| – tar | – قطراني |
| – tetrad | – رباعي |
| – treatment | – معالجة |
| – treatment, general principles | – معالجة ، مبادىء عامة |
| – triad | – ثلاثي |
| – urticaria | – شرى |
| – varieties | – ضروب ، متنوع |
| – varioliformis | – جماقي الشكل |
| – venenata | – انسمامي |
| – vulgaris | – شائع |
| – vulgaris, pathogenesis | – شائع ، إمراض |
| acne conglobata | عد مكبب |
| – acute febrile ulcerating, with polyarthralgia and leukemoid reaction | – تقرحي حمي حاد مع ألم المفاصل وتفاعل ابيضاضاني |
| – keloid | – جدري |
| acne lesions | آفات عدية |
| – inflammatory, secondary, papules | – التهابية ، ثانوية حطاطية |
| – inflammatory, secondary, pustules | – التهابية ، ثانوية ، بثرية |
| – primary noninflammatotry | – بدئية ، غير التهابية |
| acneiform | عدي الشكل |
| – (acne – like) drug eruption | – طفح دوائي « شبيه بالعد » |
| – eruptions | – طفوح |
| – tuberculid | – سليني ، درني |
| acquired | مكتسب |
| – fibrokeratoma | – ورم قرني ( قرنوم ) ليفي |
| – hyperlipoprotei – nemias | – فرط بروتينات الدم الشحمية |
| – hyperlipoprotei – nemias, secondary | – فرط بروتينات الدم الشحمية الثانوية |
| – ichthyoses | – سماك |
| – immunodeficiency syndrome (see AIDS/ HIV/ HTLV – III/ LAV) | – متلازمة عوز المناعة ( انظر الإيدز |
| – nail changes | – تبدلات ظفرية |
| – phimosis | – تضيق القلفة |
| – skin atrophies | – ضمورات الجلد |
| – thrombocytopenia (see also thrombocytopenia, acquired | – قلة الصفيحات ، ( انظر أيضاً قلة الصفيحات المكتسبة ) |
| acral lentigo – like lesion | الآفة الشبيهة بالشامة على النهايات / الأطراف |
| acro – osteolysis | انحلال عظام الأنامل |
| acro – osteopathia ulceromutilans familiaris | اعتلال عظم النهايات (الأطراف) التقرحي الجادع العائلي |
| acroangiodermatitis | التهاب جلد الأطراف الوعائي |
| acroasphyxia | اختناق النهايات ( الأطراف ) |
| acrocalcinosis | كلاس النهايات |
| acrochordon | الزينبات الليفية ، زنمة |
| acrocyanosis | زراق النهايات ( الأطراف ) |
| – chronica anaesthetica | – المزمن الخدري |
| acrodermatitis | التهاب جلد النهايات (الأطراف) |
| – chronica atrophicans | – المزمن المضمر |
| – continua suppurativa | – المستمر التقيحي |
| – continua suppurativa of Hallopeau | – المستمر التقيحي لهالوبو |
| – enteropathica | – المعوي المنشأ |
| – papulosa eruptiva infantilis | – الحطاطي الطفحي الطفلي |

| | |
|---|---|
| acrodynia | وجع الأطراف (النهايات) |
| acrodystrophy, neuropathic, primary | حثل النهايات (الأطراف) ، باعتلال عصبي أولي |
| acrogeria | شياخ النهايات |
| acroinfundibulum | قمع طرفي / نهائي |
| acrokeratoelastoidosis | المرانوية التقرنية في النهايات |
| acrokeratoelastosis | المران التقرني في النهايات |
| – marginalis of the hand | – هامش اليدين |
| – verruciformis | – ثؤلولي الشكل |
| acrokeratosis verruciformis | تقران النهايات (الأطراف) ثؤلولي الشكل |
| acrolentiginous melanoma (ALM) | ملانوم شامات النهايات (الأطراف) |
| acrolocalized papulovesicular syndrome, infantile | متلازمة الحطاطات الحويصلية في النهايات ، الطفلي |
| acropachyderma with pachydermoperios – tosis | ثخن جلد النهايات (الأطراف) مع ثخن الجلد والسمحاق |
| acropathia ulcero – mutilans | اعتلال الأطراف ( النهايات ) التقرحي الجادع |
| – acquisita | – المكتسب |
| – et deformans pseudosyringomyel – itica | – وتكهف النخاع الكاذب المشوه |
| – nonfamiliaris | – اللاعائلي |
| acropathia ulceromutilans | اعتلال الأطراف ( النهايات ) التقرحي الجادع |
| acropathy, nonfamilial pseudosyringomyelic ulcero – mutilating | اعتلال الأطراف ( النهايات ) ، اللاعائلي التقرحي الجادع في تكهف النخاع الكاذب |
| acropustuloses | بثار الأطراف ( النهايات ) |
| – acuta | – الحاد |
| – of infancy | – في الأطفال |
| acroscleroderma | تصلب جلد النهايات |
| acrosyringium | الورم الغدي العرقي الطرفي |
| acrotrichoma (follicular poroma) | شعروم النهايات ( ورم مسامي جريبي ) |
| ACTH | ا س ت ث ( الهرمون الموجه لقشر الكظر ) |
| actinic | سفعي ، سافع |
| – cheilitis | – التهاب شفة |
| – elastosis | – مران |
| – keratosis | – تقران |
| – lichen planus | – حزاز مسطح |
| – reticuloid | – شباكاني |
| – skin atrophy, senile | – ضمور الجلد ، الشيخي |
| – actinic – traumatic bullous porphyrin dermatosis | – جلاد البرفيرين الفقاعي الرضحي السفعي |
| | شعيات |
| Actinomadura | شُعيات مادورا |
| Actinomyces | الفطور الشعية |
| actinomycosis | داء الشعيات |
| action spectum | فعل الطيف |
| activated seborrheic keratosis | التقران المثي الفعال |
| acute intermittent porphyria (AIP) | برفيرية متقطعة حادة |
| acyclovir | اسيكلوفير |
| adenoma | غدوم |
| – sebaceum | – زهمي |
| – trichoadenoma | – غدوم شعري |
| – of the vulva, tubular | في الفرج ، أنبوبي |
| adenomatosis of the nipple | ورام غدي في الحلمة |
| adiponecrosis subcutanea neonatorum | نخر شحمي تحت حاد وليدي |
| adiposalgia | ألم شحمي |
| adipose tissue | نسيج شحمي |
| adipositas dolorosa | شحامة مؤلمة |
| adipositas oedematosa | شحامة وذمية |
| adnexitis, gonorrheal | التهاب الملحقات ، السيلاني |
| adrenal insufficiency, acute | عواز كظري ، حاد |

| | |
|---|---|
| adrenogenital syndrome | المتلازمة الكظرية التناسلية |
| adsorption | امتزاز |
| afebrile Weber – Christian disease | داء ويبر كريستيان اللاحمي |
| age spots | بقع المسنين ، البقع الشيخوخية |
| aggressive infantile fibromatosis | ورام ليفي عداوني طفلي |
| aging skin | جلد المسنين ، الجلد الهرم |
| agranulocytosis | انعدام المحببات |
| – infantilis hereditiaria | – الطفلي الوراثي |
| agriculture, contact dermatitis and eczema | الزراعة ، الإكزيمة والتهاب الجلد التماسي |
| AIDS | المعمم ( الإيدز ) |
| – CDC | CDC – |
| – classification | – التصنيف |
| – clinical findings | – الموجودات السريرية |
| – confirmatory test | – اختبار التثبيت |
| – infections | – أخماج |
| – opportunistic tumors | – أورام انتهازية |
| – oral hairy leukoplakia | – طلاوان مشعر فموي |
| – patients, Kaposi's sarcoma | – مرضى ، غرن كابوزي |
| – screening test | – اختبار النخل |
| – treatment | – معالجة |
| AIDS – related complex (ARC) | معقد مرتبط بالمعمم ( الإيدز ) |
| AIP (acute intermittent porphyria) | البرفيرية المتقطعة الحادة |
| air – block technique | تقنية إحصار الهواء |
| alastrim | نُبْخ |
| albinism | مهق |
| – ocular | – عيني |
| – oculocutaneous (OCA) | – جلدي عيني |
| Albinism – deafness syndrome | متلازمة المهق – الصمم |
| albinismus partialis | مهق جزئي |
| albinoidism, oculocutaneous | مهق ، جلدي عيني |
| Albright's syndrome | متلازمة ألبرايت |
| Albright – McCune – Sternberg syndrome | متلازمة ألبرايت – ملك كون |
| alcohol(s) | كحول ، غول |
| – flushing | – بيغ |
| alcoholic iodine solution | محلول كحولي يودي |
| alcoholic solutions | محاليل كحولية |
| Aldrich's syndrome | متلازمة الدريش |
| Aleppo boil | حَبة لَيْشُمانيه ( حبة حلب ) |
| aleukemic reticulosis | شباك لا ابيضاضي |
| Alibert – Brazin form, mycosis fungoides | شكل اليبرت – برازين ، الفطار الفطراني |
| alkali – containing componds | مركبات تحوي على القلويات |
| alkaptonuria | بيلة ألكبتونية |
| – ochronosis | – مغرانية |
| allergens, contact (see also contact) | مستأرجات ، بالتماس ( انظر التماس أيضاً ) |
| allergic | أرجي |
| – balanitis asthma | – التهاب حشفة |
| – bronchial | – ربو قصبي |
| – cheilitis | – التهاب شفة |
| – conjunctivitis | – التهاب الملتحمة ، رمد |
| – contact dermatitis (see allergic contact dermatitis) | – التهاب جلد بالتماس ( انظر التهاب الجلد بالتماس الأرجي ) |
| contact eczema (see allergic contact eczema) | – اكزيمة بالتماس ( انظر اكزيمة التماس الأرجية ) |
| – contact reactions, mucous membranes | – تفاعلات تماسية ، الأغشية المخاطية |
| – drug – induced exanthem | – طفحية محدثة بالدواء |

| English | Arabic |
|---|---|
| – dyshidrosiform eczema, chronic | ـ اكزيمة خلل التعرق ، المزمنة |
| – dyshidrosiform eczema, hematogenous | ـ اكزيمة خلل التعرق ، المكونه للدم |
| – granulomatosis | ـ ورام حبيبي |
| – leukocytoclastic vasculitis, drug eruptions | ـ التهاب أوعية كاسر للكريات البيض ، طفوح دوائية |
| – reactions, clinical disease equivalent | ـ تفاعلات ، مكافئات المرض السريري |
| – reactions, humoral | ـ تفاعلات ، خلطية |
| – skin changes, streptococci | ـ تبدلات جلدية ، بالعقديات |
| – stomatitis | ـ التهاب الفم |
| – urticaria (see also urticaria) | ـ شرىٰ ( انظر الشرىٰ أيضاً ) |
| – vasculitis (see also vasculitis, allergic) | ـ التهاب أوعية ( انظر التهاب الأوعية الأرجي أيضاً ) |
| – vasculitis, hemorrhagic type | ـ التهاب أوعية ، النمط النزفي |
| – vulvitis | ـ التهاب الفرج |
| allergic contact dermatitis | التهاب جلد أرجي بالتماس |
| – acute | ـ حاد |
| – acute, children | ـ حاد ـ أطفال |
| – acute, treatment | ـ حاد ـ معالجة |
| – chronic | ـ مزمن |
| – hematogenous | ـ مكون للدم |
| allergic contact eczema | ـ اكزيمه تماس أرجية |
| – acute | ـ حادة |
| – chronic | ـ مزمنة |
| – chronic, localization | ـ مزمنة ، موضعة |
| – hematogenous | ـ مكونة للدم |
| allergy | أرج |
| – bee and wasp venom | ـ سم النحلة والزنبور |
| – climatic | ـ مناخي |
| – combined | ـ مشترك |
| – contact, monovalent | ـ بالتماس ، أحادية التكافؤ |
| – contact, oligovalent | ـ بالتماس ، قليلة التكافؤ |
| – group | ـ زمرة |
| – photocontact | ـ ضوئي بالتماس |
| .– pollen | ـ الطلع |
| – pseudoallergic reaction | ـ تفاعل أرجي كاذب |
| – skin tuberculosis with allergic response | ـ تدرن جلدي ذو استجابة أرجية |
| ALM (acrolentiginous melanoma) | م . ش . ن ( ملانوم شامات النهايات ) |
| alopecia | حاصة |
| – anagen – dystrophic | ـ طور النمو ـ حثلية |
| – androgenetic female | ـ اندروجينية أنثوية |
| – androgenetic male | ـ اندروجينية ذكرية |
| – areata (see alopecia areata) | ـ بقعية ( انظر الحاصه البقعيه ) |
| – atrophic | ـ ضمورية |
| – caused by pressure | ـ محدثة بالضغط |
| – caused by traction | ـ محدثة بالشد |
| – circumscripta, pelade | ـ محوطه ، ثعلبة |
| – chronic diffuse, in women | ـ مزمنه منتشرة ، في النساء |
| – congenital | ـ ولادية |
| – diffusa | ـ منتشرة |
| – immediate type | ـ نمط عاجل |
| – late type | ـ نمط متأخر ( آجل ) |
| – male pattern | ـ نموذج ذكري |
| – mucinosa | ـ مخاطينية |
| – parvimaculata | ـ بقعية دقية |
| – permanent | ـ دائمة |
| – postinfection, circumscribed | ـ عقب الخمج ـ محوطة |
| – prematura | ـ مبكرة |
| – pressure, infantile | ـ انضغاطية ، طفلية |
| – scarring | ـ ندبية |
| – telogen | ـ طور الانتهاء |
| – temporalis congenita | ـ صدغية ولادية |
| – triangularis | ـ صدغية مثلثية الزوايا ، |

| | |
|---|---|
| temporalis congenitalis | ولادية |
| – temporary (see alopecia, temporary) | ـ عابرة ( انظر الحاصة العابره ) |
| alopecia areata | حاصة بقعية |
| – atrophicans | ـ ضمورية |
| – maligna | ـ خبيثه |
| – nail changes | ـ تبدلات ظفرية |
| – totalis | ـ كلية |
| alopecia, temporary | حاصة ، وقتية / عابرة |
| – circumscribed | ـ محوطة |
| – diffuse | ـ منتشرة |
| alpha – antitrypsin deficiency, panniculitis | عواز مضاد التريبسين ألفا ، التهاب السبله الشحميه |
| alpha – fucosidase deficincy | عواز الفا ـ فوكوسيداز |
| alpha – lipoproteins | الفا ـ البروتينات الشحمية |
| alpha – mannosidase deficieny | عوز الفا ـ مانوسيداز |
| alteration cavitaire | تناوب كهفي |
| alaminum salts | أملاح الألمنيوم |
| aluminum subacetate solution | محلول تحت استيت الألمنيوم |
| analgam tattooing | وشم بالملغم |
| ambustio | حرق ، سمط |
| amelanosis | لاملاني |
| amelanotic melanoma | الملانوم اللاملاني |
| – malignant (AMM) | ـ الخبيث ( م . ل . خ ) |
| American leishmaniasis | داء الليشمانيات الأميركي |
| – cutaneous form | ـ الشكل الجلدي |
| – mucocutaneous from | ـ الشكل الجلدي المخاطي |
| amin colpitis | التهاب المهبل بالأمين |
| amino acid metabolism disorders | اضطرابات استقلاب الحمض الأميني |
| aminoglycoside(s) | امينوغليكوزيدات |
| – antibiotics | ـ الصادات |
| AMM (amelanotic malignant melanoma) | م . ل . خ ( ملانوم لاملاني خبيث ) |
| ammoniated mercury | زئبق امونياني |
| amphotericin B | امفوتيريسين ب |
| amyloid(s) | نشواني |
| – corresponding diseases | ـ أمراض موافقه |
| – elastosis | ـ مران |
| – macroglossia | ـ ضخامة لسان |
| – rings | ـ حلقات |
| amyloidoses/ amyloidois | الداء النشواني |
| – bullous (hemorrhagic) | ـ الفقاعي ( نزفي ) |
| – cutaneous | ـ الجلدي |
| – hemorrhagic bullous cutaneous | ـ الفقاعي النزفي الجلدي |
| – interscapular cutaneous | ـ جلد بين الكتفين |
| – macular cutaneous | ـ جلدي بقعي |
| – nail changes | ـ تبدلات ظفرية |
| – nodularis atrophicans | ـ العقيدي الضموري |
| – pericollagenous | حول الكلاجين |
| – perireticular | حول الشبكي |
| – perireticulin | حول الشبكين |
| – reactive | ـ نشيط |
| amyloidosis, systemic | الداء النشواني ، المجموعي |
| – idiopathic | الغامض |
| – musculocutaneous, primary | العضلي الجلدي ، الأولي |
| anaerobic infections | اخماج لا هوائية |
| anaerobic vaginosis | داء المهبل اللاهوائي |
| anagen phase, hair cycle | طور النمو ، دورة الشعرة |
| anagen – dystrophic | نمو حثلي |
| – alopecia | ـ حاصة |
| – effluvium | ـ نفحه ، تساقط الأشعار |
| – hair loss | ـ فقد الأشعار |
| anal | شرجي |
| – abscesses, perianal | ـ خراجات ، حول الشرج |
| – eczema | ـ اكزيمة |

| | |
|---|---|
| – fissure | شق |
| – fistulas | نواسير |
| – perianal thombosis | خثار حول الشرج |
| – prolapse | – تدلي |
| – tags | مياسم |
| venous thrombosis, acute | – خثار وريدي ، حاد |
| analphaproteinema | الفابروتينيمية |
| anaphylactic/ anaphylactoid | تأقية / تأقانية |
| – purpura | – فرفرية |
| – shock | – صدمة |
| anaphylactic/ anaphylactoid reactions, grading | تفاعلات تأقية / تأقانية / تدرج |
| – treatment | – معالجة |
| – type I | – نمط I |
| *Ancylostoma braziliense* | *الملقوه البرازيلية* |
| *ancylostoma duodenale* | *الملقوه العفجية* |
| Andersen's disease | داء اندرسين |
| androgenetic alopecia | الحاصة الأندروجينية |
| – female pattern | – طراز انثوي |
| – male pattern | – طراز ذكري |
| – in woman (female) | – في النساء ( أنثوي ) |
| androgenetic effluvium | تساقط أشعار أندروجيني |
| androgenic syndromes, acne | المتلازمات الأندروجينية ، عد |
| anemia | فقر الدم |
| – Fanconi's | – فانكوني |
| – hemolytic | – الانحلالي |
| – microangiopathic hemolytic | – الانحلالي باعتلال الأوعية الصغيرة |
| – sickle cell | – المنجلي |
| anesthetic ulcer/ulcerations | قرحة التبنيج ( التخدير ) / تقرح |
| anesthetics/ anesthetizing drugs | مبنجات ( مخدرات ) / أدوية مبنجة |
| anetoderma(s) | ضمور الجلد البقعي |
| – jadassohn type | – نمط جاداسون |
| – pelizary type | – نمط بيلليزاري |
| – Schwenninger – Buzzi type | نمط شوينتجر – بوزي |
| angina | ذبحة ، ذباح |
| – agranulocytotica | – ندرة المحببات |
| – catarrhalis | – النزلي |
| – diphtherica | – خناقي |
| – granulocytotica | – المحببات |
| – lacunaris et follicularis | – جوبي وجريبي |
| – Ludwig's | – لودفيغ |
| – monocyte | – الوحيدات |
| – Plaut – Vincent | – بلو – فنسان |
| – syphilitica | – افرنجي |
| – tonsillae linguae heterotopicae | – اللوزات اللسانية في غير مكانها |
| – ulceromembranacea | – تقرح الخاطيات |
| angioblastic lymphoid hyperplasia with eosinophilia | فرط التنسج اللمفاوي وعائي الأرومة كثير الحمضات |
| angioblastic reticulosarcoma of the scalp | الغرن الشبكي وعائي الأرومة على الفروة |
| angiochondromatosis | ورام غضروفي وعائي |
| angiodermatitis, disseminated pruriginous | التهاب جلد وعائي ، حكاكي ( أكالي ) منتشر |
| angioedema | وذمة وعائية |
| – hereditary | – وراثية |
| angioendotheliomatosis proliferams | ورام بطاني وعائي تكاثري |
| – systemica | – مجموعي |
| angiohemophilia | ناعور وعائي |
| angioimmunoblastic lymphadenopathy | الاعتلال العقدي اللمفي وعائي الأرومة المناعي |
| – with dysproteinema | – المترافق بخلل بروتين الدم |
| angiokeratoma | تقران وعائي ( قرنوم وعائي ) |
| – corporis (see | – جسمي ( انظر التقران |

| English | Arabic |
|---|---|
| angiokeratoma corporis) | الوعائي الجسمي ) |
| – digitorum acroasphycticum | ـ أصبعي باختناق الأطراف |
| – Mibelli | ـ ميبيللي |
| – scroti | ـ صفني |
| – vulvae | ـ فرجي |
| angiokeratoma corporis | تقران وعائي ( قرنوم وعائي ) جسمي |
| – circumscriptum | ـ محدد |
| – diffusum | ـ منتشر |
| – diffusum universale | ـ منتشر معمم |
| – naeviforme | ـ وحمى الشكل |
| angiolipoma | شحموم وعائي |
| angiolopathies | اعتلال وعائي |
| angiolupoid (Brocq – Pautrier) syndrome | المتلازمة الذأبانية الوعائية ( بروك بواتريه ) |
| angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia | فرط تنسج وعائي لمفاني مع كثرة الحمضات |
| angioma | وعاؤوم ( ورم وعائي ) |
| – arteriale racemosum | ـ شرياني عنقودي |
| – of labial margin | ـ حافة الشفة |
| – senile | ـ شيخي |
| – serpiginosum | ـ ساعي |
| – cerebelli et retinae | ـ مخيخي وشبكي |
| – encephalotrigem – inalis | ـ دماغي ثلاثي التوائم |
| – tentinocerebellosa | ـ خيمه المخيخ |
| angiomyoneuroma | عصبوم عضلي وعائي |
| angioneurotic edema | وذمة وعائية عصبية |
| angiopathy, diabetic | اعتلال وعائي سكري |
| – inflammatory | ـ التهابي |
| angioplastic sarcoma of the galea | غرن وعائي الأرومة على الفروة |
| angiosarcoma, skin of the head and face | غرن وعائي ، جلد الرأس والوجه |

| English | Arabic |
|---|---|
| angiospasticum, pseudoleukoderma | تشنج وعائي ، وضح كاذب |
| angiotropic lage – cell lymphoma | لمفوم الخلايا الكبيرة ذو الإنحياز الوعائي |
| angitis, malignant granulomatous | التهاب الأوعية ، الحبيبومي الخبيث |
| angular cheilitis | التهاب الشفه الزاوي |
| angulus infectiosus | الزاوية الخمجية |
| anhidrosis | اللاعرقية |
| – hypotrichotica | نقص الأشعار |
| anhidrotic ectodermal dysplasia | فرط تنسج ( ثدن ) الأديم الظاهر اللاعرقي ( مانع العرق ) |
| animal | حيواني |
| – oils | ـ زيوت |
| – parakeratosis | خطل التقرن |
| – scabies in man | ـ الجرب في الإنسان |
| Ann Arbor lymph node classification | تصنيف العقد اللمفية لآن أربور |
| Annelida (ringlet or bristle worms) | العلقيات ( الديدان الحلقية أو الهلبية ) |
| annual erythema multiforme | الحمامى عديدة الأشكال السنوية ( الفصلية ) |
| annular elastolytic giant cell granuloma | حبيبوم الخلايا العملاقة الحلقي الحال للنسيج المرن |
| annular lichen planus | حزاز مسطح حلقي |
| anocutaneous gangrenous ergotism | الأرغوتية المواتية في جلد منطقة الشرج |
| anomalies | شذوذات |
| anorectal melanoma | ملانوم مستقيمي شرجي |
| anthelix, elastotic nodules | وترة ، عقيدات مرنة |
| anthralin | أنترالين |
| anthrax | جمرة خبيثة |
| antibiotic drugs/antibiotics | أدوية صادة / صادات |
| – aminoglycoside | ـ أمينو غليكوزيد |
| anticholinergic substances | مواد مضادة ، للفعل الكوليني |

| English | العربية |
|---|---|
| antidepressants | مضادات الاكتئاب |
| antifugal drugs | أدوية مضادة للفطور |
| antihistamine | مضادات الهستامين |
| antiinflammatory drugs/substances | مواد / أدوية مضادة للالتهاب |
| – nonsteroidal | ـ غير ستيروئيدية |
| antimalarials | مضادات البرداء |
| antimetabolites | مضادات الإستقلاب |
| antiperspirant drugs | أدوية مضادة للتعرق |
| antipruritic drugs | أدوية مضادة للحكة |
| antipruritic formulae | صيغ مضادة للحكة |
| antipsoriatic treatment | معالجة مضادة للصداف |
| antiseptic drugs | أدوية مطهرة |
| anxietas tibiarum | قلق الظنبوب |
| aortic arteritis | التهاب الشريان الأبهري |
| aortopathy, idiopathic medical | اعتلال الأبهر ، الطبي الغامض |
| aphthae | قلاع |
| – Bednar's | ـ بيدنار |
| – chronic intermittent recurrent | ـ مزمن متقطع راجع |
| – habitual | ـ اعتيادي |
| – Mikulicz's | ـ ميكوليكز |
| – recurrent, chronic | ـ راجع ، مزمن |
| – solitary | ـ وحيد |
| aphthiod pospischill – Feyrter | قلاعاني لبوسبيشيل ـ فرتر |
| aphthosis Behcet | قلاع بهجت |
| aphthosis, bipolar | الداء القلاعي ، ثنائي القطب |
| aphthous disease | داء قلاعي |
| aphthous fever | حمى قلاعية |
| aplasia cutis circumscripta | لا تنسج الجلد المحدد |
| aplasia cutis congenita | لا تنسج الجلد الولادي |
| – clinical groupings | ـ الزمر السريريه |
| apocrine | مفترزة |
| – hidradenoma | ـ غدوم عرقي |
| – hidrocystoma | ـ كيسنوم عرقي |
| – miliaria | ـ دخنية |
| – sweat glands | ـ غدد عرقية |
| aponeurosis fibrosa plantaris | السفاق الليفي الأخمصي |
| apoproteins | صميم بروتيني |
| apudoma, cutaneous | ورم يتألف من خلايا APUD(*) ، جلدي |
| aquagenic urticaria | شرى الماء |
| aqueous solutions | محاليل مائية |
| arachnida (spiders) | العناكب |
| arachnodactyly | عنكبيه الأصابع |
| arborizing varices | دوالي متفرعة |
| ARC (AIDS – related complex) | المعقدات المتعلقة بالإيدز / المعمم / |
| arginine – succinic aciduria | بيلة حمضية سيكسينات الأرجينين |
| argininosuccinic acid syndrome | متلازمة حمض سيكسينات الأرجينين |
| argyria | تفضض |
| Arndt's sign | علامة أرندت |
| Arndt – Gottron syndrome | متلازمة أرندت ـ غوترون |
| Arning's carcinoid | سرطاوي أرنينغ |
| Arning's solution | محلول أرنينغ |
| arrector pili muscles | العضلات مقفة الأشعار |
| arsenic keratoses | تقرانات زرنيخية |
| arsenic melanosis | ملان زرنيخي |
| arterial circulatory disorders | اضطرابات الشرايين الدورانية |
| – classification | ـ تصنيف |
| arterial occlusive disease, chronic | داء شرياني مسد ، مزمن |
| – clinical stages | ـ المراحل السريرية |
| – differential therapy | ـ المعالجات المختلفة |
| arteriosclerosis | تصلب شرياني |
| arteriosclerosis oblitorans | تصلب شرياني مسد |
| arteritis | التهاب الشريان |
| – aortic | ـ الأبهري |

(*) APUD : نظام خلوي نازع للكاربوكسيل وقابض لطلائع الأمين .

| | |
|---|---|
| – cranialis | ـ القحفي |
| – giant cell | ـ ذو الخلايا العرطلة |
| – giant cell , systemic | ـ ذو الخلايا العرطلة ، المجموعي |
| – temporal/temporalis | ـ الصدغي |
| arthritis | التهاب المفصل |
| – gonorrheal monoarthritis | ـ التهاب المفصل السيلاني الوحيد |
| – Heberden's | ـ لهيبردين |
| – psoriatica | ـ الصدافي |
| – urica | ـ اليوريكي |
| arthropathia psoriatica | اعتلال المفصل الصدافي |
| arthropod reactions | تفاعلات مفصليات الأرجل |
| arthrospores | أبواغ مفصلية |
| Arthus reaction | تفاعل أرتوس |
| artificial radiation sources | منابع التشعيع الصنعية |
| ascariasis | داء الصفر |
| *Ascaris lumbricoides* | *الصفر الخراطينية* |
| Ascher's syndrome | متلازمة أشر |
| ashy dermatosis | الجلاد الرمادي |
| *Aspergillus* | *الرشاشية* |
| asteatosis (sebostasis) | انعدام الزهم |
| asteatoic cheilitis | التهاب الشفة بانعدام الزهم |
| asteatotic eczema of the aged | اكزيمة انعدام الزهم عند المسنين |
| asterisk nevus | وحمة كوكبية |
| asthma, bronchial, allergic | ربو ، قصبي ، أرجي |
| astringent drugs | أدوية قابضة |
| ataxia telangiectasia/ telangiectatica | رنح بتوسع الشعيرات |
| atheroma | عصيدة |
| atherosclerosis | تصلب عصيدي |
| athlet's foot | قدم الرياضيين |
| atopic dermatitis | التهاب الجلد التأتبي |
| – humoral immunity | ـ مناعة خلطية |
| – multifactoral phthogonesis | ـ الإمراض متعدد العوامل |

| | |
|---|---|
| atopic eczema | الإكزيمة التأتبية |
| – adolescents | ـ في اليفع |
| – adults | ـ في الكهول |
| – cellular immunity | ـ مناعة خلوية |
| – childhood/children | ـ في الطفولة / الأطفال |
| – Dennie – Morgan line | ـ خطديني ـ مورغان |
| – diagnotic guidelines | ـ دلائل التشخيص |
| – infants | ـ في الرضع |
| – neonatal life | ـ في حياة الوليد |
| – nummular | ـ نمية |
| – special forms | ـ أشكال خاصة |
| – treatment | ـ المعالجة |
| – vascular response | ـ استجابة وعائية |
| atopic winter feet | أقدام الشتاء التأتبية |
| atopy | التأتب |
| – inhalation test | ـ اختبار الاستنشاق |
| – nasal test | ـ اختبار الأنف |
| – provocation test | ـ اختبار التحريش |
| – skin tests | ـ اختبارات الجلد |
| atrichia | الصلع ( المرط ) |
| atrophic | ضموري |
| – alopecia | ـ حاصة |
| – disease with tufted hairs | ـ داء مع أشعار لمية ( الخصل ) |
| – parapsoriasis | ـ نظير الصداف |
| – skin, tigid | ـ الجلد ، الصمل |
| – skin, slack | ـ الجلد ، الرخو |
| atrophie blanche | الضمور الأبيض |
| – ulcerated | ـ المتقرح |
| – venous | ـ الوريدي |
| atrophoderma, neviform, systematized | ضمور الجلد ، وحمي الشكل ، المجموعي |
| atrophodermia vermiculata | ضمور الجلد الدوداني ( دودي الشكل ) |
| atrophy/atrophies | ضمور / ضمورات |
| – acquired | ـ مكتسب |
| – of the epidermis | ـ البشرة |

| English | Arabic |
|---|---|
| – genital, primary | ـ تناسلي ، بدئي |
| – genital, senile | ـ تناسلي ، شيخي |
| – inanition | ـ سغابي |
| – neurogenic | ـ عصبي المنشأ |
| – pressure | ـ انضغاطي |
| – senile actinic | ـ شيخي سفعي |
| – of the skin, acquired | ـ الجلد ، المكتسب |
| – of the skin, congenital | ـ الجلد ، الولادي |
| – tension | ـ توتري |
| – of the vulva, primary | ـ الفرج ، الأولي |
| – of the vulva, senile | ـ الفرج ، الشيخي |
| – white | ـ أبيض |
| atypical | لا نمطي ، لا نموذجي |
| – fibroxanthoma | ـ صفروم ليفي |
| – lymphogranuloma – tosis | ـ ورام حبيبي لمفي |
| – mycobacterial infections | ـ أخماج المتفطرات |
| – or pseudopyogenic granuloma | ـ أو حبيبوم تقيحي كاذب |
| aurantiasis cutis | الجلد البرتقالي |
| auricular appendage | لاحقة الأذن |
| auricular nodule, painful | عقيدة الأذن ، المؤلمة |
| auriculotemporal sydrome | متلازمة الأذن والصدغ |
| Auspitz's phenomenon | ظاهرة أُسبتز |
| autoerythrocyte sensitization | تحسيس الكريات الحمر الذاتي |
| autoimmune diseases, nail changes | أدواء المناعة الذاتية ، تبدلات ظفرية |
| autoimmune progesterone dermatitis | التهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي |
| – of pregnancy | ـ في الحمل |
| automated reagin test | اختبار الراجنة الذاتية |

| English | Arabic |
|---|---|
| automutilation syndrome | متلازمة الجدع الذاتي |
| autosomal dominant ichthyosis vulgaris | السماك الشائع الوراثي الجسدي السائد |
| avitaminoses | عوز فيتاميني |
| avoidance diet | تجنب القوت |
| axilla, freckle – like spots | الإبط ، بقع شبيهة بالنمش |
| axillary | إبطي |
| – fibromas | ـ ليفومات |
| – freckling | ـ نمش |
| – granuloma | ـ حبيبوم |
| azotemic onychopathy | اعتلال ظفري آزوتمي |

# B

| English | Arabic |
|---|---|
| bacille Calmette – Guérin (BCG) | عصية كالميت – غويرين ( ب ث ج ) |
| *Bacillus anthracis* | *عصيات الجمرة الخبيثة* |
| bacteria | جراثيم |
| bacterial emboli | صمات جرثومية |
| bacterial flora of the skin | نبيت الجلد الجرثومي |
| Bagdad boil | دمل بغداد ، حبة ليشمانية |
| Bagdad button | حبة بغداد ، حبة ليشمانية |
| Bahia ulcer | قرحة باهيا |
| bakers, contact dermatitis and eczema | الخبازون ، التهاب الجلد التماسي والاكزيمة |
| balanitic thrush | سلاق الحشفة |
| balanitis | التهاب الحشفة |
| – allergic | ـ الأرجي |
| – candidomycetica | ـ بالمبيضات |
| – erosiva circinata | ـ المتحلق التآكلي |
| – gangrenosa phagedenica | ـ قرحة آكلة مواتية |
| – keratotica et pseudoepitheliom – atosa | ـ التقرني والظهارومي الكاذب |

| | |
|---|---|
| – ulcerosa | ـ القرحي |
| – urethritis | ـ التهاب الإحليل |
| – xerotica obliterans | ـ الجاف المسد |
| balanoposthitis | التهاب الحشفة والقلفة |
| – acute | ـ الحاد |
| – acute contact allergic | ـ التماسي الأرجي الحاد |
| – acute infectious | ـ الخمجي الحاد |
| – candidomycetica | ـ بالمبيضات |
| – chronic | ـ المزمن |
| – chronica circumscripta benigna plasmacellularis | ـ المزمن المحدد السليم مصوري الخلايا |
| – concomitant | ـ الملوث |
| – diabetic | ـ السكري |
| ballooning | نُفخ |
| bamboo hair | شعر خيزراني |
| Bancroft's filariasis | داء الخيطيات البانكروفتية |
| bandage(s) | عِصَابة ( ج ، عصائب ) |
| – plasters | ـ الشرائط اللاصقة |
| Barraquer – Simons syndrome | متلازمة باراكيه ـ سيمونز |
| Bartholin's gland | غدة برتولين |
| bartholinitis, gonorrheal | التهاب غدة برتولين ، السيلاني |
| bartonellaceae | البرتونيلة |
| bartonellosis | داء البرتونيلات |
| Bart – Pumphrey syndrome | متلازمة بارت ـ بومفري |
| Bart's syndrome | متلازمة بارت |
| basal cell | الخلية القاعدية |
| – degeneration, hydropic vacuolar | ـ تنكس ، موه فجوي |
| epithelioma | ـ ظهاروم |
| layer (stratum basale) | ـ طبقة ( طبقة قاعدية ) |
| – layer, changes | ـ طبقة ، تبدلات |
| – liquefaction | إماعة |
| – nevus syndrome | ـ متلازمة وحمة |
| – papilloma | ـ حليموم |
| – tumor | ـ ورم |
| basal cell carcinoma/cancer | سرطان/سرطانة الخلية القاعدية |
| – cystic | ـ كيسية |
| – differential diagnosis | ـ التشخيص التفريقي |
| – giant | ـ العملاقة |
| – keloidal | ـ الجدرية |
| – metatypical | ـ النمط المتبدل |
| – mixed type | ـ النمط المختلط |
| – morpheiform | ـ قشيعية الشكل |
| – nevoid | ـ الوحمانية |
| – pagetoid | ـ الباجيتانية |
| – solid | ـ الصلبة |
| – superficial | ـ السطحية |
| – ulcerating | ـ التقرحية |
| basaloma | قاعدوم ( ورم أو سرطان الخلية القاعدية ) |
| – giant | ـ العملاق |
| – keloidiform | ـ جدري الشكل |
| – pearls | ـ لؤلؤي |
| – pigmented | ـ المصطبغ |
| – planum cicatricans | ـ المسطح الندبي |
| – sclerodermiform | ـ الشبيه بتصلب الجلد |
| – solidum | ـ الصلب |
| – terebrans | ـ الثاقب |
| – trichotillobasalioma | ـ قاعدوم ( ورم الخلية القاعدية ) نتف الأشعار |
| bases | أساس ، قاعدة |
| – incorporation of drugs | ـ انجبال الأدوية |
| – principles for the selection | ـ اسس ( مبادئ ) الانتقاء |
| – for topical treatment | ـ للمعالجة الموضعية |
| basophil collagen degeneration | تنكس المغراء ( الكلاجين ) الأسسي |
| basophilic leukemia | ابيضاض الأسسات |
| basosquamous acanthoma | الشوكوم القاعدي الوسفي |
| baths, dermatological | الحمّامات ، في طب الجلد |
| – indications | ـ الاستطبابات |

| | |
|---|---|
| – oils | ـ الزيوت |
| Bauru | بورو |
| Bayle's disease | داء بيل |
| B – cell neoplasia | ورم الخلايا البائية |
| B – cell pseudolymphoma | لمفوم الخلايا البائية الكاذب |
| BCG (bacille Calmette – Guerin) | ب. ث. ج ( عصيات كالميت غويرين ) |
| – vaccination | ـ تلقيح |
| Beau – Reil lines | خطوط بو ـ ريل |
| Becker's | بيكر |
| – melanosis | ـ ملان |
| – nevus | ـ وحمة |
| Bednar's aphthae | قلاع بيدنار |
| bees | النحل |
| – venom allergy | ـ الأرج السمي |
| Behcet's | بهجت |
| – disease | ـ داء |
| – disease, classification | ـ داء ، تصنيف |
| – pustules | ـ بثور |
| – syndrome | ـ متلازمة |
| Bejel | البجل |
| Bence Jones plasmacytoma | ورم المصوريات لبنس جونس |
| benign | الحميد |
| – chronic bullous dematosis in children | ـ الجلاد الفقاعي المزمن في الأطفال |
| – epithelial tumors | ـ الأورام الظهارية |
| – familial chronic pemphigus | ـ الفقاع المزمن العائلي |
| – giant cell synovioma | ـ ورم الخلايا العملاقة الزليلي |
| – histiocytoses | ـ كثرة المنسجات |
| – inoculation lymphoreticulosis | ـ الشباك اللمفي التلقيحي |
| – intraductal papilloma | ـ الحليموم داخل القنوي |
| – juvenile melanoma | ـ الملانوم الفتوي |
| – lymphoplasias | تنسجات لمفاوية |
| – miliary lupoid | ـ الذأباني الدخني |
| – mucosal pemphigoid | ـ الفقاعاني المخاطي |
| – plaques | ـ اللويحات |
| – tumors | ـ الأورام |
| benzophenone derivatives | مشتقات البنزوفينون |
| benzoyl peroxide | بنزويل بيروكسايد |
| benzyl benzoate | بنزوات البنزيل |
| Berardinelli – Seip syndrome | متلازمة بيراردينلي ـ سيب |
| berloque dermatitis | التهاب الجلد القلادي |
| Bernard – Soulier syndrome | متلازمة برنارد ـ سولير |
| Besnier – Boeck – Schaumann disease | داء بينيه ـ بيك ـ شومان |
| Besnier's prurigo | حكاك بينيه |
| beta – lipoproteins | مرض بيتا ، العريض |
| beta – lipopteins | البروتينات الشحمية ، بيتا |
| beta – thalassemia | التلاسيمية ، بيتا |
| bile pigments | الأصبغة الصفراوية |
| bilharziasis | داء البلهرسيات |
| biliverdinemia, hyperbiliverdinemia | نقص البليفردين في الدم / فرط البليفردين في الدم |
| biopsy | الخزعة |
| – depth | ـ العمق |
| – procedures | ـ الإجراءات |
| – site of excision | ـ مكان الاستئصال |
| – size | ـ القد |
| – treatment of material | ـ معالجة المادة |
| birch tar | قطران البتولا |
| bird mites | سوس الطير |
| birthmark | وحمة |
| Birt – Hogg – Dube syndrome | متلازمة بيرت ، هوغ ، ديوب |
| Biskra boil | دمل بسكارا |
| bismuth | بزموت |
| Björnstad's syndrome | متلازمة بجورنستاد |
| B – K mole syndrome | متلازمة الخال ( الشامه ) ب . ك |

| English | Arabic |
|---|---|
| black | السوداء ، الأسود |
| – blastomycosis | – الفطار البرعمي |
| – death | – الموت |
| – dermographism | – كتوبية الجلد |
| – dot ringworm | – سعفة النقط |
| – hairy tongue | – اللسان المشعر |
| – heel | – العقب |
| – piedra, molds | – البصرة ، العفن |
| – smallpox | – الجدري |
| – tongue | – اللسان |
| – widow spider | – العنكبوت الأرملة |
| blackhead | الرأس الأسود |
| *Blastomyces* | *الفطر البرعمي* |
| blastomycosis | الفطار البرعمي |
| – black | – الأسود |
| blenorrhea | داء السيلان |
| blepharitis chroica eczematosa | التهاب الجفن المزمن الإكزيمي |
| blepharochalasis | ارتخاء الجفن |
| blindniss, snow | العمى ، الثلج |
| blisters/blistering | نفطات / تنفط |
| Block – Sulzberger syndrome | متلازمة بلوخ – سولزبيرجر |
| blood extravasation | تسرب دموي |
| – nomenclature | – تسمية |
| blood vessels | الأوعية الدموية |
| – tumors | – أورام |
| Bloom's syndroms | متلازمة بلوم |
| Bloom – Torre – Machacek syndrome | متلازمة بلوم – تور – ماكاسيك |
| blue nevus | الوحمة الزرقاء |
| blue – rubber – bleb – nevus syndrome | متلازمة الوحمة المجلية المطاطية |
| blushing | البيغ |
| body (clithes) louse | قمل الجسد ( الثياب ) |
| Boeck's sacoid | غرناوية بيك |
| bone(s) | عظم ( ج : عظام ) |
| – eosinophilic granuloma | – الحبيبوم الحمضي |

| English | Arabic |
|---|---|
| – tertiary syphilis | – الإفرنجي الثالثي |
| – tumors | – الأورام |
| Bonnevie – Ullrich syndrome | متلازمة بونيفي – ألريش |
| (borderline (dimorphous) leprosy | الجذام الحدي ( ثنائي الشكل ) |
| *Borrelia burgdorferi* | *بُورَلِيَّة بورغ دورفيري* |
| – infection | – خمج |
| bosh yaws | الداء العليقي / اليوز الكاذب ( مرادف لداء الليشمانيات الأمريكي ) |
| botryomycoma | ورم عنقودي |
| Bouchard's nodes | عقد بوشارد |
| boura | من مرادفات اليوز |
| Bourneville – Pringle disease | داء بورنيفيل – برنيغل |
| Bourneville's disease | داء بورنيفيل |
| boutonneuse fever | حمى من مجموعة الحمى المبقعة |
| bovine papilloma virus (BPV) | حمة الحليموم البقرية |
| bowel bypass syndrome | متلازمة مجازة الأمعاء |
| Bowen's carcinoma | سرطانة بوفن |
| Bowen's disease | داء بوفن |
| – subungual tumors | – أورام تحت الظفر |
| bowenoid genital papules/papulosis | الحطاط / الحطاطات التناسلية البوفنانية |
| BPV (bovine papillma virus) | ح ح ب ( حمة الحليموم البقرية ) |
| branch varicosis, lateral | الدوالي الفرعية ، الجانبية |
| branchial cysts | الكيسات الفرعية |
| branchial fistulas | النواسير الفرعية |
| Brazilian | البرازيلي |
| – blastomycosis | – الفطار البرعمي |
| – pemphigus | – الفقاع |
| – pemphigus foliaceus | – الفقاع الورقي |
| breast cancer | سرطان الثدي |
| breast, fibroadenoma | الثدي ، الغدوم الليفي |

Brill's disease — داء بريل
Brill – Symmers disease — داء بريل – سيمير
broad beta disease — داء بيتا العريض
Brocq, érythrose pigmentée péri – buccale — بروك ، احمرار ما حول الفم التصبغي
Brocq – Pautrier syndrome, — متلازمة بروك – بواتريه
angiolupoid — الذأباني الوعائي
Brocq's disease — داء بروك
bromhidrosis — الصنان
bromide acne — العد البرومي
bromoderma — الجلاد البرومي
bronze baby syndrome — متلازمة الطفل البرونزي
bronze diabetes — السكري الشبهي
brown recluse spider — العنكبوت الناسك البني
brucella — البروسيلة
brucellosis — داء البروسيلات
*Brugia malayi* — بروغي مالاي
bubo — دبل
Buckley (hyper – IgE syndrome) — بوكليه ( متلازمة فرط الغلوبولين IgE )
Buerger's disease — داء بورجير
bufexamac — بوفيكساماك
bugs — بق
bullae — فقاعات
bulla repens — الفقاعة الزاحفة
bulldog scalp syndrome — متلازمة فروة البلدغ ( نوع من الكلاب )
bullous — الفقاعي
– congenital ichthyosifotm erythoderma — – الأحمرية السماكية الشكل الولادية
– dermatitis herpetiformis — – التهاب الجلد حلئي الشكل
– dermatoses in childhood, chronic — – الجلادات في الأطفال ، المزمنة
– dermatoses, mixed — – جلادات ، مختلطة
– disease, classification — داء ، تصنيفه
– eruption, recurrent, of the hands and feet — – طفح ، راجع ، على اليدين والقدمين
– (hemorrhagic) amyloidosis — – ( نزفي ) داء نشواني
– impetigo — – قوباء
– lichen planus — – حزاز مسطح
bullous pemphigoid — الفقاعاني الفقاعي
– childhood — – الطفولة
– coexistence — – تواجده
– differential diagnosis — – تشخيصه التفريقي
– edematous — – الوذمي
– erythematous — – الحمامي
– juvenile — الفتوي
– localized — – الموضع
– nail changes — – التبدلات الظفرية
– nodular — – العقيدي
– vegetating — – التنبتي
– vesicular — – الحويصلي
bumblebees — النحلة الطنانة
Bureau – Barrière syndrome — متلازمة بورو – بارير
Bürger – Grütz syndrome — متلازمة بورجر – غروتز
burn(s) — حرق ( ج : حروق )
– electric — – كهربائي
– Shock — – صدمة
sunburn — – حرق شمس
– Wallace's rule of nines — – قاعده التسعة لوالاس
burning feet syndrome — متلازمة القدم الحارقة
burning of the tongue (glossopyrosis) — حرق اللسان ( حرقة اللسان )
Buschke – Löwenstein tumor — ورم بوشكيه – لوفنشتاين
– (condylomata gigantea) — – ( اللقموم العملاق )

| | |
|---|---|
| Buschke – Ollendorf syndrome | متلازمة بوشكيه – اوليندروف |
| Buschke's heat melanosis, induced by electric pad | الملان الحراري لبوشكيه المحدث بالوسادات الكهربائيه |
| Buschke's scleredema | تصلب الجلد لبوشكيه |
| Busse – Buschke's disease | داء بوس – بوشكيه |
| butazones | بوتازون |
| butcher's warts | ثآليل اللحامين |
| butterfly rush | طفح الفراشة |

## C

| | |
|---|---|
| café – au – lait spot | بقعة القهوة بالحليب |
| calabar swelling | تورم كالابار |
| calcaneal petechiae | حبر على العقب |
| calcifying epithelioma of Malherbe | الظهاروم المتكلس لماليرب |
| calcinosis | كلاس |
| – acrocalcinosis | – كلاس الأطراف |
| – disseminated | – منتثر |
| – dystrophic | – حثلي |
| – lipogranulomatosa progrediens | – حبيبومي شحمي مترقي |
| – metabolic/ metabolica, circumscripta | – استقلابي محدد |
| – metabolic, localized | – استقلابي ، موضع |
| – metabolic, universal | – استقلابي ، معمم |
| – metastatic | – نقيلي |
| calcium chloride | كلوريد الكالسيوم |
| calcium nodules, cutaneous | عقيدات كلسية ، جلدية |
| – edges of the ears | – حواف الأذنين |
| calculus cutaneous | حصاة جلدية |
| California disease | داء كاليفورنيا |
| callositas/callosities | أثفان |
| callus(es) | شثن |
| – chewer's | – الماضغ |
| – eczema | – إكزيمة |
| – milker's | – الحلاب |
| calvities hippocratica | صلع أبقراط |
| *Calymmatobacterium granulomatis* | *حبيبوم الجراثيم المحوطة* |
| Cameroon swelling | تورم الكاميرون |
| camouflage | تمويه |
| cancer (see also carcinoma, pre – and pseudocanceroses or tumors) | سرطان ( انظر أيضاً مقدمة السرطانات والسرطانات الكاذبة أو الأورام ) |
| – basal cell | – الخلية القاعدية |
| – breast | – الثدي |
| – precanceroses | – سابق / مقدمة السرطانات |
| cancerization, field | تسرطن ، ساحة ( حقل ) |
| cancrum oris | قلاع فموي ، تقرح فموي |
| candida | المبيضات |
| – *C. albicans* | – *المبيضات البيض* |
| – balanitis | – التهاب الحشفة |
| – balanoposthitis | – التهاب الحشفة والقلفة |
| – colpitis | – التهاب المهبل |
| – folliculitis | – التهاب الجريبات الشعرية |
| – granuloma | – حبيبوم |
| – intertrigo | – مذح |
| – onychomycosis | – فطار ظفري |
| – paronychia | – داحس |
| – vulvovaginitis | – التهاب فرج ومهبل |
| candidamycosis | فطار بالمبيضات |
| candidiasis | داء المبيضات |
| candidiasis | داء المبيضات |
| – in the diaper area | – في منطقة الحفاض |
| – endocrinopathy syndrome | – متلازمة الاعتلال الصماوي |
| – interdigital | – فوتي |
| – mucocutaneous, chronic | – جلدي مخاطي ، مزمن |

| English | Arabic |
|---|---|
| – of the mucous membrane of the mouth | – في مخاطية الفم |
| – of the vagina | – في المهبل |
| canities | شيب ، وضح |
| – physiological | – فيزيولوجي |
| – praecox | – مُبتسر ، مبكر |
| – symptomatica | – عرضي |
| capillaritis alba | التهاب الشعيرات البيضاء |
| carate | البنتا |
| carbamide purpura | فرفريه الكارباميد |
| carbohydrate – and fat induced hyperlipidemia | فرط شحميات الدم المحدثه بالسكريات والدسم |
| carbohydrate – induced hyperlipedemia | فرط شحميات الدم المحدثة بالسكريات |
| carbohydrate – induced triglyceridemia | ثلاثي الغليسريد الدموية المحدثه بالسكريات |
| carbon dioxide snow | ثاني أكسيد الكربون الثلجي |
| carbon monoxide poisoning, acute | التسمم بأكسيد الكربون الأحادي ، الحاد |
| carbuncle | الجمرة ( الحميدة ) |
| carcinoid, Arning's | السرطاوي ( كارسينوئيد ) ، أرنينغ |
| carcinoid syndrome, flushing | متلازمة السرطاوي ، البيغ |
| carcinoma (see also pre – and pseudocanceroses, cancer or tumors) | سرطانة ( انظر أيضاً مقدمة السرطانات والسرطانات الكاذبة ، السرطان أو الأورام ) |
| – basal cell (see carcinoma, basal cell) | – الخلية القاعدية ( انظر سرطانة الخلية القاعدية ) |
| – Bowen's | – بوفن |
| – Merkel cell | – خلية ميركل |
| – en cuirasse | – صلده ، مدرعة |
| – erysipelatoides | – حمرانية |
| – of the esophagus, keratosis palmoplantaris | – المري ، التقران الراحي الأخمصي |
| – genital, herpes genitalis | – تناسلي ، حلأ تناسلي |
| – lip | – شفة |
| – lupus | – ذأب |
| – metastatic | – نقيلي |
| – of the oral cavity, verrucous | – جوف الفم ، ثؤلولي |
| – penis | – القضيب |
| – radiation | – تشعيع |
| – reticulum cell | – الخلية الشبكية |
| – roentgen | – رونتجن |
| – secondary | – ثانوية |
| – self – healing primary squamous cell | – خلية وسفيه بدئية ذات شفاء ذاتي |
| – in situ, penis | – موضعية ( لابده ) ، القضيب |
| – of the skin, neuroendocrine | – الجلد ، عصبي صماوي |
| – small cell, primary | – الخلية الصغيرة ، الأولية |
| – spinocellular | – شائكه الخلايا |
| – squamous cell | – الخلية الوسفية |
| – tongue | – اللسان |
| – trabecular | – التربيقية |
| – vulva | – الفرج |
| carcinoma, basal cell | السرطانة ، قاعدية الخلايا |
| – cystic | – الكيسية |
| – differential diagnosis | – التشخيص التفريقي |
| – giant | – العملاقة |
| – keloidal | – الجدرية |
| – metatypical | – ذات النمط المتبدل |
| – mixed type | – النمط المختلط |
| – morpheiform | – قشيعي الشكل |
| – nevoid | – الوحمانية |
| – pagetoid | – الباجيتانية |
| – pigmented | – المصطبغة |
| – solid | – الجامدة ، الصلدة |
| – superficial | – السطحية |

| English | Arabic |
|---|---|
| – ulcerating | ـ المتقرحة |
| carotinosis | داء الكاروتين |
| Carrion's disease | داء كاريون |
| cartilage | غضروف |
| cartilage tumors | أورام غضروفية |
| Casal's collar | طوق كاسال |
| Castellani's solution | محلول كاستيلاني |
| – colorless | ـ اللالوني |
| castor bean tick | قراد نبات الخروع |
| catagen phase, hair cycle | طور الهبوط والتراجع أو التقويض ، دورة الشعرة |
| cartaphoresis | الرحلان الكهربي الراجع |
| cataplasms | لبخات |
| cataract, congenital poikiloderma dysplasia | ساد ، خلل تنسج الجلد المبكل الولادي |
| caterpillars | يسروع |
| cativa | البنتا |
| cat – scratch disease | داء خمشة القطة |
| cat's ear (cheek ear) | أذن القطة ( الأذن الوجنية ) |
| cauliflower ear | الأذن القنبيطية |
| caustic drugs | الأدوية الكاوية |
| cavernous hemangiomas | الوعاؤومات الدموية الكهفية |
| cell layer | طبقة الخلية |
| – prickle | ـ الشائكة |
| – spinous | ـ الشائكة / الوسفية |
| cell leukoses, undifferented | تكثر نسيج البيض الخلوي ، اللاتمايزي |
| cellulr blue nevus | الوحمة الزرقاء الخلوية |
| cellulite | الهلل |
| cellulitis | التهاب الهلل |
| – eosinophilic | ـ الحمضي |
| centroblastic – centrocytic lymphoma | لمفوم الخلية المركزية ذات الأرومة المركزية |
| centroblastic lymphoma | لمفوم الأرومة المركزية |
| centrocytic lymphoma | لمفوم الخلية المركزية |

| English | Arabic |
|---|---|
| CEP (congenital erythtopoietic porphyria) | البرفيرية مكونة الحمر الولادية |
| cephalosporins | السيفالوسبورينات |
| ceramides | السيراميداز |
| cercarial dermatitis | التهاب الجلد بالذانبة |
| cercical fibromas | ليفومات الزمزيق |
| cerebello – oculo – cutaneous telangiectasia | توسع الشعيرات المخيخي ، العيني ، الجلدي |
| cerebroside lipidosis | شحام سيريبروزيدي |
| cerebrospinal fluid examination, syphilis | فحص السائل المخي النخاعي ، الإفرنجي |
| cervical lipomatosis | ورام شحمي رقبي |
| cervicitis, gonorrheal | التهاب العنق السيلاني |
| Cestoda (tapeworms) | القليديات ( الشريطيات ) |
| cetrimide | ستريميد |
| chancre, miliary follicular | قرح ، دخني جريبي |
| chancre, soft | قرح ، لين |
| chancriform pyoderma | تقيح الجلد قرحي الشكل |
| chancroid | قريح |
| – complement fixation test | ـ اختبار تثبيت المتممة |
| – follicular | ـ جريبي |
| Chédiak – Higashi syndrome | متلازمة شيدياق ـ هيغاشي |
| cheek ear (cat's ear) | الأذن الخدية ( أذن القطة ) |
| cheek(s), mucous membranes | خد ( ج : خدود ) ، الأغشية المخاطية |
| cheilitis | التهاب الشفه |
| – actinic | ـ السفعي ، السافع |
| – allergic | ـ الأرجي |
| – angular | ـ الزاوي |
| – asteatotic | ـ بانعدام الزهم |
| – contact | ـ التماسي |
| – exfoliativa | ـ التقشري |
| – glandular form | ـ الشكل الغدي |

| English | Arabic |
|---|---|
| – glandularis apostematosa | ـ الغدي الخراجي |
| – glandularis simplex | ـ الغدي البسيط |
| – granulomatosa | ـ الحبيبومي |
| – migarating | ـ الهاجر |
| – sicca | ـ الجاف |
| – simplex | ـ البسيط |
| **cheiropompholyx** | داء الفقعان على اليدين |
| **chemical(s)** | كيميائي |
| – causes, toxic substances | ـ الأسباب ، المواد السمية |
| – cauterization | ـ كي |
| – depigmentation | ـ زوال الصباغ |
| **chemosurgery, Moh's** | الجراحة الكيميائية ، جراحة موس |
| **chest wall, sclerosing periphlebitis** | جدار الصدر ، التهاب محيط الوريد التصلبي |
| **cheveux incoiffables** | شعر غير قابل للتمشيط |
| **chewer's callus** | شثن الماضغ |
| **chewing pads** | رفادات المضغ |
| ***cheyletiella* infection** | خمج *السوس* ، خمج *الشايلتيللا* |
| **cheylitiellosis** | داء السوس ، داء الشايلتيللا |
| **chicago disease** | داء شيكاغو |
| **chickenpox** | حماق |
| **chiclero ulcer** | قرحة الليشمانية الأميركية |
| **chilbains** | الشرث |
| – acute spring | ـ الربيعي الحاد |
| – autumn | ـ الخريفي |
| – lupus | ـ الذأبي |
| **childhood/children** | الطفولة / الأطفال |
| – acute allergic contact dermatitis | ـ التهاب الجلد التماسي الأرجي الحاد |
| – acute irritant dermatitis | ـ التهاب الجلد التخريشي الحاد |
| – atopic eczema | ـ الإكزيمة التأتبية |
| – benign chronic bullous dermatoses(is) | ـ الجلادات الفقاعية المزمنة الحميدة |
| – bullous pemphigoid | ـ الفقاعاني الفقاعي |
| – chronic allergic contact eczema | ـ إكزيمة التماس الأرجية المزمنة |
| – chronic bullous dermatoses | ـ الجلادات الفقاعية المزمنة |
| – chronic cumulative irritant eczema | ـ إكزيمة تخريشية تراكمية مزمنة |
| – detmatitis | ـ التهاب الجلد |
| – eczema | ـ الإكزيمه |
| – frictional lichenoid dermatitis | ـ التهاب الجلد الحزازني بالاحتكاك |
| – linear IgA dermatosis | ـ الجلاد الخطي ( بالغلوبولين IGA ) |
| – marasmus | ـ السغل |
| – nummular eczema | ـ الإكزيمة النمية |
| – papular dermaritis | ـ التهاب الجلد الحطاطي |
| – peridigital eczema | ـ إكزيمة حول الأصابع |
| – perioral eczwma | ـ إكزيمة حول الفم |
| – prurigo of childhood, acute | ـ حكاك الطفولة ، الحاد |
| – scurvy | ـ البثع |
| – seborrheic eczema | ـ الإكزيمة المثية |
| – skin disorders | ـ اضطرابات الجلد |
| – symmetrical vermiform facial atrophy | ـ ضمور الوجه دودي الشكل المتناظر |
| ***Chinese restaurant syndrome*** | ـ متلازمه المطعم الصيني |
| – *C. psittaci* | ـ *المتدثرة / الببغائية* |
| – *C. trachomatis* | ـ *المتدثرة الحثرية* |
| – *trachomatis with urogenital* infections | ـ *الحثرية والأخماج البولية التناسلية* |
| – urethritis | ـ التهاب الإحليل |
| **chlamydospores** | أبواغ متدثرة |
| **chloasma** | الكلف |
| **chloramine** | كلورامين |
| **chloramphenicol** | كلورامفينكول |
| **chlorhexidine acetate** | كلور هيكسيدين أستيت |
| **chloroma** | خضروم ( ورم أخضر ) |

| | |
|---|---|
| chlorquinaldol | كلوركينالدول |
| – necrosis | ـ نخز |
| chlortetracycline | كلور تتراسكلين |
| cholesterol emboli | صمات الكولسترول |
| cholinergic urticaria | شرى كولينرجي |
| chondrodermatitis nodularis chronica helicis | التهاب الجلد والغضروف العقيدي المزمن في حتار الأذن |
| chondrodysplasia – hemangioma syndrome | متلازمة الوعاؤوم الدموي حثلي الغضروف |
| chondroma | غضروم ( ورم غضروفي ) |
| chondromalacia, generalized | تلين الغضروف ، المعمم |
| chromhidrosis | تلون التعرق |
| chromic acid | حمض الكروم |
| chromoblastomycosis | الفطار البرعمي الصبغي |
| chromomycetic elephantiasis | فيل الفطار الصبغي |
| chromomycosis | الفطار الصبغي |
| chronic | المزمن |
| – lymphadenopathy syndrome | ـ متلازمة اعتلال العقد اللمفية |
| – lymphocytic leukemia (CLL) | ـ ابيضاض لمفاوي |
| – mucocutaneous candidosis | ـ داء المبيضات الجلدي المخاطي |
| – mucocutaneous candidosis with delayed mamifestation | ـ داء المبيضات الجلدي المخاطي ذو التظاهرة الآجلة |
| – porphyria syndrome | ـ متلازمة البرفيرية |
| – pyodermas | ـ تقيحات الجلد |
| – vegetating dermatitis | ـ التهاب الجلد التبنتي |
| – venous insufficiency (see CVI) | ـ القصور الوريدي ( انظر القصور الوريدي المزمن ) |
| chrysiasis | تذهب |
| Churg – Strauss disease | داء شارج ـ ستراوس |
| Churg – Strauss granuloma | حبيبوم شارج ـ ستراوس |
| chylomicrons | كيلو مكرونات ، الدقائق الكيلوسية |
| cicatrical pemphigoid | الفقاعاني الندبي |
| cicatrices (scars) | الندبات |
| ciclopiroxolamine | سيكلوبيروكسولامين |
| cimicosis | داء البق |
| cinnamaldehydes | سينامال ديهيد |
| circumscribed | المحدد |
| – hyperpigmentation | ـ فرط التصبغ |
| – inflammatory alopecia | ـ الحاصة الالتهابية |
| – myxedema | ـ الوذمة المخاطية |
| – postinfection alopecia | ـ الحاصة عقب الخمج |
| – precancerous melanosis of Dubreuilh | ـ الملان مقدمة السرطان لدوبروي |
| – scleroderma | ـ تصلب الجلد |
| – sebaceous gland hyperplasia | ـ فرط تنسج الغدد الزهمية |
| – skin edema, acute | ـ وذمة الجلد ، الحادة |
| – temporary alopecia | ـ الحاصة العابرة |
| – pretibial myxedema | ـ الوذمة المخاطية أمام الظنبوب |
| circumscript myxoderma in hypothyroidism | الوذمة المخاطية المحددة في قصور الدرقية |
| circumvallate papillae | الحليمات المسيجة |
| cirullinemia | قلة ( نقص ) السترولين في الدم |
| *Cladosporium* | فطور كلادوسبوريوم |
| clavus | ثفن |
| claw nail | ظفر مخلبي |
| clear cell(s) | الخلية الصافية ( الرائقة ) |
| – acanthoma | ـ شوكوم |
| clearing reaction Meinicke | التفاعل الصافي ( الرائق ) مينيك |

| | |
|---|---|
| climatic allergy | الأرج المناخي |
| climatic bubo | دبل مناخي |
| climatotherapy, psoriasis | المعالجة بالمناخ ، الصداف |
| clindamycin | كلندامايسين |
| clioquinol | كليوكينول |
| CLL (chronic lymphocytic leukemia) | ابيضاض لمفاوي مزمن |
| clothes, contact allergens | الثياب ، المستأرجات بالتماس |
| clubbed fingers | الأصابع المتعجرة |
| – Hippocratic | ـ الأبقراطية |
| – idiopathic, and periostosis | ـ الغامض ، والتعظم السمحاقي |
| coagulation disorders | اضطرابات التخثر |
| – liver diseases | ـ أمراض الكبد |
| – uremia | ـ يوريمية |
| coagulation | التخثر |
| – disseminated intravascular | ـ داخل الأوعية المنتثر |
| – electrocoagulation | ـ تخثير كهربائي |
| – intravascular, disseminated (see also DIC) | ـ داخل الأوعية ، المنتثر ( انظر أيضاً DIC ) |
| coagulopathy, consumption | الإعتلال الخثري ، السلالي |
| coal tar(s) | قطران الفحم الحجري |
| – solution | ـ محلول |
| cobalamin (vitamin B12) | كوبالامين ( فيتامين ب١٢ ) |
| *Coccidioides* | *الكروانية* |
| coccidioidomycosis | الفطار الكرواني |
| coccygeal sinus | الجيب العصعصي |
| Cockayne's syndrome | متلازمة كوكاين |
| Cockayne – Touraine syndrome | متلازمة كوكاين ـ تورين |
| coiled gland | غدة ملتفة |
| cold | البرد |

| | |
|---|---|
| – compresses | ـ رفادات |
| – panniculitis (see also panniculitis) | ـ التهاب السبلة الشحمية |
| – purpura | ـ فرفرية |
| – sore | ـ قرحة |
| – urticaria | ـ شرى |
| cold – agglutinin disease | داء راصات البرد |
| collagen | الكلاجين ، ( المغراء ) |
| – biosynthesis | ـ الإنشاء / التركيب الحيوي |
| – degeneration, basophil | ـ تنكس ، أسسي |
| – molecular characteristics | ـ المميزات الجزيئية |
| – types | ـ أنماط |
| collagenosis, reactive perforating | الداء المغراوي ، الثاقب النشط |
| collagenous plaques of hands and feet | اللويحات المغراوية على اليدين والقدمين |
| collodion | كولوديون |
| colloid degeneration of the skin | تنكس غرواني في الجلد |
| colloid milium | الدخينة الغروانية |
| color changes | التبدلات اللونية |
| coloration, nails | تلوين ، الأظفار |
| colored sweat | عرق ملون |
| colorless Castellani's solution | محلول كاستيلاني اللالوني |
| combined allergy | أرج مشارك |
| combustio | الحرق |
| comedo | زؤان |
| – closed | ـ مغلق |
| – open | ـ مفتوح |
| comedones | زؤان |
| – fistulated | ـ متنوسر |
| – following ionizing radiation | ـ تالي للتشعيع الشاردي / المؤين |
| – giant | ـ عملاق |
| common | شائع |

| English | Arabic |
| --- | --- |
| – eczema | ـ إكزيمة |
| – gnat | ـ بعوضة |
| – warts | ـ ثآليل |
| compact powder | بودرة / مسحوق مكتنز |
| composition | تركيب |
| compression bandaging | تعصيب ضاغط |
| condyloma acuminatum giganteum | اللقموم المؤنف العملاق |
| condylomata | لقموم |
| – acuminata | ـ مؤنف |
| – acuminata, classic type | مؤنف ، النمط المدرسي |
| – gigantea (Buschke – Löwensteim tumor) | ـ العملاق ( ورم بوشكيه ـ لوفشتاين ) |
| – plana | ـ مسطح |
| confirmatory tests | اختبارات مثبتة ( مشخصة ) |
| congelation | انجماد |
| congenital | ولادي |
| – absence of skin | ـ غياب الجلد |
| – alopecia | ـ حاصة |
| – atrophies of the skin | ـ ضمورات الجلد |
| – dyskeratosis | ـ خلل التقرن |
| – ectodermal dysplasia | ـ ثدن ( فرط تنسج ) الأديم الظاهر |
| – erythroderma with deafness | ـ أحمرية مع صمم |
| – erythrodermia ichthyosiformis | ـ أحمرية سماكية |
| – erythropoietic porphyria (CEP) | ـ البرفيرية المكونة للحمر |
| – fistulae of the lower lip | ـ ناسور الشفة السفلى |
| – generalized phlebectasia | دوالي معممة |
| – hypertrichosis lanuginosa | ـ فرط الأشعار الزغبي |
| – hypotrichosis | ـ نقص الأشعار |

| English | Arabic |
| --- | --- |
| – ichthyosiform erythroderma, nonbullous | الأحمرية السماكية ، غير الفقاعية |
| – localized absence of skin (see congenital localized...) | ـ غياب الجلد الموضع ( انظر غياب الجلد الموضع الولادي ) |
| – lymphedema, essential | ـ وذمة لمفية ، أساسية |
| – lymphedema, hereditary | ـ وذمة لمفية ، وراثية |
| – melanosis diffusa | ـ ملان منتشر |
| – mesodermal dysplasia | ـ ثدن الأديم المتوسط |
| – nail changes | ـ تبدلات ظفرية |
| – neurocutaneous sensory syndromes | ـ متلازمات جلدية عصبية حسية |
| – pachyonychia | ـ ثخن الأظفار |
| – phimosis | ـ تضيق القلفة |
| – poikiloderma (see congenital poikiloderma) | ـ تبكل الجلد ( انظر تبكل الجلد الولادي ) |
| – polykeratosis | ـ التقران العديد |
| – porphyria | البرفيرية |
| – progressive lipodystrophy | ـ الحثل الشحمي المترقي |
| – self – healing reticulohistiocytosis | ـ كثرة المنسجات الشبكي ذات الشفاء الذاتي |
| – syphilis | ـ الإفرنجي / السفلس |
| – telangiectasis with dysotosis | ـ توسع الشعيرات مع سوء التعظم |
| – telangiectatic erythema | الحمامى متوسعة الشعيرات |
| – white spots | ـ البقع البيض |
| congential localized absence of skin | غياب الجلد الموضع الولادي |
| – and associated abnormalities resembling epidermolysis bullosa | ـ والشذوذات المرافقه الشبيهة بانحلال البشرة الفقاعي |

| English | Arabic |
|---|---|
| – epidermolysis bullosa and | ـ انحلال البشرة الفقاعي |
| congenital poikiloderma | تبكل الجلد الولادي |
| – with blisters | ـ مع النفاطات |
| – dysplasia with cataract | ـ الثدن ( فرط التنسج) مع الساد |
| – with warty hyperkeratosis | ـ مع فرط التقرن الثؤلولي |
| conidia | الغُبيرات |
| conidiophores | حاملات الغبيرات |
| conjunctivitis | التهاب الملتحمة ، الرمد |
| – allergic | ـ الأرجي |
| – gonorrheal | ـ السيلاني |
| – inclusion | ـ الاشتمالي |
| connective tissue | النسيج الضام |
| – disease (see connective tissue disease) | ـ داء ( انظر داء النسيج الضام ) |
| – collagen fiber | ـ الليف الكلاجيني |
| – collagen molecule | ـ جزيء مغراني |
| – elastic fiber | ـ الليف المرن |
| – fibroblast | ـ أرومة ليفية |
| – ground substance | ـ المادة الأساسية |
| – heteditary syndromes | ـ المتلازمات الوراثية |
| – nevi/nevus, lumbosacral | ـ الوحمات / الوحمة ، القطنية العجزية |
| – nevi/nevus, large nodular disseminated | ـ الوحمات / الوحمة ، كبيرة العقيدات المنتثرة |
| – panniculitis | ـ التهاب السبلة الشحمية |
| – reticulin fiber | ـ الليف الشبكي |
| connective tissue disease | داء النسيج الضام |
| – feet | ـ القدمين |
| – hands | ـ اليدين |
| – panniculitis | ـ التهاب السبلة الشحمية |
| – penis | ـ القضيب |
| constitutional face mask | قناع الوجه البنيوي |
| constitutional granular gigantism | العملقة الحبيبية البنيوية |
| constriction of extremities | تخصر / تضييق الأطراف |
| construction workers and masons, contact dermatitis and eczema | عمال البناء والبناؤون ، التهاب الجلد التماسي والاكزيمة |
| consumption coagulopathy | اعتلال خثري سُلالي |
| contact acne | العد التماسي |
| contact allergens (see also contact allergy) | المستأرجات التماسية ( انظر الأرج التماسي أيضاً ) |
| – clothes | ـ الثياب |
| – cosmetics | ـ المزوقات |
| – environment | ـ البيئة ، المحيط |
| – jewelary | ـ الحلي |
| – leather | ـ الجلد |
| – location of skin reaction | موضع التفاعل الجلدي |
| – occupational | ـ مهني |
| – plants | ـ النباتات |
| – rubber components | ـ المركبات المطاطية |
| – topical treatment agents | ـ عوامل المعالجة الموضعية |
| contact allergy | الأرج التماسي |
| – immune tolerance | ـ التحمل المناعي |
| – lymphocytic transformation test (LTT) | ـ اختبار التحول اللمفاوي ( ا ت ل ) |
| – macrophage migration inhibition | ـ تثبيط هجرة البلعمة |
| – monovalent | ـ أحادي التكافؤ |
| – oligovalent | ـ قليل التكافؤ |
| – polyvalent | ـ عديد التكافؤ |
| – resistance | ـ مقاومة |
| contact cheilitis | التهاب الشفة التماسي |
| contact dermatitis | التهاب الجلد التماسي |

| English | العربية |
|---|---|
| – acute (see contact dermatitis, acute) | ـ الحاد ( انظر التهاب الجلد التماسي ، الحاد ) |
| – agriculture | ـ زراعة |
| – allergic, acute (see contact dermatitis, acute allergic) | ـ الأرجي ، الحاد ( انظر التهاب الجلد التماسي ، الأرجي الحاد ) |
| – allergic, chronic | ـ الأرجي ، المزمن |
| – allergic, hematogenous | ـ الأرجي ، المكون للدم |
| – bakers | ـ الخبازون |
| – diagnostic test kit | ـ مواد الاختبار التشخيصي |
| – electricians | ـ الكهربائيون |
| – hairdressers | ـ الحلاقون |
| – housewives | ـ ربات المنزل |
| – irritant, acute (see contact dermatitis, acute irritant) | ـ التخريشي ، الحاد ( انظر التهاب الجلد التماسي ، التخريشي الحاد ) |
| – irritant, chronic | ـ التخريشي ، المزمن |
| – masons and construction workers | ـ البناؤون وعمال البناء |
| – metal workers | ـ عمال التعدين |
| – office workers | ـ عمال المكاتب |
| – professions allied to medicine | ـ العاملون الطبيون |
| – textile workers | ـ عمال النسيج |
| contact dermatitis, acute | التهاب الجلد التماسي ، الحاد |
| – allergic (see contact dermatitis, acute allergic) | ـ الأرجي ( انظر التهاب الجلد التماسي ، الأرجي الحاد ) |
| – antibiotics | ـ الصادات |
| – antihistamines | ـ مضادات الهستامين |
| – antiinflammatory drugs | ـ الأدوية المضادة للالتهاب |
| – antimicrobial substances | ـ المواد المضادة للجراثيم |
| – chemotherapeutic agents | ـ عوامل المعالجة الكيميائية |
| – dermatological radiotherapy | ـ المعالجة الشعاعية الجلدية |
| – glucocorticosteroids | ـ الستيروئيدات |
| – irritant (see contact dermatitis, acute irritant) | ـ التخريشي ( انظر التهاب الجلد التماسي ، التخريشي الحاد ) |
| – nonallergic | ـ اللاأرجي |
| – nonteroidal antiinflammatory agents | ـ العوامل المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية |
| – salicylic acid | ـ حمض الصفصاف |
| – saluretics | ـ المدرات الملحية |
| – sulfur | ـ الكبريت |
| – tars | ـ القطران |
| contact dermatitis, acute allergic | التهاب الجلد التماسي ، الأرجي الحاد |
| – avoidance of contact allergens | ـ تجنب المستأرجات التماسية |
| – children | ـ الأطفال |
| – cleansing of the skin | ـ تنظيف الجلد |
| – removal | ـ إزالة |
| – contact dermatitis, acute irrtant | التهاب الجلد التماسي ، التخريشي الحاد |
| – chemical cotact irritants | ـ المهيجات / المخرشات الكيميائية التماسية |
| – crusted stage (stadium crustosum) | ـ مرحلة التجلب ( مرحلة التجلب ) |
| – erythema stage (stadium erythematosum et oedematosum) | ـ المرحلة الحمامية ( المرحلة الحمامية والوذمية ) |
| – exudative stage (stadium madidans) | ـ المرحلة النضحية ( المرحلة الرطبة ) |
| – physical irritants | ـ المخرشات الفيزيائية |
| – residual erythema stage | ـ مرحلة الحمامى الثمالية |
| – scaling stage (stadium squamosum) | ـ مرحلة التوسف |

| English | Arabic |
|---|---|
| – vesicular stage (stadium vesiculosum et bullosum) | ـ مرحلة التحوصل ( مرحلة الحويصلات والفقاعات ) |
| contact eczema | إكزيمة التماس |
| – acute allergic | ـ الأرجية الحادة |
| – acute toxic | ـ السمية الحادة |
| – agriculture | ـ الزراعة |
| – allergic, acute | ـ الأرجية ، الحادة |
| – allergic, chronic (see contact eczema, chronic allergic) | ـ الأرجية ، المزمنة ( انظر اكزيمة التماس ، الأرجية المزمنة ) |
| – allergic, hematogenous | ـ الأرجية ، مكونة الدم |
| – bakers | ـ الخبازون |
| – chronic (see contact eczema, chronic) | ـ المزمنة ( انظر إكزيمة التماس ، المزمنة ) |
| – diagnostic test kit | ـ مواد الإختبار التشخيص |
| – cleansing of the skin | ـ تنظيف الجلد |
| – electricians | ـ الكهربائيون |
| – housewives | ـ ربات المنزل |
| – masons and construcution workers | ـ البناؤون وعمال البناء |
| – metal workers | ـ عمال التعدين |
| – nonallergic | ـ اللاأرجية |
| – office workers | ـ عمال المكاتب |
| – professions allied to medicine | ـ العاملون الطبيون |
| – removal | ـ إزالة |
| – textile workers | ـ عمال النسيج |
| – treatment | ـ المعالجة |
| contact eczema, chronic | اكزيمة التماس ، المزمنة |
| – allergic | ـ الأرجية |
| – allergic, avoidance of contact allergens | ـ الأرجية ، تجنب المستأرجات التماسية |
| – antibiotics | ـ الصادات |
| – antihistamines | ـ مضادات الهستامين |
| – antiinflammatory drugs | ـ الأدوية المضادة للالتهاب |
| – antimicrobial substances | ـ المواد المضادة للجراثيم |
| contact eczema, chronic | إكزيمة التماس ، المزمنة |
| – chemotherapeutic agents | ـ عوامل المعالجة الكيميائية |
| – cumulative irritant | ـ التخريشية التراكمية |
| – dermatological radiotherpy | ـ المعالجة الشعاعية الجلدية |
| – glucocorticosteroids | ـ الستيروئيدات القشرية السكرية |
| – nonsteroidal antiinflammatory agents | ـ العوامل المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية |
| – salicylic acid | ـ حمض الصفصاف |
| – saluretics | ـ المدرات الملحية |
| – sulfur | ـ الكبريت |
| – tars | ـ القطران |
| – therapy | ـ المعالجة |
| contact urticaria (see also urticaria) | الشرى التماسي ( انظر الشرى أيضاً ) |
| copper | النحاس |
| – copper II, oleate – tetrahydronaphtha – lene | ـ النحاس II ، أوليات رباعي هيدرو النافتالين |
| – deficiency, pili torti | ـ عوز ، الأشعار الملتوية |
| – metabolism | ـ استقلاب |
| coproporphyria, hereditary (HCP) | الكبروبرفيرية ، الوراثية |
| cord – like superficial phlebitis | التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل |
| cord – shaped superficial phlebitis of the penis | التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل على القضيب |
| Cori s disease | داء كوري |
| corn | ثفن ، مسمار |
| Cornelia de Lange syndrome | متلازمة كورنيليا دو لانغ |
| corneocyte | الخلية القرنية |
| cornu cutaneum | الطبقة القرنية |

| | |
|---|---|
| corona phlebectatica | الدوالي الإكليلية |
| coronal sulcus lymphangtis | التهاب الأوعية اللمفية في التلم الإكليلي |
| coronl sulcus phlebitis | التهاب الوريد في التلم الإكليلي |
| corpuscles | جسيمات |
| – Golgi – Mazzoni | ـ غولجي ـ مازوني |
| – Kraus,s | ـ كراوس |
| – Pacini,s | ـ باسيني |
| – Ruffini,s | ـ روفيني |
| corrosion | التكال |
| corticosteroid(s) | الستيروئيدات القشرية |
| – combination preparations | ـ المستحضرات المركبة |
| – high potency | ـ القدرة العالية |
| – lipodystrophy | ـ حثل شحمي |
| – mild | ـ خفيف |
| – moderate strenghth | ـ متوسط القوة |
| – potent | ـ كمون |
| – treatment/ therapy, side effects | ـ المعالجة/ المعالجة ، التأثيرات الجانبية |
| – treatment/ therapy, systemic | ـ المعالجة/ المعالجة الجهازية |
| corynebacteria | الوتديات |
| cosmetic acne | عد المزوقات |
| cosmetics, contact allergens | المزوقات ، المستأرجات التماسية |
| Costen's syndrome | متلازمة كوستين |
| cotrimoxazole | كوتريموكسازول |
| cough test | إختبار السعال |
| coumarin necrosis, hemorrhagic | نخر بالكومارين ، نزفي |
| Cowden,s syndrome | متلازمة كاودن |
| cowpox virus | حمة الوقس |
| coxsackievirus | حمة كوكساكي |
| – exanthem | ـ طفحية ظاهرة |
| – infections | ـ أخماج |
| – type A | ـ نمط أ |
| crab louse | قمّل |
| Crandall's syndrome | متلازمة كراندال |
| creams | رهيمات / كريمات |
| creeping eruption | طفح زاحف |
| CREST syndrome | متلازمة كريست |
| crooked nail | ظفر معقوف |
| Crosti's reticulohistiocytosis | كثرة المنسجات الشبكي لكروستي |
| Crosti's syndrome | متلازمة كروستي |
| crotamiton | كروتاميتون |
| Crouzon's syndrome | متلازمة كروزون |
| Crowe's sign | علامة كروف |
| CRST syndrome | متلازمة كريست |
| crural ulcer | القرحة الفخذية |
| crusted scabies | الجرب المتجلب |
| crusts | جلبات |
| cryoglobulinemia | كريوغلوبولينمية ( الغلوبلين القري الدموي ) |
| – monoclonal | ـ وحيد النسيلة |
| – polyclonal | ـ متعددة النسائل |
| cryosurgery | الجراحة القرية |
| cryptococcosis | داء المستخفيات |
| cryptococcus | المستخفية |
| *Culex pipiens* | بعوضة كولكس بيبنس |
| culicosis bullosa | داء لدغ البعوض الفقاعي |
| culicosis, gnat bites | داء لدغ البعوض ، عضات البعوض |
| cumulative irritant contact eczema, chronic | إكزيمة التماس التخريشية التراكمية المزمنة |
| – children | ـ الأطفال |
| curly hair nervus | وحمة الأشعار الجعدة |
| curly hair syndrome | متلازمة الأشعار المجعدة |
| cutaneous American leishmaniasis | ـ داء الليشمانيات الأمريكي |
| – amyloidoses | ـ داء نشواني |
| – apudoma | ـ أبيودوما |
| – calcium nodules | ـ عقيدات كلسية |
| – diphtheria | ـ خناق |
| – extravascular necrotizing granuloma | ـ الحبيبوم النخري خارج الأوعية |

- histiocytoses ـ كثرة المنسجات
- horn ـ قرن
- larva migrans ـ داء اليرقات الهاجرة
- leishmaniasis ـ داء الليشمانيات
- leukemias ـ الابيضاضات
- lupus erythematosus ـ الذأب الحمامي
- mastocytoses ـ كثرة الخلايا البدينة
- non – Hodgkin's lymphomas, high malignancy ـ اللمفومات اللاهودجكينية ، عالية الخباثة
- paraneoplastic syndromes ـ المتلازمات المواكبة للأورام
- polyarteritis nodosa ـ التهاب الشرايين العقد
- reticulohistiocytosis ـ كثرة المنسجات الشبكي
- reticulosarcoma ـ الغرن الشبكي
- reticuloses ـ شباك
- syphilid ـ طفحة إفرنجية
- T – cell lymphomas, staging classification ـ لمفومات الخلايا التائية ، التصنيف المرحلي
- T – cell lymphomas, TNM staging classification ـ لمفومات الخلايا التائية ، التصنيف المرحلي TNM

cute اسم مرادف للنبتا

cutis الجلد
- hyperelastica ـ مفرط المرونة
- laxa ـ الرخو / تهدل
- marmorata ـ المرمري
- marmorata telangiectatica congenita ـ المرمري متوسع الشعيرات الولادي
- rhomboidalis nuchae ـ المعيني على القفا
- verticis gyrata ـ الرأس المتلفف
- verticis plicata ـ الرأس المثني

CVI (chtonic venous insufficiency) ق و م ( القصور الوريدي المزمن )
- clinical findings ـ موجوداته السريرية
- grades ـ درجاته

cylindroma اسطوانوم

cystadenoma, papillary intraductal غدوم كيسي ، حليمي داخل الأقنية

cyst(s) كيسة ( كيسات )
- branchial ـ غلصمية
- dermoid ـ جلدانية ( أدمية )
- ear ـ أذن
- epidermal ـ بشروية
- epidermal, secondary ـ بشروية ، ثانوية
- epithelial, traumatic ـ ظهارية ، رضحية
- epithelial, true ـ ظهارية ، حقيقية
- epithelioma adenoides cysticum ـ ظهاروم غداني كيسي
- eruptive vellus hair ـ الأشعار الزغبية الطفحية
- hair, rolled ـ أشعار ملتفة
- mucoid dorsal cyst of the fingers ـ كيسة مخاطانية على ظهر الأصابع
- mucoid, digital ـ مخاطاني ، أصبعي
- mucous ـ مخاطي
- mucous, traumatic ـ مخاطي ، رضحي
- myxoid finger ـ أصبع مخاطانية
- neck ـ العنق
- pilonidal ـ عش شعري
- proliferating trichilemmal ـ تكاثر غمد الشعرة الخارجي
- salivary gland ـ الغدة اللعابية
- scrotal ـ صفني
- sebaceus ـ زهمي
- sebaceus retention ـ احتباس زهمي
- sweat gland ـ الغدة العرقية
- thyroglossal duct ـ القناة الدرقية اللسانية
- traumatic mucous gland ـ غدة مخاطية رضحية
- traumatic mucous retention ـ احتباس مخاطي رضحي
- trichilemmal ـ غمد الشعرة الخارجي

cystic كيسي
- basal cell carcinoma ـ السرطانة قاعدية الخلايا
- fibrosis ـ تليف ( لياف )

- pancreatic fibrosis — تليف معثكلي
- tumors — أورام
- tumors, nevoid — أورام ، وحمانية
cysticercosis — داء الكيسات المذنبة
cysticercus disease — داء الكيسة المذنبة
cystinosis — الداء السيستيني
cytostatic drugs/cytostatics — الأدوية الموقفة للنمو الخلوي
- psoriasis vulgaris — الصداف الشائع
cytotoxic drugs — الأدوية السامة للخلايا
cytotoxic reaction, type II — التفاعل السام للخلايا ، نمط II

# D

Dandruff (pityriasis simplex capillitii) — هِبْرِيَة ( نخالية الأشعار البسيطة )
Darier's disease — داء داريه
- nail changes — تبدلات الأظفار
Darier – White disease — داء داريه – وايت
dark repair — ترميم ( تصليح ) قاتم
Darling's disease — داء دارلينغ
De Sactis – Caccione syndrome — متلازمة دي ساكتس كاشيوني
dead finger — الأصبع الميت
deagnees, congenital erythroderma — صمم ، أحمرية ولادية
decorative tattooing — وشم زخرفي / تزيني
decubitus ulcer — الناقبة
deep mycoses — الفطارات العميقة
deep thrombophlebitis — التهاب الوريد الخثاري العميق
deer fly fever — حمىٰ ذبابة الأيل
defibrination syndrome — متلازمة زوال الفبرين
defluvium — فقد الشعر الفجائي ، الحصص
degenerative conditions, chronic — الحالات المتنكسة ، المزمنة
delayed tanning — التسفع الآجل
Delhi sore — قرحة دلهي
deltoideoacromial melanocytosis — كثرة الخلايا الملانية الدالية الأخرمية
delusion of parasitosis — داء توهم الطفيليات
demodicidosis — داء الدويديات
demodicosis — داء الدويديات
deodorant granuloma — حبيبوم مزيل الرائحة
depigmemtation — زوال الصباغ
- chemical — الكيميائي
depigmenting drugs — الأدوية مزيلات الصباغ
depilatory substances — المواد نازعة الأشعار
depressive syndrome, psycharmaceutic agents — متلازمة الإكتئاب ، عوامل العقاقير النفسية
dequalinium chloride — دي كوالينيوم كلورايد
dequalinium necrosis — نخردي كوالينيوم
Dercum's disease — داء ديركوم
dermabrasion — سنفرة الجلد
dermal — جلدي ، أدمي
- duct — قناة
- duct tumor — ورم قنوي
- leshmanoid — ليشمانياني
- melanocytes — خلايا ملانية
- melanocytic nevi — وحمة الخلايا الملانية
- mucinoses — الداء الموسيني
- mycoses — فطار ( ج : فطارات )
- plexus, deep — الضفيرة ، العميقة
- plexus, superficial — الضفيرة ، السطحية
dermatite — التهاب الجلد
- bulleuse muco – synéchiante — الفقاعي المخاطي القرحي
- lichénoide purpurique et pigmentée — الحزازاني الفرفري المصطبغ
- polymorphe douloureuse — عديد الأشكال المؤلم
- du tobogan — عند المشردين
dermatitis — التهاب الجلد
- ammoniacalis (diaper dermatitis) — الأمونيائي ( التهاب الجلد الحفاضي )

| | |
|---|---|
| – artefacta | ـ المفتعل ، الخادع |
| – autogenica | ـ التكون الذاتي |
| – autoimmune progesterone | ـ المناعي الذاتي البروجستروني |
| – autoimmune progesterone, pregnancy | ـ المناعي الذاتي البروجستروني الحملي |
| – berloque | ـ القلادي |
| – blastomyces | ـ بالفطر البرعمي |
| – bullosa pratensis | ـ الفقاعي بالمروج |
| – cercarial | ـ الذانبي |
| – children | ـ عند الأطفال |
| – chronic vegetating | ـ التنبتي المزمن |
| – congelationis bullosa | ـ الإنجمادي الفقاعي |
| – congelationis erythematosa | ـ الإنجمادي الحمامي |
| – congelationis escarotica | ـ الإنجمادي الخشاري |
| – contact (see also contact) | ـ التماسي ( انظر التماسي أيضاً ) |
| – contusiformis | ـ رضي الشكل |
| – diagnostic test kit | ـ مواد الإختبار التشخيصية |
| – diaper | ـ الحفاضي |
| – exfoliativa neonatorum | ـ التقشري الوليدي |
| – factitial | ـ المفتعل |
| – frictional lichenoid, children | ـ الحزازاني بالاحتكاك عند الأطفال |
| – granulomatous | ـ الحبيبومي |
| – hemorrhagic contact | ـ التماسي النزفي |
| – herpetiformis | ـ حلئي الشكل |
| – herpetiformis, childhood | ـ حلئي الشكل ، في الطفولة |
| – herpetiformis, differential diagnosis | ـ حلئي الشكل ، التشخيص التفريقي |
| – hidrotica | ـ التعرقي |
| – hiemalis | ـ الشتوي |
| – hot tub | ـ الأنبوب الحراري |
| – hot – tub – associated | ـ المترافق مع أنبوب حراري |
| – hypereosinophilic | ـ فرط الحمضات |
| – hyperkeratotic, of the palms | ـ فرط التقرن ، على الراحتين |
| – IgE | ـ الغلوبولين IGE |
| – infants | ـ الرضع |
| – in ichthyosis | ـ في السماك |
| – irritant | ـ التخريشي |
| – juvenile dermatitis herpetiformis | ـ التهاب الجلد حلئي الشكل الفتوي |
| – livedo – like | ـ شبه التزرقي |
| – lupoid perioral | ـ الذأباني حول الفم |
| – mite | ـ بالسوس |
| – multiformis gestationis | ـ عديد الأشكال الحملي |
| – nail(s) changes | ـ تبدلات الأظفار |
| – napkin | ـ الحفاضي |
| – nummular | ـ النمي |
| – occupational | ـ المهني |
| – overtreatment | ـ العلاج المفرط |
| – papillaris capillitii | ـ الحليمي الشعري |
| – papular, children | ـ الحطاطي ، عند الأطفال |
| – papular, pregnancy | ـ الحطاطي ، في الحمل |
| – papulosa juvenila/juvenilis | ـ الحطاطي الفتوي |
| – pellagra | ـ البلغرة / البلاغرا |
| – perioral | ـ حول الفم |
| – phototoxic | ـ الضوئي الانسمامي |
| – phytophotoderma – titis | ـ التهاب الجلد الضوئي النباتي |
| – pratensis | ـ المروج |
| – purpuric pigmented lichenoid | ـ الحزازي الفرفري المصطبغ |
| – radiodermatitis | ـ التهاب الجلد الشعاعي |
| – recurrent granulomatous, with eosinophilia | الحبيبومي الراجع مع كثرة الحمضات |

| English | العربية |
|---|---|
| – repens | – الزاحف |
| – roentgen ray | – بأشعة رونتغن |
| – sandbox | – بالصندوق الرملي |
| – schistosomal | – المنشقي ( بالمنشقات ) |
| – seborrhoides infantum | – المثّاني الطفلي |
| – solar/solaris | – الشمسي |
| – spa pool | – في المسابح / بركة السباحة |
| – superficial, chronic | – السطحي ، المزمن |
| – ulcerosa | – التقرحي |
| – verrucosa | – الثؤلولي |
| – (verrucous neurodermatitis) | – ( التهاب الجلد العصبي الثؤلولي ) |
| – water | – بالماء |
| – whirlpool (Jacuzzi) | – النافوري ( جاكوزي ) |
| X – ray | بالأشعة السينية / أشعة اكس |
| dermatoarthritis, lipoid | التهاب الجلد والمفصل ، الشحماني |
| dermatochalasis | رخاوة الجلد / انهدال الجلد |
| dermatofibroma | ليفوم جلدي |
| – lenticulare | – عدسي |
| – pseudosarcomatous | – غرني كاذب |
| dermatofibrosarcoma protuberans | الغرن الليفي الجلدي الناشز ( الحدبي ) |
| dermatofibrosis lenticularis disseminata with osteopoikilosis | التليف الجلدي العدسي المنتثر مع تبكل عظمي |
| dermatographia alba | كتوبية الجلد البيضاء |
| dermatohistopathology | التشريح النسجي المرضي الجلدي |
| dermatological | جلدي |
| – bases | – أسس |
| – diagnosis | – التشخيص |
| – tinctutes | – صبغات |
| dermatome | قطاع جلدي |
| dermatomycoses | فطار جلدي |
| – dermatophytes | – فطور جلدية |
| – molds | – عفن |
| – yeasts | – خمائر |
| dermatomyoistis | التهاب الجلد والعضلات |
| – nail changes | – التبدلات الظفرية |
| dermatopathic lymphadenitis | التهاب العقد اللمفية باعتلال الجلد |
| dermatopathic lymphadenopathy | اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد |
| dermatopharmacology | علم الأدوية الجلدية |
| dermatophytes | الفطور الجلدية |
| dermatophytoses | الفطارات الجلدية |
| – immune phenomena | – الظاهرة المناعية |
| – treatment | – المعالجة |
| dermatosclerosis, stasis | تصلب الجلد ، الركودي |
| dermatoses/dermatosis | جُلاد ( ج : جلادات ) |
| – acute febrile neutrophilic | – العدل الحمي الحاد |
| – ashy | – الرمادي |
| – bullous, mixed | – الفقاعي / المختلط |
| – digitate | – الأصبعي |
| – drugs – provoked | – محرش بالأدوية |
| – erosive pustular, scalp | – التآكلي البثري ، على الفروة |
| – of the flexures, reticulated pigmentary | – الثنيات ، الشبكي المصطبغ |
| – hemorrhagic – pigmentary | – النزفي المصطبغ |
| – light, lupus erythematosus – like | – الضوئي ، الشبيه بالذأب الحمامي |
| – linear IgA | – الخطي ( بالغلوبلين IgA ) |
| – papular acantholytic | – الحطاطي الحال للأشواك |
| – papulo – hyperkér – atosique en stries | – فرط التقرن الحطاطي |
| – papulosa nigra | – الحطاطي الأسود |
| – peridigital | – حول الأصبع |
| – persistent acantholytic | – الحال للأشواك الدائم |
| – photoallergic | – الأرجي الضوئي |
| – photodermatosis | – الجلاد الضوئي |

| | |
|---|---|
| – pigment, small spotted | ـ المصطبغ ، صغير البقع |
| – pigmentaria progressiva | ـ المصطبغ المترقي |
| – plantar, juvenile | ـ الأخمصي ، الفتوي |
| – porphyrin, actinic – traumatic bullous | ـ البرفيرين ، السفعي ـ الرضخي الفقاعي |
| – of pregnancy | في الحمل |
| – protoporphyrinemic light | ـ بروتوبرفيرينة الضيائية |
| – pseydopelade state | حالة الثعلبة الكاذبة |
| – pustular, subcorneal | ـ البثري ، تحت الطبقة القرنية |
| – rosacea – like | ـ الشبية بالعد الوردي |
| – rosacea – like, familial | الشبية بالعد الوردي العائلي |
| – systemic treatment | ـ المعالجة الجهازية |
| – topical treatment | ـ المعالجة الموضعية |
| – transitory acantholytic | ـ الحال للأشواك العابر |
| dermatostomatitis | التهاب الجلد والفم |
| dermatozoal delusion | توهم الطفيليات الجلدية |
| dermis, changes | الأدمة وتبدلاتها |
| dermographic urticaria | شرىٰ كتوبيه الجلد |
| dermographism | كتوبية الجلد |
| – black | ـ السوداء |
| – red | ـ الحمراء |
| – white | ـ البيضاء |
| dermoid custs | كيسات جلدانية |
| dermopathic lymphadenopathy | اعتلال العقد اللمفية باعتلال الجلد |
| desensitization | إزالة التحسس |
| desert rheumatism | رَثْيَة الصحراء |
| desert ulcer | قرحة الصحراء |
| desmoplastic melanoma | الملانوم المكون للالتصاقات |
| desmoplastic trchoepithelioma | ظهاروم شعري مكون للالتصاقات |
| desquamation | توسف |
| – collarette | ـ طوقي |
| exfoliative | ـ تقشري |
| – furfuraceous | ـ نخالي |
| – ichthyosiform | ـ سماكي الشكل |
| – insensible | ـ لا حسوس |
| – psoriasiform | ـ صداقي الشكل |
| – small – lamellar | ـ صغير الصُفاحات |
| Dharmendra test | اختبار دارمندرا |
| diabetes | الداء السكري |
| – btonze | ـ الشبهي |
| – insipidus, xanthoma disseminatum | ـ البوالة التفهة ، الصفروم المنتثر |
| – mellitus, lipoatrophic | ـ الداء السكري ، الضمور الشحمي |
| diabetic | السكري |
| – angiopathy | ـ الإعتلال الوعائي |
| – balanoposthitis | ـ التهاب الحشفة والقلفة |
| – gangrene | ـ موات |
| – macroangiopathy | ـ اعتلال الأوعية الكِبْرية |
| – microangiopathy | ـ اعتلال الأوعية الصِغْرية |
| – vulvovaginitis | ـ التهاب الفرج والمهبل |
| diachylon ointment | مرهم لزقة الرصاص |
| diagnosis, dermatological | التشخيص ، الجلدي |
| diaper dermatitis | التهاب الجلد الحفاضي ( التهاب الجلد الأمونيائي ) |
| DIC (disseminated intravascular coagulation) | ت. د. أ. م ( التخثر داخل الأوعية المنتثر ) |
| – diseases | ـ الأمراض ( الأدواء ) |
| dichuchewa | دي شيشوا |
| diet, avoidance | القوت ، اجتناب |
| diffuse | المنتشر |
| – chronic mucocutaneous candidosis | ـ داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن |
| – fasciitis with eosinophilia | ـ التهاب اللفافة مع كثرة الحمضات |
| – keratoses | ـ التقرانات |

| | |
|---|---|
| – myxedema in hypothyroidism | ـ الوذمة المخاطية في قصور الدرقية |
| – sclerodermia | ـ تصلب الجلد |
| digital mucoid cyst | الكيسة المخاطانية الأصبعية |
| digitate dermatosis | الجلادات الأصبعية |
| digitus mortuus | نقر أصبعي |
| dilated pore | مسم متوسع |
| dimple wart | ثؤلول رَضْعي |
| dinitrochlorobenzene | ثاني نتروكلوروبنزن |
| diphtheria, cutaneous | الخناق ، الجلدي |
| *Diphyllobothrium latum* | *العوساء العريضة ( نوع من الديدان الشريطية )* |
| diptera | ذوات الجناحين |
| discoid lupus erythematosus (DLE) | الذأب الحمامي القريصي ( ذ. ح. ق ) |
| discoidal eczema | إكزيمة قريصية |
| dissection tubercle | درنة تسليخية |
| disseminated | منتثر |
| – calcinosis | ـ كلاس |
| – gonococcal infection | ـ خمج بالمكورات البنية |
| – intravascular coagulation (see also DIC) | ـ تخثر داخل الأوعية ( انظر التخثر داخل الأوعية المنتثر ) |
| – lipogranulomatosis | ـ وراm حبيبي شحمي |
| – lupus erythematosus | ـ ذأب حمامي |
| – mastocytoma | ـ ورم الخلايا البدينة |
| – pruriginous angiodermatitis | ـ التهاب الجلد الوعائي الحكاكي |
| – seborrheic eczema | ـ إكزيمة مثية |
| – superficial actinic porokeratosis | ـ التقران المسامي السفعي السطحي |
| – syringoma | ـ ورم غدي عرقي |
| – xanthomas with hepatosplenomegaly associated with hyperlipidemia | ـ صفرومات مع ضخامة كبدية طحالية مترافقة بفرط شحميات الدم |
| DLE (discoid lupus erythematosus) | ذ. ح. ق ( ذأب حمامي قريصي ) |

| | |
|---|---|
| DNA repair mechanism | آلية تصليح/ترميم الدنا |
| dog tapeworm disease | داء الشريطية الكلبية |
| dolichostenomelia | طول النهايات ونحافتها |
| Donovaniosis | أدواء الدونوفانية |
| doppler sonography, venous function | مقياس الصوت لدوبلر ، الوظيفة الوريدية |
| dosimeters | مقياس الجرعة الشعاعية |
| dosimetry | قياس الجرعة الشعاعية |
| dracontiasis | داء التُّنَيْنات |
| dracunculiasis | داء التنينات ( نوع من الديدان الخيطية ) |
| dracunculosis | داء التنينات |
| *Dracunculus medinensis* | *التُّنَيْنة المدينية* |
| draining sinus | نزح الجيب |
| dressings, dry | ضمادات ، جافة |
| dressings, wet | ضمادات رطبة |
| drug(s) | دواء ( ج : أدوية ) ، عقار ( ج : عقاقير ) |
| – anesthetizing | ـ مخدر ، مبنج |
| – antibiotic | ـ صاد |
| – antifungal | ـ مضاد للفطور |
| – antiinflammatory | ـ مضاد للالتهاب |
| – antiperspirant | ـ مضاد للتعرق |
| – antipruritic | ـ مضاد للحكة |
| – antiseptic | ـ مطهر |
| – astringent | ـ قابض |
| – caustic | ـ كاوي |
| – cytostatic, psoriasis vulgaris | ـ موقف للنمو الخلوي ، الصداف الشائع |
| – cytotoxic | ـ سام للخلايا |
| – depigmenting | ـ مزيل للصباغ |
| – eruptions (see drug eruptios) | ـ طفوح ( انظر الطفوح الدوائية ) |
| – exanthem | ـ طفحية ، طفح ظاهر |
| – hyperemic | ـ تبيغ |
| – induced Lyell's syndrome | ـ محدث لمتلازمة لايل |

- intolerance of the skin — – عدم تحمل الجلد
- keratolytic — – حال الطبقة القرنية
- keratoplastic — – رأب القرنية
- nonsteroidal antiinflammatory — – مضاد للإلتهاب لاستيروئيدي
- panniculitis — – التهاب السبلة الشحمية
- pigmenting — – التصبغ
- reactions (see drug reactions) — – التفاعلات ( انظر التفاعلات الدوائية )
- skin necroses — – نخر الجلد
- as sunscreens — – مثل دراثات الشمس
- virostatic — – موقف لنمو الحمة

drug eruptions — الطفوح الدوائية
- acneiform (acne – like) — – عدية الشكل ( الشبيهة بالعد )
- allergic leukocytoclastic vasculitis — – التهاب الأوعية الكاسرة للكريات البيض الأرجي
- allergic reactions — – التفاعلات الأرجية
- antibodies — – الأضداد
- antigens — – المستضدات
- eczema type — – نمط إكزيمي
- eliciting drugs — – الأدوية المحدثة
- erythema multiform — – الحمامى عديدة الأشكال
- erythematobullous — – الحمامية الفقاعية
- erythematous hemor rhagic — – الحمامية النزفية
- erythematovesicular — – الحمامية الحويصلية
- fixed — – الثابتة
- guidelines to diagnosis — – الأدلة إلى التشخيص
- hemorrhagic — – النزفية
- hemorrhagic – bul – lous — – النزفية – الفقاعية
- maculourticarial — – البقعية الشروية
- monovalent sensitization — – تحسيس أحادي التكافؤ
- morbilliform — – حصبية الشكل
- para compounds — – المركبات النظيرة
- polyvalent sensitization — تحسيس عديد التكافؤ
- pruritus — – الحكة
- rubeolifrm — – حميرائي الشكل – حصبية الشكل
- scarlatiniform — – قرمزية الشكل
- serum – sickness type — – نمط داء المصل
- tuberculin type — – من نمط السلين

drug reactions — التفاعلات الدوائية
- cumulative dose — – الجرعة التراكمية
- erythema nodosum – like — – الشبيهة بالحمامى العقدة
- lichenoid — – الحزازانية
- overdosge — – الجرعة المفرطة
- serum sickness type — – نمط داء المصل

drug – induced — المحدث بالدواء
- hupertrichosis — – فرط الأشعار
- Lyell's syndrome — – متلازمة لايل
- nonimmumological (pseudoallergic) urticaria — – الشرى اللامناعي ( الأرجي الكاذب )

drug – ptovoked dermatoses — الجلادات المحرشة بالأدوية

dumstick fingers — أصابع مقرعة الطبل

dry dressings — الضمادات الجافة

Dubreuilh, circumscribed precancerous melanosis — دوبروي ( الملان المحدد قبيل السرطان )

Duchenne's disease — داء دوشين

duct tumor, dermal — الورم القنوي ، الجلدي

Duhring – Btocq disease — داء دورينغ – بروك

dumdum fever — حمى دم دم

Dupuytren's finger contracture — تقفع أصابع دوبتران

dusting powder — مسحوق غباري

dyes — ملونات ، أصبغة

dysbetalipoproteinemia — خلل البروتينات الشحمية بيتا في الدم
dyschroatrosis universalis hereditaria — داء خلل الصباغ ، المعمم الوراثي
dyschromias — خلل الصباغ
– endogenous — ـ داخلي المنشأ
– exogenous — ـ خارجي المنشأ
dysgeusia — خلل التذوق
dyshidrosiform — على شكل خلل التعرق
– eczema, chronic allergic — ـ الإكزيمة ، الأرجية المزمنة
– eczema, hematogenous allergic — ـ الإكزيمة ، الأرجية دموية المنشأ
– pemphigoid — ـ الفقاعاني
dyshidrosis — خلل التعرق
– lamellosa sicca — ـ الصفاحي الجاف
dyshidrotic eczema — إكزيمة خلل التعرق
dyskeratoma, warty — ورم خلل التقرن ، الثآلل
dyskeratosis — خلل التقرن
– congenital — ـ الولادي
– follicularis — ـ الجريبي
– follicularis isolata — ـ الجريبي المعزول
dysplastic nevus — الوحمة مختلة التنسج ( المثلونة )
– syndromes — ـ متلازمات
dysporia enterobroncho – pancreatica congenita familiars — المعوي القصبي المعثكلي الولادي العائلي
dystrophia bullosa hereditaria, typus maculatus seu Amsterdam — الحثل الفقاعي الوراثي ، النمط البقعي في امستردام
dystrophia myotonica — حثل المقوية العضلية
dystrophic calcinosis — الكلاس الحثلي
dystrophic epidermolyses — انحلال البشرة الحثلي

# E

ear — أذن
– cheek (ear, cat's) — ـ الخد ( أذن ، القطة )
– cauliflower — ـ القنبيطية
– cysts — ـ كيسات
fistulas — ـ نواسير
– nodule, painful — ـ عقيدات مؤلمة
ecchymoses — كدمة
eccrine — ناتج ، خارجي الإفراز
– hidrocystoma — ـ كيسوم عرقي
– poroma — ـ مساموم ، ورم مسامي
– spiradenoma — ـ غدوم حلزوني
– sweat — ـ عرق
– sweat gland — ـ غدة عرقية
echinococciasis — داء المشوكات
echinococciasis — داء المشوكات
echinococcus — المشوكة
– E. granulosus — ـ المشوكة الحبيبية
– E. multilocularis — ـ المشوكة متعددة الخلايا
ecthyma — الإكثيمة ( القوباء السوداء )
– contagiosum — ـ المعدية
– gangraenosum terebrans — ـ المواتية الثاقبة
– infectiosum — ـ الخمجية
ectodermal dysplasia — ثدن ( خلل تنسج ) الأديم الظاهر
– anhidrotic — ـ اللاعرقي ، مانع العرق
ectodermal polydysplasia — ثدن الأديم الظاهر المتعدد
ectodermose erosive pluriorficielle — الأدام الظاهري التآكلي حول الفوهات المتعدد
ectopic ossification — التعظم النابذ
ectopic sebaceous glands — الغدد الزهمية النابذة
eczema — إكزيمة
– asteatotic of the aged — ـ إنعدام الزهم بتقدم العمر
– atopic (see also atopic eczema) — ـ تأتبية ( انظر الاكزيمة التأتبية أيضاً )

| | |
|---|---|
| – atopic, infants and children | ـ تأتبية ، في الرضع والأطفال |
| – callus | ـ دشبذ ، شثن |
| – children | ـ الأطفال |
| – chronic allergic dyshidrosiform | ـ من شكل خلل التعرق الأرجية المزمنة |
| – chronic veous insufficiency | ـ القصور الوريدي المزمن |
| – common | ـ الشائع |
| – contact (see also contact eczema) | ـ التماس ( انظر الإكزيمة بالتماس أيضاً ) |
| – diagnostic test kit | ـ طقم مواد الإختبار التشخيصي |
| – discoidal | ـ قريصي |
| – dyshidrotic | ـ خلل التعرق |
| – in the elderly | ـ في الكهول |
| – endogenous | ـ داخلية المنشأ |
| – flexural | ـ الثنيات |
| – forefoot | ـ مقدم القدم |
| – hand and foot, hyperkeratotic fissured | ـ اليد والقدم ، مفرطة التقرن المتشققة |
| – hand and foot, tylotic | ـ اليد والقدم ، الثُفانية |
| – herpeticatum | ـ حلئية |
| – herpeticum | ـ حلئية |
| – hiemalis | ـ شتوية |
| – infants | ـ الرضع |
| – intertriginous | ـ مذحية |
| – iterative traumatic (Hagermann) | ـ الرضح المتكرر ( هاغرمان ) |
| – lichenified | ـ متحززة |
| – lip – licking | ـ لعق الشفة |
| – marginatum | ـ هامشية |
| – molluscatum | ـ مليسائية |
| – nummular (see nummular eczema) | ـ نمية ( انظر الإكزيمة النمية ) |
| – occupational | ـ مهنية |

| | |
|---|---|
| – peridigital, children | ـ حول الأصابع ، في الأطفال |
| – perioral, infants and children | ـ حول الفم ، في الرضع والأطفال |
| – seborrheic (see seborrheic eczema) | ـ مثية ( انظر الإكزيمة المثية ) |
| – solare | ـ شمسية |
| – toxic degenerative | ـ سمية تنكسية |
| – vaccinatum | ـ لقاحينية |
| – of the vulva | ـ الفرج |
| eczematid, exsiccation | إكزماتيد ، جافة |
| eczematid – like purpura | الفرفرية الشبيهة بالإكزماتيد |
| eczematoid | إكزيماوي ( نملاني ) |
| edema, differential diagnosis | وذمة ( خزب ) ، التشخيص التفريقي |
| edematous bullous pemphigoid | الفقاعي الفقاعي الوذمي |
| effluvium | نفحة ( تساقط الأشعار ) |
| – anagen – dystrophic | ـ طور النمو الحثلي |
| – androgenetic | ـ ذكاري |
| – telogen | ـ طور انتهاء النمو |
| Ehlers – Danlos syndrome | متلازمة أهلر ـ دانلوس |
| – chinical classification | ـ التصنيف السريري |
| elestéidose cutanée nodulaire kystes et à comédones | المران الجلدي العقيدي الكيسي والزؤاني |
| elastic fiber | ليف مرن |
| elastoma | مرنوم |
| – diffusum | ـ منتشر |
| – intrapapillare perforans | ـ ثاقب داخل الحليمي |
| – verruciforme (Miescher) | ـ ثؤلولي الشكل ( ميشر ) |
| – juvenile | ـ فتوي |
| – perfotating | ـ ثاقب |
| elestorrhexis | تمزق ( تقطع ) النسيج المرن |

| English | Arabic |
|---|---|
| – generalisata et systemica (Touraine) | ـ المعمم والمجموعي ( تورين ) |
| elestoses/elastosis | مُران |
| – actinic | ـ سفعي |
| – colloidalis conglomerata | ـ غرواني مكوم |
| – generalized | ـ معمم |
| – perforans serpiginosa | ـ ثاقب زحاف |
| – Roentgen | ـ رونتغن |
| – senilis | ـ شيخي |
| – solaris | ـ شمسي |
| – uremic | ـ يوريمي |
| – X – ray | ـ بالأشعة السينية / أشعة اكس |
| elastotic nodules of the anthelix | عقيدات الوترة المرنة |
| electric burns | الحروق الكهربائية |
| electricians, contact dermatitis and eczema | الكهربائيون ، التهاب الجلد التماسي والاكزيمة |
| electricity | الكهرباء |
| electrocoagulation | تخثير كهربائي |
| electrodesiccation | تجفيف كهربائي |
| electrofulguration | الصعق الكهربائي |
| electrolysis | الكهرلة ( الحل الكهربائي ) |
| electrophoresis | الرحلان الكهربائي |
| electrosurgery | الجراحة الكهربائية |
| elephantiasis | داء الفيل |
| – chromomycetic | ـ في الفطار الصبغي |
| – congenita hereditaria | ـ الولادي الوراثي |
| – nostras | ـ البلدي |
| – tropical | ـ المداري |
| eliciting drugs, drugs eruptions | الأدوية المحدثة ، الطفوح الدوائية |
| ELISA (enzyme – linked immunosorbent assay) | إليزا ( مقايسة الامتصاص المناعي المرتبط بالإنظيم ) |
| emboli | صِمّات (ف : صِمَّة ) |

| English | Arabic |
|---|---|
| – bacterial | ـ جرثومية |
| – cholesterol | ـ كولسترولية |
| – fat | ـ دسمية |
| – malignant tumor | ـ ورم خبيث |
| – myxoma | ـ مخاطومية |
| embolia cutis medicamentosa | صمة جلدية دوائية |
| embryopathia rubeolica | اعتلال مضغي حميرائي ( بالحصبة الألمانية ) |
| EMO syndrome | متلازمة EMO |
| emotional hyperhidrosis | فرط التعرق الإنفعالي |
| emulsions | مستحلبات |
| – liquid (lotions) | ـ سائلة ( دهونات ) |
| – oil – in – water | ـ زيتية في الماء |
| – water – in – oil | ـ مائية في الزيت |
| enchondromas, subungual | غضرومات داخلية ، تحت الأظفار |
| endangiitis obliterans | التهاب بطانة الوعاء المسد |
| endarteritis | التهاب بطانة الشريان |
| endemic syphilis | الإفرنجي المتوطن |
| endemic typhus | التيفوس المتوطن |
| endocarditis, gonoccocal | التهاب الشغاف ، بالمكورات البنية |
| endogenous | داخلي المنشأ |
| – dyschromias | ـ خلل التلون |
| – eczema | ـ إكزيمة |
| – hyperactivity | ـ فرط النشاط |
| – hyperlipemia | ـ فرط دهن الدم |
| – hypertriglyceridemia | ـ فرط الغليسيريدات الثلاثية في الدم |
| endometrioma | بطانوم رحمي |
| endometriosis | انتباذ بطاني رحمي |
| endometritis, gonorrheal | التهاب بطانة الرحم ، السيلاني |
| endomycoses | الفطارات الداخلية |
| endotheliosis, neoplastic | داء بطاني ( بُطان ) ، تكاثري |

endotheliosis, proliferating — داء بطاني ( بُطان ) ، تكاثري
enterobiasis — داء السُرْميات
enzyme – linked immunosorbent assay (ELISA) — مقايسة الإمتصاص المناعي المرتبط بالإنظيم ( إليزا )
eosinophilic — حمضي
– cellulitis — التهاب الهلل
– fasciitis — التهاب الصفاق
– granuloma of bone — حبيوم العظم
– histiocytosis — كثرة المنسجات
– infiltration of the skin, acute — ارتشاح الجلد ، الحاد
– leukemia — ابيضاض
– leukemoid — ابيضاضي ، شبه ابيضاضي
– lymphofolliculitis — التهاب الجريبات اللمفي
– pustular folliculitits — التهاب الجريبات البثري
– pustulosis — البثار
– reticulosis — الشباك
ephelides — نمش
epidemic typhus — التيفوس الوبائي
epidermal — بشروي
– cysts — كيسات
– cysts, secondary — كيسات ، ثانوية
– lipid — شحم
– melanin unit — وحدة الملانين
– melanocytes — الخلايا الملانية
– melanocytic neve — وحمات الخلايا الملانية
– nevi — وحمات
– pyodermas — تقيحات الجلد
epidermis — البشرة
– atrophy of — ضمور
– changes — تبدلات
– differentiation — تمايز
– function — وظيفة
– proliferation — تكاثر
epidermodysplasia — خلل تنسج ( ثدن ) البشرة
verruciformis disease) — ثؤلولي الشكل ( داء ليفاندوفسكي – لوتز )
epidermolyses/ epidermolysis — انحلال البشرة
– acuta toxica — السمي الحاد
– bullosa (see epidermolysis bullosa) — الفقاعي ( انظر انحلال البشرة الفقاعي )
– classification — التصنيف
– congemital localized absence of skin — غياب الجلد الموضع الولادي
– hereditary — الوراثي
– necroticans combustiformis — النخري احتراقي الشكل
– nondystrophic — اللاحثلي
– toxica actua — السمي الحاد
epidermolysis bullosa — انحلال البشرة الفقاعي
– acquisita — المكتسب
– albopapuloidea — الحطاطي الأبيض
– Amsterdam type — نمط أمستردام
– atrophicans (see epidermolysis bullosa atrophicans) — الضموري ( انظر انحلال البشرة الفقاعي الضموري )
– dystrophica (see epidermolysis bullosa dystrophica) — الحثلي ( انظر انحلال البشرة الفقاعي الحثلي )
– hereditaria (see epidermolysis bullosa hereditaria) — الوراثي ( انظر انحلال البشرة الفقاعي الوراثي )
– herpetiformis — حلئي الشكل
– junctional — الموصلي
– letalis — المميت
– maculatus type — النمط البقعي
– manuum et pedum aestivalis — على اليدين والقدمين الصيفي
– neurotrophica (progressiva) — التغذوي العصبي ( المترقي )

| English | العربية |
|---|---|
| – simplex (see epidermolysis bullosa simplex) | ـ البسيط ( انظر انحلال البشرة الفقاعي البسيط ) |
| epidermolysis bullosa atrophicans | انحلال البشرة الفقاعي الضموري |
| – generalisata gravis Herlitz | ـ المعمم الوخيم لهرتز |
| – generalisata mitis Disentis | ـ المعمم الخفيف نمط ديزنتس |
| – of hands and feet | ـ على اليدين والقدمين |
| – polydysplastica | ـ مثلون متعدد |
| epidermolysis bullosa dystrophica (pasini) | انحلال البشرة الفقاعي الحثلي ( باسيسني ) |
| – Disentis type | ـ نمط ديزينتس |
| – dominans | ـ السائد |
| – Hallopeau – Siemens | ـ هالوبو ـ سيمنس |
| – with hypacusis | ـ مع نقص السمع |
| – hyperplastica | ـ مفرط التنسج |
| – localisata | ـ الموضع |
| – nail changes | ـ التبدلات الظفرية |
| epidermolysis bullosa hereditaria | انحلال البشرة الفقاعي الوراثي |
| – dystrophica | ـ الحثلي |
| – letalis | ـ المميت |
| – simplex Kobner | ـ البسيط لكوبنر |
| epidermolysis bullosa simplex | انحلال البشرة الفقاعي البسيط |
| – Ogna type | ـ نمط أوغنا |
| – Weber – Cockayne | ـ ويبر كوكاين |
| epidermolytic hyperkeratosis | فرط التقرن الإنحلالي البشرة |
| *Epidermophyton floccosum* | *الفطور البشروية الندفية* |
| epidermophytosis | الفطار البشروي |
| epidermopoiesis | تشكل البشرة |
| epidermotropic reticulosis | الشباك متجه للبشرة |
| epiloia | ابيلويا |
| epithelial | ظهاري |
| – cysts, true | ـ كيسات ، حقيقية |
| – hyperplasia, pseudoepithelioma – tous | ـ فرط تنسج ، ظهارومي كاذب |
| – mucinosis | ـ داء موسيني |
| – nevi | ـ وحمات |
| – root | ـ جذر |
| – tumors | ـ أورام |
| – tumors, benign | ـ أورام ، سليمة |
| epithelioid cell granuloma | حبيبوم الخلايا الظهارانية |
| epithelioma | ظهاروم |
| – adenoides cysticum | ـ غداني كيسي |
| – basal cell | ـ الخلية القاعدية |
| – basocellulare | ـ قاعدي الخلايا |
| – contagiosum | ـ معدي |
| – cuniculatum | ـ جحرية |
| – multiple, self – healing | ـ متعدد ، شفاء ذاتي |
| – spinocellulare | ـ شائك الخلايا |
| épithéliome calcifié des glandes sébacées | الظهاروم المتكلس للغدد الزهمية |
| épithéliome papillaire nu | ظهاروم حليمي |
| épithéliome pavimemteux mixte, intermédiaire | الظهاروم البلاطي المختلط ، المتوسط |
| epidemic typhus | التيفوس الوبائي |
| epizoonoses | الأمراض حيوانية المصدر |
| EPP (erythropoietic protoporphyria) | ب ب م ح ( بروتوبرفيرية المكونة للحمر ) |
| epulis | ورم لثوي |
| – fissuratum | ـ متشقق |
| erosio interdigitalis blastomycetica | التآكل الفوتي بالفطور البرعمية |
| erosions | تآكلات ( م : تآكل ) |
| erosive lichen planus | الحزاز المسطح التآكلي |
| – of the mucosa | ـ على المخاطيات |

| English | العربية |
|---|---|
| erosive pustular dermatosis of the scalp | الجلاد البثري التآكلي على الفروة |
| eruptive | طفحي |
| – hidradenoma | ـ غدوم عرقي |
| – lentiginosis | داء الشامات |
| – milia | ـ دُخَنيْات |
| – vellus hair cysts | ـ كيسات الشعر الزغبي |
| erysipelas | الحُمرة |
| erysipeloid | الحُمرانية |
| erysipelothrix rhusiopathiae | اعتلال سماقي حمروي شعري |
| erythema(s) | الحُمَامىٰ ( ج : حُماميات ) |
| – ab igne | ـ الاصطلاء ( الحرور ) |
| – annulare centrifugum | ـ الحلقية النابذة |
| – annulare familiale | ـ الحلقية العائلية |
| – annulare rheumaticum | ـ الحلقية الرثوية |
| – arthriticum epidemicum | ـ المفصلية الوبائية |
| – chronicum migrans | ـ المزمنة الهاجرة |
| – circinatum | ـ المتحلقة ، المقوسة |
| – congenital telangiectatic | ـ الولادية متوسعة الشعيرات |
| – contagiosum | ـ المعدية |
| – contusiforme | ـ رضحية المنشأ |
| – dyschromicum perstans | ـ الدائمة بخلل التلون |
| – e pudore | ـ الحيائية |
| – elevatum diutinum | ـ المرتفعة الدائمة |
| – exsudativum multiforme | ـ النضحية عديدة الأشكال |
| – faciale persistens | ـ الوجهية الدائمة |
| – figurate | ـ الشكلية |
| – gyratum repens | ـ الملتفة الزاحفة |
| – induratum | ـ الجَاسِيَّة |
| – infectious/ infectiosum | الخمجية |
| – malignant | ـ الخبيثة |
| – marginatum rheumaticum | ـ الهامشية الرثوية |
| – migrans acriforme et palpabile | ـ الهاجرة |
| – migrans borreliosis | ـ داء البُوْرليات الهاجر |
| – multiforme (see erythema multiforme) | ـ عديدة الأشكال ( انظر الحمامىٰ عديدة الأشكال ) |
| – necrolytic migratory | ـ الانحلالية النخرية الهاجرة |
| – necroticans migrans | ـ النخرية الهاجرة |
| – neonatorum allergicum | ـ الوليدية الأرجية |
| – nodosum (see erythema nodosum) | ـ العقدة ( انظر الحمامى العقدة ) |
| – nodular | ـ العقيدية |
| – palmar | ـ الراحية |
| – palmare et plantare hereditarium | ـ الراحية والأخمصية الوراثية |
| – palmare et plantare symptomaticum | ـ الراحية والأخمصية العرضية |
| – toxic, neonates/toxicum neonatorum | ـ السمية عند الوليد |
| erythema multiforme | الحمامىٰ عديدة الأشكال |
| – annuale | ـ الحلقية |
| – drug eruptions | ـ الطفوح الدوائية |
| – major form | ـ الشكل الكبير |
| – minor form | ـ الشكل الصغير |
| – postherpetic | ـ عقب الحلأ |
| – severe form | ـ الشكل الشديد |
| – simplex form | ـ الشكل البسيط |
| erythema nodosum | الحمامىٰ العقدة |
| – gravidarum | ـ الحملية |
| erythema nodosum | الحمامىٰ العقدة |
| – nodosum – like drug reaction | ـ التفاعلات الدوائية الشبيهة بالحمامىٰ العقدة |
| – in pregnancy | ـ في الحمل |
| erythematobullous drug eruptions | الطفوح الدوائية الحمامية الفقاعية |

erythematoid — حمامانية
erythematosquamous skin diseases — أمراض الجلد الحمامية الوسفية
erythematous — حمامي
– bullous pemphigoid — ـ الفقاعاني الفقاعي
– mucinosis — ـ الداء الموسيني
– skin diseases — ـ أمراض الجلد
erythematous – hemorrhagic drugs eruptions — الطفوح الدوائية الحمامية النزفية
erythematovesicular drug eruptions — الطفوح الدوائية الحمامية الحويصلية
erythermalgia — احمرار الأطراف المؤلم
erythralgia — احمرار الجلد المؤلم
erythrasmas — وذح
erythrocyanosis crurum puellarum — زراق الساق الاحمراري
erythroderma — احمرار الجلد ( أحمرية )
– exfoliative — ـ التقشري
– generalization of dermatoses — ـ الجلادات المعممة
– hematological disease — ـ داء دموي
– lymphatic – leuk – emic — ـ ابيضاضي لمفي
– malignant cutaneous lymphomas — ـ لمفومات جلدية خبيثة
– psoriatic — ـ الصدافي
– seborrheic — ـ المثي
– T – cell — ـ خلية ت
– unknown cause — ـ سبب مجهول
erythrodermia — احمرار الجلد ( أحمرية )
– desquamativa — ـ التوسفي
– ichthyosiformis congenita — ـ السماكي الشكل الولادي
– ichthyosiformis congenitalis bullosa — ـ سماكي الشكل الفقاعي الولادي
– psoriatica — ـ الصدافي
erythrodermie pityriasique en plaques disseminées — احمرار الجلد النخالي واللويحي المنتثر
erythrohepatic protoporphyria — بروتوبرفيرية الكبدية الدموية
– figurata variabilis — ـ الشكلية المتغيرة
– symmetrica progressiva — ـ المتناظرة المترقية
– variabilis — ـ المتغيرة
erythromelalgia — احمرار الأطراف المؤلم
erythromelanosis interfollicularis colli — ملان احمراري بين الجريبات على العنق
erythromelia — احمرار الأطراف
erythromycin — إريترومايسين
erythroplasia — التنسج الأحمر
erythropoietic — مكون الحمر
– porphyrias — ـ البرفيرية
– porphyrias, congenital (CEP) — ـ البرفيريات الولادية
– porphyrin – hepatitis — ـ التهاب الكبد ـ البرفيرين
– protoporphyria — ـ بروتوبرفيرية
erythroses/erythrosis — إحمرار
– interfollicularis colli — ـ بين الجريبات على العنق
– péribuccale pigmentaire Brocq — ـ تصبغ حول الفم لبروك
– pigmentata faciei — ـ تصبغ الوجه
– pigmentée péri – buccale — ـ تصبغ حول الفم
espundia (mucocutaneous form) — اسبونديا ( داء الليشمانيات الأمريكية الجلدية المخاطية )
essential congenital lymphedema — الوذمة اللمفية الولادية الأساسية
essential hypercholesterolemia — فرط الكولسترولمية الأساسية
ether, phenol — ايتر ، فينول
etretinate (tegison, tigason) — ايتريتينت ( تيغازون )

| | |
|---|---|
| eucerin | ايوسيرين ( نوع من الشحم الصوفي ) |
| eumelanins | الملانين السوي |
| European blastomycosis | الفطار البرعمي الأوربي |
| euthyroidism, mucinoses | تدرق حقيقي ، الداء الموسيني |
| exanthem | طفحية ، الطفح الظاهر |
| – coxsackievirus | – حمة كوكساكي |
| – drug – induced, allergic | – محدثة بالأدوية ، أرجية |
| – drug – induced, toxic | – محدثة بالأدوية ، سمية |
| – serum sickness | – داء المصل |
| – subitum | – فجائي |
| – subitum, infectious diseases | – فجائية ، أدواء خمجية |
| – three – day – fever | – حمى الأيام الثلاثة |
| excision repair | استئصال ترميمي |
| excoriations | تسحجات ( م . تسحج ) |
| exertion urticaria | شرى الجهد |
| exfoliatio | تقشر |
| – linguae areata | – اللسان الباحي ( البقعي ) |
| – manuum areata | – اليد الباحية / البقعية |
| – oleosa neonatorum | – الزيتي الوليدي |
| exfoliative erythroderma | أحمرية تقشرية |
| exocytosis | تسرب خلوي |
| exogenous | خارجي المنشأ |
| – dyschromias | – خلل التلون |
| – heterochromia | – مغاير التلون |
| – hyperlipemia | – فرط دهن الدم |
| – ochronosis | – المغرانية |
| – telangiectasia | – توسع الشعيرات |
| – variant of pseudoxanthoma elasticum of the aged farmer | – نوع من الصفروم الكاذب المرن عند مزارع مسن |
| *Exophiala* | *اكسوفيليا ( العفن المسبب للسعفة السوداء )* |
| exostosis, subungual | عرن ، تحت الظفر |
| exsiccation eczematid | اكزماتيد جافة |
| extravasations | تسربات |
| extravascular necrotizing granuloma, cutaneous | الحبيوم النخري خارج الأوعية ، الجلدي |
| extremities, constriction | الأطراف ، تضيق |

# F

| | |
|---|---|
| Fabry's disease | داء فابري |
| Fabry's syndrome | متلازمة فابري |
| facial granuloma | حبيوم وجهي |
| – with eosinophilia | – مع كثرة الحماضات |
| facies scarlatinosa | سَحْنَة قرمزية |
| factitial | مفتعل |
| – dermatitis | – التهاب الجلد |
| – diseases | – أدواء ، أمراض |
| – lymphedema | – وذمة لمفية |
| – panniculitis | – التهاب السبلة الشحمية |
| factor VII deficiency | عوز العامل السابع |
| factor VIII deficiency | عوز العامل الثامن |
| factor XII deficiency | عوز العامل الثاني عشر |
| facultative precanceroses | مقدمات السرطان الاختيارية |
| false knuckle pad | وسادات البراجم الكاذبة |
| falsepox | الجدري الكاذب ( الطفح الكاذب ) |
| familial | عائلي |
| – atypical multiple mole melanoma syndrome | – الوحمات المتعددة الشاذة متلازمة الملانوم |
| – chronic mucocutaneous candidosis | – داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن |
| – hypercholestero – lemia | – فرط الكولسترولية |

| | |
|---|---|
| – hyperchylomicron – emia | ـ فرط الكيلو مكرونات ( الدقائق الكيلوسية ) |
| – hyperlipoproteine – mias | ـ فرط بروتينات الدم الشحمية |
| – idiopathic hypercholesterolemic xanthomatosis | ـ الورام الأصفر مفرط الكولسترولية الغامض ( الذاتي ) |
| – lipogranulomatosis | ـ الورام الحبيبي الشحمي |
| – pachydermoperios – tosis | ـ ثخن الجلد والسمحاق |
| – rosacea – like dermatosis | ـ الجلاد المشبه بالعد الوردي |
| – thrombocytopenia with eczema | ـ قلة الصفيحات مع الإكزيمة |
| – xanthelasma without hyperlipoproteinemia | ـ اللويحات الصفراء دون فرط بروتينات الدم الشحمية |
| Fanconi's anemia | فقر الدم لفانكوني |
| Farber's disease | داء فاربر |
| fasciitis | التهاب اللفافة |
| – eosinophilic | ـ الحمضي |
| – nodularis pseudosarcomatosa | ـ العقيدي الغرني الكاذب |
| – ossificans | ـ تعظم |
| *Fasciolopsis buski* | *الشريطية البسكية ( ديدان )* |
| fat | دسم ، دهن |
| – and carbohydrate – induced hyperlipidemia | ـ والسكريات المحدثة لفرط شحوم الدم |
| – emboli | ـ الصمات |
| – necrosis of the newborn, subcutaneous | ـ نخر الوليد ، تحت الجلد |
| – sclerema of the newborn | ـ صلدمة الوليد |
| – sclerosis, symmetrical | ـ تصلب ، متناظر |
| – syndrome, painful | ـ متلازمة ، مؤلمة |
| – synthetic | ـ تركيبي |
| – wool | ـ صوف |
| fatal cutaneointestinal syndrome | متلازمة الجلد والأمعاء المميتة |
| fatty ointments | مراهم دهنية / شحمية |
| fatty tissue | نسيج دهني / شحمي |
| – newborn | ـ وليد |
| – subcutaneous | ـ تحت الجلد |
| Favre – Racouchot syndrome | متلازمة فافر ـ راكوشو |
| favus (ringworm) | قرعة ( سعفه ) |
| febrile mucocutaneous lymphadenopathy syndrome, acute | متلازمة اعتلال العقد اللمفية الجلدية المخاطية الحمية ، الحادة |
| febrile neutrophilic dermatosis, acute | الجلاد العدل الحُمِّي ، الحاد |
| febris melitensis | الحمىٰ المالطية |
| febris undulans | الحمىٰ المتموجة |
| Feer's disease | داء فير |
| feet/foot | قدم ( ج : أقدام ) |
| – athlete's | ـ الرياضيين |
| – atopic winter | ـ التأتبي الشتوي |
| – burning feet syndrome | ـ متلازمة القدم الحارقة |
| – collagenous plaques | ـ لويحات مغرائية ( كلاجينية ) |
| – connective tissue disease | ـ داء النسيج الضام |
| – eczema, hyperkratotic fissured | ـ الإكزيمة ، مفرطة التقرن والمتشققة |
| – eczema, tylotic | ـ إكزيمة ، ثفانية |
| – epidermolysis bullosa | ـ انحلال البشرة الفقاعي |
| – false foot – and – mouth disease | ـ داء القدم والفم الكاذب |
| – foot – and – mouth disease virus (FMD virus) | ـ حمة داء القدم والفم |
| – forefoot eczema | ـ إكزيمة مقدمة ظهر القدم |
| – hand – foot – mouth exanthem | ـ طفحية اليد والقدم والفم |

- ichthyosis — سماك
- Madura — مادورا
- mycosis — فطار
- recurrent bullous eruption — الطفح الفقاعي الراجع
- ringworm — سعفة

female external genitalia — الأعضاء التناسلية الخارجية الأنثوية
- sebaceous glands — غدد زُهمية

female pattern hair loss — فقد الأشعار من النموذج الأنثوي

Fernandez reaction — تفاعل فيرنانديز

fetal osteoporosis — تخلخل العظام الجنيني

fetus, harlequin — الجنين ، المهارج

Feuerstein – Mims syndrome — متلازمة فرشتاين – ميمس

fever — حمىٰ
- aphthous — قلاعية
- blister — نفاطية
- boutonneuse — حمىٰ
- deer fly — ذباب الأيل
- dumdum — دم دم
- glandular — غدية
- glandular, Pfeiffer's — غدي ( حمىٰ بفيفر الغدية )
- Haverhill — هافر هيل
- lemming — اللاموس ( قوارض )
- Malta — مالطية
- Mediterranean — البحر الأبيض المتوسط
- Oroya — أوروبا
- Q fever — حمىٰ كيو
- Q fever, rickettsia diseases — حمىٰ كيو ، أدواء الركيتسية
- rat – bite — عضة الجرذ
- rickettsial — ركيتسيائية
- Rocky mountain spotted — الجبال الصخرية المبقعة
- scarlet — قرمزية
- scarlet, infectious diseases — قرمزية ، أدواء خمجية
- South African tickbite — عضة القراد في جنوب إفريقيا
- three – day – fever exanthem — طفحية حمىٰ الثلاثة أيام
- tsutsugamushi — تسوتسو غاموشي
- undulant — متموجة
- valley — الوادي

fibroadenoma of the breast — الغدوم الليفي للثدي

fibroepithelial tumor — ورم ظهاري ليفي
- premalignant — مقدمة الخباثة

fibroepithelioma — ظهاروم ليفي
- fibrokeratoma, acquired — قرنوم ليفي ، مكتسب

fibrolipoma — شحموم ليفي

fibroma — ليفوم
- axillary — إبطي
- cervical — رقبي
- dermatofibroma — ليفوم جلدي
- dermatofibrosis lenticularis disseminata — تليف جلدي عدسي منتثر
- durum — صلد ، قاسي
- of the fingers, multiple — على الأصابع ، متعدد
- hard — قاسي
- molle — ارتخاء
- pendulum — نواسي
- simplex — بسيط

fibromatosis — ورام ليفي
- aggressive, infantile — عدواني ، طفلي
- cutis, perfollicular, with colon polyps — جلدي ، حول الجريبي مع سلائل ( سليلات ) قولونية
- digital, Infantile — أصبعي ، طفلي
- hyalin, juvenile — هياليني ، فتوي
- plantar — أخمصي

| | |
|---|---|
| – pseudosarcomatous, subcutaneous | ـ غرني كاذب ، تحت الجلد |
| fibrome en pastille | ليفوم قريصي |
| fibrosarcoma | غرن ليفي |
| fibrosis nodularis nasi | تليف عقيدي أنفي |
| fibrosis, nodular, subepidermal | تليف ، عقيدي ، تحت البشرة |
| fibrous papule of the nose | الحطاطة الليفية على الأنف |
| fibroxanthoma, atypical | صفروم ليفي ، لا نموذجي |
| field cancerization | حقل التسرطن |
| Fiessinger – Leroy syndrome | متلازمة فيسنجر ـ ليروي |
| Fiessinger – Rendu syndrome | متلازمة فيسنجر ـ ريندو |
| fifth | الخامس |
| – disease | ـ الداء |
| – obligate cutaneous paraneoplasia | ـ مواكب الورم الجلدي الإجباري |
| – phakomatosis | ـ أدواء العدسيات |
| fig warts | ثآليل تينية |
| figurate erythemas | حمامات شكلية |
| filarial elephantiasis | داء الفيل بالخيطيات |
| filiarosis | داء الخيطيات |
| filiform verrucae vulgares | ثآليل شائعة خيطية الشكل |
| fillagrin | فيلاغرين ( بروتين يدخل في تركيب القرنين ) |
| finger(s) | اصبع ( ج : أصابع ) |
| – aploplexy | ـ سكتة |
| – chubbing (hippocratic) | ـ متعجرة ( أبو أبقراطيه ) |
| – contraction, Dupuytren's | ـ تقفع ، دوبتران |
| – cyst, myxoid | ـ كيسة ، مخاطانية |
| – dead | ـ ميت |
| – drumstick | ـ مقرعة الطبل |
| – idiopathic clubbed, and periostosis | ـ متعجرة غامضة ، وتعظم سمحاقي |
| – mucoid dorsal cyst | ـ كيسة مخاطانية ظهرية |
| – multiple fibroma | ـ ليفوم متعدد |
| – paroxysmal finger hematoma | ـ ورم دموي انتيابي على الإصبع |
| – sucker's callus | ـ ثفن المحجم |
| – white | ـ أبيض |
| – warts | ـ ثآليل |
| fish odor syndrome | متلازمة رائحة السمك |
| fissures | شقوق |
| fistula(s) | ناسور [ ج : نواسير ] |
| – branchial | ـ غلصمي |
| – ear | ـ في الأذن |
| – labial | ـ شفوي ، شفري |
| – neck | ـ في العنق |
| – odontogenous | ـ سني المنشأ |
| fistulated comedones | زؤان متنوسر |
| fixed drug eruption | طفح دوائي ثابت |
| flatworms (platyhelminthes) | ديدان مسطحة |
| flea(s) | برغوث [ ج : براغيث ] |
| – flea bite | ـ عضة البرغوث |
| – human | ـ إنساني |
| – sand | ـ رملي |
| flexural eczema | إكزيمة الثنيات |
| flexures, reticulated pigmentary dermatosis | الثنيات ، جلاد تصبغي شبكي |
| flies | ذُباب |
| – gadflies (Tabanus) | ـ ذباب الخيل ( النُعرة ) |
| – house | ـ منزلي |
| – stable | ـ الإسطبل |
| flocculation reaction | تفاعل ندفي |
| flora of the skin, bacterial | نبيت الجلد ، الجرثومي |
| florid oral papillomatosis | ورام حليمي فموي زهري |
| flukes | ديدان مثقوبة |
| 5 – fluorouracil | ٥ ـ فلورويوراسيل |

| English | Arabic |
|---|---|
| fluorescent treponemal antibody (FTA) test | اختبار أضداد اللولبيات التألقي |
| fluorescent treponemal antibody absorption (FTA – ABS) test | اختبار امتصاص أضداد اللولبيات التألقي |
| fluorinated corticosteroids in psoriasis | الستيروئيدات المفلورة في الصداف |
| flushing | البيغ |
| – acute | – الحاد |
| – alcohol | – الكحولي |
| – carcinoid syndrome | – متلازمة السرطاوي |
| – causes | – الأسباب |
| – mechanisms | – الأليات |
| – phenomenal | – الظاهرة |
| FMD virus (foot – and – mouth disease virus) | حمة داء الفم والقدم |
| foam cells | خلايا رغوية |
| facal | بؤري |
| – dermal hypoplasia | – نقص تنسج جلدي |
| – epithelial hyperplasia (Heck's disease) | – ثدن ( فرط تنسج ) ظهاري ( داء هيك ) |
| – epithelial hyperplasia | – ثدن / فرط تنسج ظهاري |
| – lichen planus | – حزاز مسطح |
| Fölling's disease | داء فولينغ |
| fogo selvagem | النار المتوحشة |
| folded | تثني ، تطوي |
| – pachydrema | – ثخن الجلد |
| – skin, generalized | – الجلد ، المعمم |
| – skin with scarring | – الجلد مع ندبات |
| folic acid (pterogylglutamic acid) | حمض الفوليك ( حمض بتروجيل غلوتاميك ) |
| follicles | جريبات |
| – hair | – الشعر |
| – miniature | – ضمور ( صغر ) |
| – mite | – سوس |
| – sebaceous | – زهمي |
| follicular | – جريبي |
| – chancroid (miliary follicular chancre) | – قريح ( قرح جريبي دخني ) |
| – infundibulum, tumor | – قمعي ، ورم |
| – keratoses/keratosis | – تقران |
| – keratoses/keratosis, inverted | – تقران ، مقلوب |
| – lichen planus | – حزاز مسطح |
| – lymphoblastoma | – ورم أرومي لمفاوي |
| – mucinosis | – داء مخاطيني |
| – mucinosis, idiopathic form | – داء مخاطيني ، الشكل الغامض |
| – poroma (acrotrichoma) | – ورم مسامي ( شعروم النهايات ) |
| – psoriasis | – صداف |
| – pyoderma | – تقيح الجلد |
| – tumors | – أورام |
| folliculitis | التهاب الجريبات |
| – of the beard region | – في منطقة الذقن |
| – (barbae) candidomycetica | – ( اللحية ) المبيضات |
| – decalvans capillitii | – الشعرية الحاص |
| – decalvans faciei | – الحاصة على الوجه |
| – eczematosa barbae | – إكزيمي على اللحية |
| – eczematosa vestibuli nasi | – إكزيمي في دهليز الأنف |
| – gram – negative | – سلبي الغرام |
| – keloidalis | – الجدري |
| – profound scarring | – العميق الندبي |
| – sclerotisans nuchae | – التصلبي على القفا |
| – simplex barbae | – البسيط على اللحية |
| *Fonsecaea* | *الفونسيكية ( فطر مسبب للفطار الصباغي )* |
| foot (see/foot) | قدم ( انظر القدم ) |
| Fordyce's disease | داء فورديايس |
| Fordyce's glands | غدد فورديايس |
| forelock, white | الناصية ( الغرة ) ، البيضاء |
| forst yaws | الداء العليقي ، في الغابات |

# G

Gardner's syndrome متلازمة غاردنر
*Gardnerella* غاردنيريلا
– *Vaginalis ingection* – خمج مهبلي
– *vaginalis* infection, vaginal discharge – خمج مهبلي ، تـجيج مهبلي
– vaginitis – التهاب المهبل
– urethritis – التهاب الإحليل
Gaucher's disease داء غوشيه
gels هلامات ( م : هلامة )
– hydrogels – هلامات مائية
– lipogels – هلامات شحمية
(Water – soluble bases) ( أساسات ذوابة في الماء )
generalized معمم
– chondromalacia – تلين الغضروف
– elastosis – مران
– folded skin – جلد مطوىٰ
– pustuloses – بثار
general paralysis of the insane شلل معمم عند المجنون
general paresis خزل معمم
genital تناسلي
– atrophy, primary ضمور ، أولي
genital تناسلي
– atrophy, senile – ضمور ، شيخي
– carcinoma, herpes genitalis – سرطانة ، حلأ تناسلي
– mycoplasmas – المفطورات
– papulosis, bowenoid – الحطاط ، البوفناني
genitalia, external, female (see also female) أعضاء التناسل ، الخارجية ، الأنثوية ( انظر الإناث أيضاً )
genitalia, male, acute gangrene أعضاء التناسل ، الذكرية ، الموات الحاد
genophenotypic psoriasis الصداف من النمط الجيني الظاهري
genotypic psoriasis صداف من النمط الجيني
gentamicin جنتاميسين
genuine hyperhidrosis فرط التعرق العاطفي

geographic psoriasis صداف جغرافي
geographic tongue لسان جغرافي
Gerhardt's syndrome متلازمة جيرهارد
German measles الحصبة الألمانية
germinoblastic sarcoma غرن الأرومة المنتشة
Gianotti – Crosi disrase داء جيانوتي – كروستي
giant عملاق
– basal cell carcinoma – سرطانة قاعدية الخلايا
– basaloma – قاعدوم / ورم أو سرطان الخلية القاعدية /
– cell arteritis – خلية التهاب الشرايين
– cell histiocytoma – ورم الخلايا المنسجة ، ورم المنسجات
cell tumor of the tendon sheath – ورم خلايا غمد الوتر
– comedones – زؤان
– lichenification – تحزز
– pigment nevus – وحمة مصطبغة
– warts – ثآليل
Gilchrist's disease داء جيلكريست
gingiva اللثة
– rare syndromes – متلازمات نادره
gingivitis التهاب اللثة
– erosiva marginalis – التآكلي الهامشي
– hyperplastica – مفرط التنسج
ginginostomatitis التهاب اللثة والفم
– acute – الحاد
– chronic – المزمن
– herpetica – الحلئي
gland(s) غُدة ( ج : غدد )
– Bartholin's – بارتولين
– cheilitis, glandular form – التهاب الشفة ، الشكل الغدي
– Fordyce's – فوردايس
– hyperplasia, circumscribed sebacecous – فرط تنسج ، زهمي محدد
– nevus, senile sebaceous – وحمة ، زهمية شيخية

| | |
|---|---|
| – sebacecous (see gland, sebaceous) | – زهمي ( انظر الغدد ، الزهمية ) |
| – secretion, sebaceous | – افراز ، زهمي |
| – sweet (see glands, sweat) | – العرق ( انظر الغدد ، العرقية ) |
| – Theodor's | – تيودور |
| – tumor, sweat | – ورم ، عرقي |
| – Tyson | – تيسون |
| gland(s), sebaceous | – غدة ( ج : غدة ) ، زهمية |
| – ectopic | – منتبذة |
| – female external genitalia | – الأعضاء التناسلية الخارجية الأنثوية |
| – heterotopic | – غيرية التوضع |
| gland(s), sweat | غدة ( ج : غدد ) ، عرقية |
| – abscesses in neonates multiple | – خراجات في الولدان ، متعددة |
| – apocrine | – مفترزة |
| – eccrine | – ناتحة |
| – pyodermas | – تقيحات الجلد |
| glanders | الرعام |
| glandular fever | حمى غدية |
| glans penis | حشفة القضيب |
| Glarzmann – Naegeli syndrome | متلازمة غلانزمان – نيجيلي |
| glomangioma | وعاؤوم كبي |
| glomus tumor | ورم كبي |
| – subungal | – تحت الظفر |
| glossitis mediana rhombica | التهاب اللسان المتوسط العيني |
| glossitis, Moeller – Hunter | التهاب اللسان ، مولير – هنتر |
| glossodynia | ألم اللسان |
| – simplex | – البسيط |
| glossopyrosis | حرقة اللسان |
| glucocorticosteroids, lipodystrophy | الستيروئيدات ، حثل شحمي |
| glucose – 6 – phos – phatase dificiency | عوز غليكوز ٦ فوسفات |

| | |
|---|---|
| glucuronidase deficiency | عوز غلوكورونيداز |
| glutaraldehyde | غلوتارا الدهيد |
| glycogenosis | تكون السكر |
| glycosphingolipid, genetic enzyme defect | الشحميات السكرية السفنغولية ، عيب إنظيمي وراثي |
| GM1, gangliosidosis | GM1 ، غانغليوسيدوز |
| GM2, gangliosidosis | GM2 غانغليوسيدوز |
| gnat, common | بعوضة ، عامة |
| gnatophyma | فيمة الزمن |
| Golgi – Mazzoni corpuscles | جسيمات غولجي – مازوني |
| Goltz – Gorlin syndrome | متلازمة غولتز – غورلين |
| gonococcal endocarditis | التهاب الشغاف بالمكورات البنية |
| – sepsis | – الإنتاني |
| – infection, disseminated | – الخمجي ، المنتثر |
| gonorrhea | سيلان |
| – acute | – حاد |
| – chronic | – مزمن |
| – confirmation of cure | – اثبات الشفاء |
| – examination for syphilis | – فحص للإفرنجي |
| – follow – up examination | – فحص للمتابعة |
| – gram stain | – ملون غرام |
| – men | – رجال |
| – men, diagnosis | – رجال ، تشخيص |
| – oropharyngeal | – حلقومي |
| – paragonorrheal disease | – داء نظير السيلاني |
| – rectal | – شرجي |
| – treatment | – معالجة |
| – urinary tract | – السبيل البولي |
| – vaginal discharge | – نجيج مهبلي |
| – women | – نساء |

| English | Arabic |
|---|---|
| – women, diagnosis | ـ نساء ، تشخيص |
| gonorrheal | سيلاني |
| – adnexitis | ـ التهاب الملحقات |
| – bartholinitis | ـ التهاب غدة برتولين |
| – cervicitis | ـ التهاب عنق الرحم |
| – conjunctivitis | ـ التهاب الملتحمة |
| – disease, extragenital | ـ داء ، خارج تناسلي |
| – endometritis | ـ التهاب بطانة الرحم |
| – epididymitis | ـ التهاب برنخ |
| – monoarthritis | ـ التهاب المفصل |
| – paragonorrheal disease | ـ الداء نظير السيلاني |
| – perihepatitis, acute (Fritz – Hugh – Curtis syndrome) | ـ التهاب حول الكبد ، الحاد ( متلازمة فرتيز ، هوغ ، كورتيس ) |
| – perioophritis | ـ التهاب حول المبيض |
| – prostatitis | ـ التهاب الموثة |
| – salpingitis | ـ التهاب البوق / النفير |
| – seminal vesiculitis | ـ التهاب الحويصل المنوي |
| – urethritis | ـ التهاب الإحليل |
| – vulvovaginitis | ـ التهاب الفرج والمهبل |
| – vulvovaginitis | ـ التهاب الفرج والمهبل ، عند البالغين |
| – vulvovaginitis, infants | ـ التهاب الفرج والمهبل ، عند الرضع |
| Gorlin – Goltz syndrome | متلازمة غورلين ـ عولتز |
| Gottron's | غوترون |
| – reticulosarcomatosis | ـ غران شبكي |
| – sign | ـ علامة |
| – syndrome | ـ متلازمة |
| Gougerot's tri – (penta) symptomatic disease | الداء الثلاثي ( الخماسي ) العرضي لكوجرو |
| Gougerot – Carteaud syndrome | متلازمة غوجرو ـ كارتو |
| gout tophi | تُوَف النقرس |
| gout, pseudogout | النقرس ، النقرس الكاذب |
| gram – negative folliculitis | التهاب الجريبات سلبي الغرام |
| granular | الحبيبي |
| – cell myoblastoma | ـ ورم الأرومة العضلية |
| – cell tumor | ـ ورم الخلايا |
| – degeneration | ـ التنكس |
| – gigantism, constitutional | ـ العملقة ، البنيوي |
| – layer (stratum granulosum) | ـ الطبقة ( الطبقة الحبيبة ) |
| granuloma | حبيبوم |
| – annulare (see granuloma annulare) | ـ حلقي ( انظر الحبيبوم الحلقي ) |
| – atupical or pseudopyogenic | ـ لا نموذجي ، أو مقيح كاذب |
| – axillary | ـ إبطي |
| – Churg – Strauss | ـ شارج ـ ستراوس |
| – coccidioides | ـ الكروانية |
| – deodorant | ـ مزيل الرائحة |
| – eosinophilicum faciei | ـ حمضي وجهي |
| – of the face, lethal midline | ـ الوجه ، المميت المتوسط |
| – fissuratum | ـ متشقق |
| – fungoides | ـ فطراني |
| – gangraenescens nasi | ـ مواتي أنفي |
| – giant cell, juvenile | ـ الخلايا العملاقة ، الفتوي |
| – gluteale infantum | ـ الألوي الطفلي |
| – inguinale | ـ أربي |
| – lipophagic | ـ ابتلاع الشحم |
| – Miescher's, face | ـ ميشير ، على الوجه |
| – multiforme | ـ متعدد الأشكال |
| – of the nose, malignant | ـ على الأنف ، الخبيث |
| – paracoccidioides | ـ نظير الكرواني |
| – pyogenicum | ـ مقيح |
| – reticulohistiocytic | ـ منسجي شبكي |
| – telangiectaticum | ـ متوسع الشعيرات |
| – trichophyticum | ـ شعروي |
| – venereum | ـ زهري |
| – zirconium | ـ زرقونيوم |
| granuloma annulare | حبيبوم حلقي |

| | |
|---|---|
| – disseminatum | ـ منتثر |
| – perforans | ـ ثاقب |
| – special forms | ـ أشكال خاصة |
| – subcutaneous types | ـ أنماط تحت الجلدية |
| **granulomatosis** | ورام حبيبي |
| – allergic | ـ أرجي |
| – disciformis chronica et progressiva | ـ قرحي الشكل مزمن ومترقي |
| – tuberculoides pseu – dosclerodermiformis | ـ درني الشكل ذو صلابة كاذبة |
| **granulomatous** | حبيومي |
| – dermatitis | ـ التهاب جلد |
| – dermatitis with eosinophilia, recurrent | ـ التهاب جلد مع كثرة الحمضات ، راجع |
| – diseases | ـ أدواء |
| – rosacea | ـ العد الوردي |
| – vasculitis | ـ التهاب أوعية |
| **granulosis rubra nasi** | حباب أنفي أحمر |
| **granulosis/ hypergranulosis** | حباب ( تحبب )/ فرط التحبب |
| **graying hair, caused by drugs** | الشعر الرمادي/ الشايب ، محدث بالأدوية |
| **green hair** | الشعر الأخضر |
| **Greither's syndrome** | متلازمة غريتير |
| **grenz ray therapy** | المعالجة بأشعة غرينز |
| **Grönblad – Strandberg syndrome** | متلازمة غرونبلاد ـ ستراندبيرغ |
| **group allergy** | أرج الزمرة |
| **Grover's disease** | داء غروفر |
| **growth phase, hair cycle** | طور النمو ، دورة الشعرة |
| **Guarnieri's bodies** | أجسام غوارنيري |
| **Gönther's disease** | داء غونتير |
| **gustatory hyperhidrosis** | فرط التعرق الذوقي |
| **guttate** | نقطي |
| – hypomelanosis, idiopathic | ـ نقص الملانين ، الذاتي |
| – morphea (scleroderma) | قشيعة ( تصلب جلد ) |
| – parapsoriasis | ـ نظير الصداف |
| – parapsoriasis, acute | ـ نظير الصداف ، الحاد |
| – parapsoriasis, chronic | ـ نظير الصداف ، المزمن |
| – psoriasis | ـ الصداف |

## H

| | |
|---|---|
| **Haber's syndrome** | متلازمة هابر |
| **habitual aphthae** | قلاع اعتيادي |
| ***Haemophilus ducreyi*** | *عصيات دوكري المحبة للدم* |
| ***Haemophilus vaginalis vaginitis*** | *التهاب المهبل بمحبات الدم المهبلية* |
| **Hagemann defect** | عيب هاجمان |
| **Hailey – Hailey disease** | داء هيله ـ هيله |
| **hair** | أشعار |
| – atrophic disease with tufted hairs | ـ داء ضموري مع أشعار لمية |
| – bamboo | ـ خيزرانية |
| – canal | ـ قناة |
| – changes in the shaft | ـ تبدلات في الجدل / السقيبة |
| – color | ـ اللون |
| – cuticle | ـ قشيرة |
| – cycle (see hair cycle) | ـ دورة ( انظر دورة الأشعار ) |
| cysts, eruptive vellus | ـ كيسات ، زغب طفحي |
| – deformation | ـ تشوه |
| – deformation, temporary | ـ تشوه ، عابر |
| – disease, kinky | ـ داء ، ملتوي |
| – disease, steely | ـ داء ، صلب/ فولاذي |
| – disk tumor | ـ ورم قريصي |
| – dystrophic | ـ حثلي |
| – exogenous damage | ـ تخريب خارجي المنشأ |
| – follicle (see hair follicle(s)) | ـ جريبي ( انظر الجريب ( الجريبات ) الشعري ) |
| – green | ـ أخضر |
| – growth abnormalies | ـ شذوذات النمو |
| – growth, hormonal influence | ـ النمو ، تأثير هرموني |

| | |
|---|---|
| – keratin | ـ قرنين |
| – kinky disease | ـ داء ملتوي |
| – lanugo | ـ زغب |
| – loss (see hair loss) | ـ ضياع ( انظر ضياع الأشعار ) |
| – matrix | ـ مَطِرق |
| – matrix, degeneration | ـ مطرق ، تنكس |
| – nevi/nevus (nevus pilosus) | ـ وحمات/ وحمة ( وحمة مشعرة ) |
| – nevi/nevus, woolly | ـ وحمات/وحمة ، صوفية |
| – permanent waves | ـ تموجات دائمة |
| – pulling, morbid | ـ جر ، مرضي |
| – ringed | ـ حلقي |
| – rolled hair cysts | ـ كيسات الأشعار المدورة |
| – root status (trichogram) | ـ حالة الجذر ( مخطط الأشعار ) |
| – shaft | ـ جدل ( ج : أجدال ) ، سقيبة |
| – spun glass | ـ كأس ( زجاج ) مغزلي |
| – structure | ـ بنية |
| – syndrome | ـ متلازمة ، شفاء |
| – terminal | ـ نهائي |
| – testosterone | ـ تستوستيرون |
| turning white overnight | ـ دوران أبيض أثناء الليل |
| – twisted | ـ مبرومة/ مفتولة |
| – types | ـ أنماط |
| – uncombable | ـ غير قابل للتمشيط |
| – vellus | ـ زغبي |
| – woolly | ـ صوفي |
| hair cycle | دورة الشعرة |
| – anagen phase | ـ طور النمو والمولد |
| – catagen phase | ـ طور الهبوط والتراجع ( التقويض ) |
| – growth phase | ـ طور النمو |
| – rest phase | ـ طور الراحة |
| – telogen phase | ـ طور انتهاء النمو |
| – transitional phase | ـ طور إنتقالي |
| hair follicle(s) | جريب ( ج : جريبات ) الشعرة |
| – nevus | ـ وحمة |
| – pyodermas | ـ تقيحات الجلد |
| hair loss | ضياع/ فقد الأشعار |
| – anagen – dystrophic | ـ طور النمو ـ الحثلي |
| – female pattern | ـ نموذج أنثوي |
| – male pattern | ـ نموذج ذكري |
| – telogen | ـ إنتهاء النمو |
| hair – nest sinus | جيب عش الشعر |
| hairdressers | المزين ، الحلاقون |
| – contact dermatitis and eczema | ـ التهاب الجلد التماسي والاكزيمة |
| – granuloma | ـ حبيبوم |
| – trichogranuloma | ـ حبيبوم شعري |
| hairy | شعري ، مشعر |
| – cell leukemia | ـ ابيضاض خلوي |
| – leukoplakia, oral | ـ طلاوان ، فموي |
| – tongue | ـ لسان |
| half – and – half nail | متناصف الأظفار |
| Hallopeau – Siemens syndrome | متلازمة هالوبو ـ سيمنس |
| halo melanocytic nevus | وحمة الخلايا الملانية الهالية |
| halo nevus | الوحمة الهالية |
| halogenated compounds | مركبات هالوجينية |
| halogens | هالوجينات |
| haloprogin | هالوبروجين |
| hamartoma syndrome, multiple | متلازمة الورم العابي ، المتعدد |
| hand(s) | اليد ( ج : اليدين ) |
| – acrokeratoelastosis marginalis | ـ المران التقرني الهامشي في النهايات |
| – collagenous plaques | ـ اللويحات المغرائية ( الكولاجينية ) |
| – connective tissue disease | ـ داء النسيج الضام |
| – eczema, hyperkeratotic fissured | ـ الإكزيمة ، مفرطة التقرن والمتشققة |
| – eczema, tylotic | ـ إكزيمة ، ثفانية |

| English | العربية |
|---|---|
| – epidermolysis bullosa | ـ إنحلال البشرة الفقاعي |
| – hand – foot – mouth exanthem | ـ طفحية الفم ـ اليد ـ القدم |
| – ichthyosis | ـ سماك |
| – paroxysmal hematoma | ـ ورم دموي إنتيابي |
| – recurrent bullous eruption | ـ طفح فقاعي راجع |
| – region, zoster | ـ ناحية ، النطاق |
| – warts | ـ ثآليل |
| hand – foot – and mouth disease | داء الفم ـ اليد والقدم |
| Hand – Schüller – Christian disease | داء هاند ـ شوللر ـ كريستيان |
| hangnails | سأف الأظفار ، نترة حول الأظفار |
| Hansen's disease | داء هانسن |
| hanseniasis | داء هانسن ( مرادف للجذام ) |
| hard fibroma | ليفوم قاسي |
| hard plague | طاعون الأرنب الوحشي |
| harlequin fetus | الجنين المارج أو المهرج |
| Hartnup disease | داء هارتنب |
| Hartnup syndrome | متلازمة هارتنب |
| harvest itch | حكة الحصاد |
| Haverhill fever | حمى هافيرهيل |
| HCP (hereditary coproporphyria) | كبروبرفيرية الوراثية |
| HDLs (high – density lipoproteins) | بروتين شحمي رفيع الكثافة |
| head louse | قمل الرأس |
| heart and blood vessels, tertiary syphilis | الأوعية القلبية والدموية ، الإفرنجي الثالثي |
| heat | حرارة |
| – contact urticaria (see also urticaria) | ـ شرى التماس ( انظر الشرى أيضاً ) |
| – prickly | حَصَف الحر ( الدخنية الحمراء ) |
| – radiant | ـ التشعيع |
| – scaling | ـ تقشر |
| – urticaria | ـ شرى |
| heavy chain disease | داء السلسلة الثقيلة |
| heavy metal salts | أملاح معدنية ثقيلة |
| Heberden's arthritis | التهاب المفصل لهيبيردين |
| Heberden's nodes | عقد هيبيردين |
| Hebra's waterbed | السرير المائي لهبرا |
| Heck's disease (focal epithelial hyperplasia) | داء هيك ( الثدن الظهاري البؤري ) |
| heel, multiple fatty tissue hernias | العقب ، فتوق النسيج الدهني المتعدد |
| Heerfordt's syndrome | متلازمة هيرفورد |
| heliobalneotherapy | المعالجة بالحمامات الشمسية |
| heliodermatitis | التهاب الجلد الشمسي |
| heliothalassotherapy | المعالجة البحرية الشمسية |
| heliotherapy | المعالجة الشمسية |
| hemangiectasia hypertrophicans | توسع الأوعية الدموية الضخامي |
| hemangioendothel – ioma, malignant | البطانوم الوعائي الدموي ، الخبيث |
| hemangioma | وعاؤوم دموي |
| hemangioma cavernosum/caver – nous | وعاؤوم دموي كهفي |
| – of the lips | ـ على الشفتين |
| – planum | ـ مسطح ، منبسط |
| – senile | ـ شيخي |
| hemangioma – thrombocytopenia syndrome | متلازمة الوعاؤوم الدموي ـ قليل الصفيحات |
| hematogenous allergic | أرجي دموي المنشأ |
| – contact dermatitis | ـ التهاب الجلد التماسي |
| – contact eczema | ـ اكزيمة تماس |
| – dyshidrosiform eczema | ـ اكزيمة خلل التعرق |
| hematogenous metastases | نقائل دموية المنشأ |

| English | Arabic |
|---|---|
| hematogenous photoallergy, systemic | أرج ضيائي دموي المنشأ ، مجموعي |
| hematolymphangioma circumscriptum cysticum | وعاؤوم دموي لمفي كيسي محدد |
| hematoma | ورم دموي ( دميوم ) |
| hematoxylin bodies | أجسام الهياتوكسيلين |
| heme biosynthetic pathway | طريقة الهيم ثنائية التركيب |
| hemiatrophia faciei progressiva | ضمور الوجه الشقي المترقي |
| hemochromatosis | صباغ دموي |
| hemolytic anemia | فقر دم الانحلالي |
| hemophilia | الناعور |
| hemophilia B | الناعور ب |
| hemorrhages, artificial | نزوف ، صنعية |
| hemorrhages, factitial | نزوف ، مفتعلة |
| hemorrhagic | نزفي |
| – bullous cutaneous amyloidosis | ـ الداء النشواني الجلدي الفقاعي |
| – contact dermatitis | ـ التهاب الجلد التماسي |
| – contact eczema | ـ إكزيمة تماس |
| – coumarin necrosis | ـ نخر بالكومارين |
| – diathesis of the newbron | ـ أهبة الوليد |
| – disorders | ـ اضطرابات |
| – disorders, platelet – related | ـ اضطرابات متعلقة بالصفيحات |
| – drug eruptions | ـ طفوح دوائية |
| – drug rashes | ـ طفوح دوائية |
| hemorrhagic – bullous drug eruptions | طفوح دوائية فقاعية نزفية |
| hemorrhagic – pigmentary dermatoses | جلادات تصبغية ـ نزفية |
| hemorrhoids | بواسير |
| hemosiderosis | داء هيموسيدريني / خَدَدٌ دموي |

| English | Arabic |
|---|---|
| hemostasis, vascular disorders | إرقاء ، الإضطرابات الوعائية |
| HEP (hepatoerythr – opoietic porphyria) | البرفيرية المكونة للدم الكبدية |
| hepatic porphyrias | برفيرية كبدية |
| – mixed | ـ مختلطة |
| hepatitis, acute gonorrheal perihepatitis | التهاب كبد ، التهاب حول الكبد السيلاني الحاد |
| hepatocerebral degeneration | تنكس دماغي كبدي |
| hepatoerythrocytic porphyria | برفيرية الكريات الحمر الكبدية |
| hepatoerythropoietic porphyria (HEP) | البرفيرية المكونة للدم الكبدية |
| hereditary | وراثي |
| – angioedema | ـ وذمة وعائية |
| – congenital lymphedema | ـ وذمة لمفية ولادية |
| – coproporphyria | ـ كوبروبرفيرية |
| – dysplastic nevus syndrome | ـ متلازمة الوحمة المُثدونة |
| – epidermolyses | ـ انحلال البشرة |
| – keratoses | ـ تقرانات |
| – mucopolysacchari – doses | ـ داء عديدات السكاريد المخاطية |
| – primary lymphedema | ـ الوذمة اللمفية البدئية |
| – protocoproporph – yria | ـ طليعة كوبروبرفيرية |
| – Quincke's edema | ـ وذمة كوينكه |
| – thrombocytopenia | ـ قلة الصفيحات |
| heredopathia atactica polyneuritiformis | رنح وراثي مع شكل التهاب الأعصاب |
| Herlitz syndrome | متلازمة هيرليتز |
| herpanigina | ذباح ( خناق ) حلئي |
| herpes | حلأ |
| – cornae | ـ القرنية |
| – febrilis | ـ حُمي |

| | |
|---|---|
| – genitalis | – تناسلي |
| – genitalis, genital carcinoma | – تناسلي ، سرطانة تناسلية |
| – genitoglutealis | – تناسلي ألوي |
| – gestationis | – حملي |
| – glutealis | – ألوي |
| – impetiginized | – متقوبي |
| – sepsis of the newborn | – إنتان الوليد |
| – simplex (see herpes simplex) | – بسيط ( انظر الحلأ البسيط ) |
| – virus, urethritis | – حمة ، التهاب احليل |
| – zoster (see also Zoster) | – نطاقي ( انظر النطاق ) |
| herpes simplex | حلأ بسيط |
| – genitalis | – تناسلي |
| – labialis | – شفوي |
| – persistans exulcerans | – مستمر ومتقرح |
| – postherpetic ulceration | – تقرح عقب الحلأ |
| – primary | – بدئي |
| – recedivans | – نكس |
| – recurrent | – راجع |
| – traumaticus | – رضحي |
| – virus (see also HSV) | – حمة ( انظر حمة الحلأ البسيط ) |
| herpetic pharyngitis | التهاب البلعوم الحلئي |
| Hertoghe's sign | علامة هيرتوف |
| Herxheimer's disease | داء هركزهايمر |
| Herxheimer's reaction | تفاعل هركزهايمر |
| Herzberg – Potjan – Gebauer syndrome | متلازمة هرزبرغ – بوجان – جيباور |
| heterochromia | تلون متغاير |
| – exogenous | – خارجي المنشأ |
| *Heterophyes heterophyes* | *الخيفانة الخيفاء* |
| heterotopic lingual tonsils | اللوزات اللسانية ، مغايرة التوضع |
| heterotopic sebaceous glands | الغدد الزهمية مغايرة التوضع |
| hecxachlorocyc – lohexane | هكساكلوروسيكلوهكسان |
| hexachlorophene | هكساكلوروفين |
| hidradenitis suppurativa | التهاب الغدد العرقية التقيحي |
| – axillaris | – الإبطي |
| hidradenoma | غدوم عرقي |
| – apocrine | – مفترز |
| – eruptive | – طفحي |
| – of the lower lids | – على الأجفان السفلية |
| – papilliferum | – حليمي الشكل |
| – verrucosum | – ثؤلولي |
| – of the vulva | – على الفرج |
| – hidrocystoma, apocrine | كيسوم عرقي ، مفترز |
| hidrocystoma, eccrine | كيسوم عرقي ، ناتج |
| high – density lipoproteins (HDLs) | البروتينات الشحمية ، رفيعة الكثافة |
| von Hippel – Lindau syndrome | متلازمة فون هيبل – ليندو |
| hippocratica, calvities | بقراطي ، صلع |
| hirsuties papillaris penis | القضيب الحليمي المشعر |
| hirsutism | زَبَب ، شعرانية |
| – drug – induced | – محدثة بالدواء |
| – idiopathic | – غامضة |
| – symptomatic | – عرضية |
| – treatment | – معالجتها |
| hirsutoid penis papilloma | الحليموم الشعراوي على القضيب |
| Hirudinea | علق ( صف العلقيات ) |
| histidinemia | فرط هستيدين الدم |
| histiocytic lymphoma | لمفوم المنسجات |
| histiocytic medullary reticulosis | شباك نقوي بالمنسجات |
| histiocytoma | ورم المنسجات |
| histiocytoma, giant cell | ورم المنسجات ، الخلايا العملاقة |
| histiocytoses/ histiocytosis | كثرة المنسجات |

| | |
|---|---|
| – cutaneous | ـ الجلدي |
| – eosinophilic | ـ الحمضي |
| – malignant | ـ الخبيث |
| – X | ـ X ( اكس ) |
| – X, differentiation | ـ X ( اكس ) ، التفريق |
| histoblastic reticulosarcoma | الغرن الشبكي بأرومة المنسجات |
| histochemical parakeratosis | خطل التقرن النسجي الكيميائي |
| histopathological examinations | الفحوص النسيجية المرضية |
| *Histoplasma* | النُّوسَجَة |
| histoplasmosis HIV | داء النوسجات |
| – infection, lacking laboratory evidence | ـ خمج ، غياب الدليل المخبري |
| – infection with laboratory evidence | ـ خمج مع وجود الدليل المخبري |
| hives (wheals) | انتبارات |
| Hodgkin's | هودجكين |
| – cells | ـ خلايا |
| – disease | ـ داء |
| – disease, pseudo – Hodgkin's disease | ـ داء ، داء هودجكين الكاذب |
| Hoigine syndrome | متلازمة هوغين |
| Hollander – Simons syndrome | متلازمة هولاندر ـ سيمون |
| Homan's sign | علامة هومان |
| homocystinuria | بيلة هوموسستينية |
| hordeolum | جُدجُد ، شَعيرة |
| hornets | زنبور ( ج : زنابير ) |
| Hornstein – Kninken – berg syndrome | متلازمة هورنشتاين ـ كنكنبرغ |
| Horton's syndrome | متلازمة هورتون |
| hot compresses | رفادات حارة |
| hot – tub dermatitis | التهاب الجلد بالأنبوب الحار |
| hot – tub – associated dermatitis | التهاب الجلد المترافق بالأنبوب الحار |
| house dust mite | سوس غبار المنزل |
| house files | ذباب المنزل |
| housewives, contact dermatitis and eczema | ربات البيوت ، التهاب الجلد بالتماس والإكزيمة |
| HSV | حـ حـ ب ( حمة الحلأ البسيط ) |
| – infection (see HSV inféciton) | ـ خمج ( انظر خمج حمة الحلأ البسيط ) |
| – primary infections | ـ أخماج بدئية |
| – secondary infections | ـ أخماج ثانوية |
| – type | ـ نمط |
| HSV infection | خمج وحمة الحلأ البسيط |
| – diseases | ـ أمراضه |
| – loalization sites | ـ توضعاته |
| – secondary | ـ الثانوي |
| HTLV – III | حمة ولوعة بالخلايا التائية ـ ٣ |
| human flea | برغوث انساني |
| humoral allergic reactions | تفاعلات أرجية خلطية |
| Hunter's disease | داء هنتر |
| Hunter's mucopolysacchari – doses | داء عديدات السكريد المخاطية لهنتر |
| Hunt's syndrome | متلازمة هنت |
| Hurler's syndrome | متلازمة هورلير |
| Hutchinson – Gilfort syndrome | متلازمة هتشنسون ـ جيلفورت |
| Hutchinson's teeth | أسنان هتشنسون |
| Hutchinson's triad | مثلث هتشنسون |
| hyalin fibromatosis, juvenile | ورام ليفي هياليني ، فتوي |
| hyalinoses | تنكس هياليني |
| hyalinosis cutis et mucosae | تنكس هياليني جلدي ومخاطي |
| hydatid disease | داء عُداري |
| 8 – hydroxyquinoline sulfate | ٨ ـ هيدروكسي كينولين سلفات |
| hydrargyria | انسمام زئبقي |
| hydroa | حُصاف |
| – vacciniforme | ـ وَقْسِيُّ الشكل |

| English | Arabic |
|---|---|
| hydrogels | هلامات مائية |
| hydrophilic emulsions | مستحلبات أليفة للماء |
| cream type | نمط الرهيم |
| hydrophobic ointments | مراهم كارهة للماء |
| hydroquinone | هيدروكينون |
| hydroxyquinoline | هيدروكسي كينولين |
| *Hymenolepsis nana* | *المحرشفة القزمة* |
| Hymenoptera | غشائيات الأجنحة |
| hyper – IgE syndrome | متلازمة فرط ( الغلوبولين ) IgE |
| hyperbetalipoprote – inemia | فرط البروتينات الشحمية بيتا في الدم |
| hyperbiliverdinemia | فرط بيليفردين الدم |
| hypercholesterolemia | فرط الكولسترولية |
| – essential | ـ الأساسي |
| – familial | ـ العائلي |
| – xanthomatoses | ـ الورام الأصفر |
| hyperchylomicronemia | فرط الدقائق الكيلوسية / كيلومكرونات في الدم |
| – familial | ـ العائلي |
| hyperemia, active | تبيغ ، فاعل |
| hyperemia, passive | تبيغ ، منفعل |
| hyperemic drugs | أدوية مبيغة |
| hypereosinophilia, inflammations | فرط الحمضات ، الالتهابات |
| hypereosinophilic | مفرط الحمضات |
| – dermatitis | ـ التهابات الجلد |
| – syndrome | ـ متلازمة |
| – syndrome with specific symptoms | ـ متلازمة مع أعراض نوعية |
| hyperglobulinemic purpura | الفرفرية بفرط الغلوبولنيات الدموية |
| hypergranulosis | فرط التحبب |
| hyperhidrosis | ثُعْرَاق ( فرط التعرق ) |
| – axillaris | ـ إبطي |
| – drugs, systemic | ـ دوائي ، مجموعي |
| – emotional | ـ انفعالي |
| – genuine | ـ حقيقي |
| – gustatory | ـ ذوقي |
| – manuum – | ـ يدوي |
| – pedum – | ـ قدمي |
| – symptomatic | ـ عرضي |
| – treatment recommendations, specific | ـ الوصايا ( النصائح ) العلاجية ، النوعية |
| hyperkeratotic fissured hand foot eczema | الإكزيمة مفرطة التقرن المتشققة على اليدين والقدمين |
| hyperkeratosis | فرط التقرن |
| – epidermolytic | ـ الحال للبشرة |
| – follicularis et parafollicularis in cutem penetrans | ـ الجريبي وحول الجريبي في الجلد المخترق |
| – hemorrhagica | ـ النزفي |
| – lenticularis perstans | ـ العدسي الدائم |
| – monstruosa | ـ المسخ |
| – palmaris et plantaris with periodontosis | ـ الراحي الأخمصي مع التهاب حوالي السن |
| – parahyperkeratosis | ـ نظير فرط المتقرن |
| – proliferation | ـ التكاثري |
| – retention | ـ الإحتباسي |
| hyperkeratotic bullous pemphigoid | الفقاعاني الفقاعي مفرط التقرن |
| hyperkeratotic dermatitis of the palms | التهاب الجلد مفرط التقرن على الراحتين |
| hyperlipemia/ hyperlipidemia | فرط دهن الدم ، فرط شحميات الدم |
| – calorie – induced | ـ المحدث بالحراري |
| – carbohydrate – induced | ـ المحدث بالسكريات |
| – endogenous | ـ داخلي المنشأ |
| – exogenous | ـ خارجي المنشأ |
| – fat – and carbohydrate – induced | ـ المحدث بالدسم والسكريات |
| hyperlipidemic xanthomatoses | الورام الأصفر مفرط الشحميات الدموية |

| | |
|---|---|
| hyperlipoproteinemia(s) | فرط البروتينات الشحمية في الدم |
| – acquired | ـ المكتسبة |
| – associated with different conditions | ـ المترافقة بحالات مختلفة |
| – with broad beta bands | ـ مع شرائط بيتا العريضة |
| – classification | ـ تصنيفها |
| – familial | ـ العائلية |
| – primary familial | ـ العائلية البدئية |
| – secondary | ـ ثانوي |
| – secondary acquired | ـ ثانوي مكتسب |
| – type I | ـ نمط I |
| – type IIa | ـ نمط II |
| – type IIb | ـ نمط II ب |
| – type III | ـ نمط III |
| – type IV | ـ نمط IV |
| – type V | ـ نمط V |
| hyperlysinemia | فرط ليزين الدم |
| hyperpigmentation | فرط التصبغ |
| – diffuse | ـ المنتشر |
| – drugs | ـ الدوائي |
| – internal diseases | ـ في الأمراض الداخلية |
| – lentigines | ـ داء الشامات |
| – mechanical | ـ الآلي |
| – nevus – spilus – like | ـ المشبه بالوحمة البقعية |
| – periocular | ـ حول العين |
| – skin diseases | ـ في الأمراض الجلدية |
| hyperplasie pure | فرط التنسج الصرف |
| hyperprebetalipoproteinemia | فرط طليعة البروتينات الشحمية الدموية بيتا |
| hypertensive ischemic ulcer | قرحة إقفارية بفرط ضغط الدم |
| hyperthyroidism, mucinoses | فرط الدرقية ، الداء الموسيني |
| hypertrichosis | فرط الأشعار |
| – acquired circumscribed | ـ المكتسب المحدد |
| – congenita lanuginosa universalis | ـ الولادي الزغبي المعمم |
| – drug – induced | ـ المحدث بالأدوية |
| – lanuginosa acquisita | ـ الزغبي المكتسب |
| – lanuginosa congenita | ـ الزغبي الولادي |
| – sacral area | ـ في المنطقة العجزية |
| – symptomatic | ـ العرضي |
| – universalis | ـ المعمم |
| hypertriglyceridemia | فرط الغليسيريدات الثلاثية في الدم |
| – endogenous | ـ داخلية المنشأ |
| – exogenous | ـ خارجية المنشأ |
| hypertrophic lichen planus | الحزاز المسطح الضخامي |
| hypertrophic skin, chronic and long bones | الجلد الضخامي ، المزمن ، والعظام الطويلة |
| hypervalinemia | فرط فالين الدم |
| hypervitaminoses/ hypervitaminosis | فرط الفيتامين |
| – vitamin A | ـ فيتامين آ |
| – vitamin D | ـ فيتامين د |
| hypercholesterolemia | فرط كولسترول الدم / فرط الكولسترولية |
| hypochondriac syndrome | متلازمة المَمْرُوق |
| psychopharmaceutic agents | العوامل الدوائية النفسية |
| hypodermitis, acute | التهاب النسيجه تحت الجلد ، الحاد |
| hypohidrosis | نقص التعرق |
| hypokeratosis | نقص التقرن |
| hypomelanosis | نقص الملانين |
| – guttate, idiopathic | ـ النقطي الغامض |
| hyponychium | الأشعر / تحت الظفر |
| hypopigmentation | نقص الانصباغ |
| hypoplasia cutis congenita | نقص النسيج الجلدي الولادي |

| | |
|---|---|
| hypoplasia, focal dermal | نقص التنسج ، الجلدي البؤري |
| hyposensitization | انقاص التحسيس |
| hypothroidism | قصور الدرقية |
| – circumscript myxoderma | ـ وذمة مخاطية محددة |
| – diffuse myxedema | ـ وذمة مخاطية منتشرة |
| – mucinoses | ـ داء مخاطيني |
| hypotrichosis, congenital | نقص الأشعار ، الولادي |

# I

| | |
|---|---|
| ice pack | حشوة ( كمادة ) جليدية |
| ICF (intravascular coagulation with fibrinolysis) | ( تخثر داخل الوعاء مع انحلال الفيبرين ) |
| ichthammol | اكتامول |
| ichthyoses/ichthyosis | سماك |
| – acquired | ـ مكتسب |
| – congenita (see ichthyosis congenita) | ـ ولادي ( انظر السماك الولادي ) |
| – follicularis | ـ جريبي |
| – foot | ـ القدم |
| – hand | ـ اليد |
| – hystrix gravior (see ichthyosis hystrix gravior) | ـ قنفذي وخيم ( انظر السماك القنفذي الوخيم ) |
| – hystrix group | ـ المجموعة القنفذية |
| – lamellosa | ـ صفاحي |
| – linearis circumflexa | ـ منعطف خطي |
| – nigricans | ـ أسود |
| – serpentina | ـ ساعي |
| – simplex | ـ بسيط |
| – vulgaris (see ichthyosis vulgaris) | ـ شائع ( انظر السماك الشائع ) |
| – X – chromosomal recessive | ـ صاغر بالصبغوي ـ X |
| ichthysis congenita | سماك ولادي |
| – fetalis | ـ جنيني |
| – gravis | ـ وخيم |
| – mitis | ـ خفيف |
| – Riecke I | ـ ريك I |
| – Riecke II | ـ ريك II |
| – Riecke III | ـ ريك III |
| – tarda | ـ متأخر |
| ichthyosis hystrix gravior | سماك قنفذي وخيم |
| – Bafverstedt type | ـ نمط بفرستدت |
| – Curth – Macklin type | ـ نمط كورث ـ ماكلين |
| – Lambert type | ـ نمط لامبرت |
| – Rheydt type | ـ نمط ريدت |
| ichthyosis vulgaris | سماك شائع |
| – group | ـ مجموعة ، زمرة |
| – autosomal dominant | ـ وراثة جسدية سائدة |
| ichthyotic idiocy with ataxia | عته سماكي مع هزع |
| idiopathic | غامض |
| – clubbed fingers and periostosis | ـ أصابع متعجرة مع تعظم سمحاقي |
| – guttate hypomelanosis | ـ نقص الملانين النقطي |
| – hirsutism | ـ شعرانية |
| – hyperlipidemic xanthomatosis | ـ ورام أصفر مفرط الشحوم |
| – hypertrophic osteoarthropathy | ـ اعتلال عظمي مفصلي ضخامي |
| – livedo reticularis | ـ تزرق شبكي |
| – medical aortopathy | ـ اعتلال الأبهر الدوائي |
| – systemic amyloidosis | ـ داء نشواني مجموعي |
| – skin atrophy | ـ ضمور الجلد |
| idoxuridine | ايودوكسوريدين |
| IFT (indirect immunofluorescence test) | ( اختبار الومضان المناعي غير المباشر ) |
| IgA dermatosis, linear | جلاد IgA / الخطي |
| IgA gammopathy | اعتلال الغلوبلين IgA |

IgD gammopathy — اعتلال الغلوبلين IgD
IgE dermatitis — التهاب الجلد ( بالغلوبلين IgE )
IgE gammopathy — اعتلال الغلوبلين IgE
IgG gammopathy — اعتلال الغلوبلين IgG
IgM SPHA test — اختبار الطور الصلب للامتزاز الدموي ( بالغلوبلين IgM )
ILVEN (inflammatory linear verucous epidermal nevus) — الوحمة البشروية الثؤلولية الالتهابية الخطية
imidazole derivatives — مشتقات الإيميدازول
immediate pigment darkening (IPD) — تقتيم الصباغ العاجل ( المباشر )
immediate pigmentation — التصبغ العاجل / المباشر
immune – complex reaction type III — تفاعل المعقد المناعي النمط III
immune – complex vasculitis — التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية
immunity in syphilis — المناعة في الأفرنجي
immunoblastic lymphadenopathy — اعتلال العقد اللمفية الأرومي المناعي
immunoblastic lymphoma — لمفوم الخلايا الأورمية المناعية
immunoblot assay (Western blot) — مقايسة البقعة المناعية ( بقعة ويسترن )
immunocytic lymphoma — لمفوم الخلايا المناعية
immunocytoma — ورم الخلية المناعية
immunosuppressive agents — العوامل المثبطة للمناعة
impetiginized herpes — حلأ متقوبئ
impetigo — قوباء
– Bockhart — ـ بوكار
– bullous — ـ الفقاعية
– bullous, neonatal — ـ الفقاعية ، الوليدية
– contagiosa (see impetigo contagiosa) — ـ المعدية ( انظر القوباء المعدية )
– herpetiformis – — ـ الحلئية
– staphylogenes – — ـ بالعنقوديات
impetigo contagiosa — القوباء المعدية
– small – vesicle — ـ صغيرة الحويصلات
– staphylogenes — ـ بالعنقوديات
– streptogenes — ـ بالعقديات
inclusion conjunctivitis — التهاب الملتحمة الإشتمالي
incontinentia pigmenti — سلس الصباغ
incontinentia pigmenti achromians — سلس الصباغ الناصل
Indian tick typhus — تيفوس القراد الهندي
indirect immunofluorescence test (IFT) — اختبار التألق المناعي اللامباشر
indurated nodules — عقيدات جاسئة
indurated phlegmon — فلغمون جاسئ
induratio penis plastica — القضيب الجاسئ الرأبي
industrial protective ointments — المراهم الواقية الصناعية
infantile (see also infants, neonate, newborn) — طفالة ( انظر الرضع ، الولدان أيضاً )
– acne — ـ عد
– acrolocalized papulovesicular syndrome — ـ متلازمة الحطاطات الحويصلية على الأطراف
– acropustulosis — ـ بثار الأطراف
– agranulocytosis heredtiaria — ـ ندرة المحببات الوارثي
– digital fibromatosis — ـ ورام ليفي إصبعي
– eczema — ـ إكزيمة
– granuloma gluteale — ـ حبيوم ألوي
– lipodystrophia centrifugalis abdominalis — ـ حثل شحمي نابذ على البطن
– papular acrodermatitis — ـ التهاب جلد الأطراف ( النهايات ) الحطاطي
– pressure alopecia — ـ حاصة انضغاطية
– scleroderma — ـ تصلب الجلد

| English | Arabic |
| --- | --- |
| – scurvy | ـ البثع |
| – vulvovaginitis | ـ التهاب الفرج والمهبل |
| infants (see also infantile, neonate, newborn) | الرضع ( انظر الطفل ، الوليد أيضاً ) |
| – atropic eczema | ـ إكزيمة تأتبية |
| – dermatitis | ـ التهاب الجلد |
| – disorders | ـ إضطرابات |
| – eczema | ـ إكزيمة |
| – gonorrheal vulvovaginitis | ـ التهاب الفرج والمهبل السيلاني |
| – inguinal pomade crust | ـ جلبة المرهم الأربية |
| – nummular eczema | ـ إكزيمة نمية |
| – perioral eczema | ـ إكزيمة حول الفم |
| – seborrheic eczema | ـ إكزيمة مثية |
| infarct, skin necroses resembling an infarct | احتشاء ، نخرات الجلد الشبيهة بالاحتشاء |
| infection(s) (see also individual organisms) | خمج ( ج : أخماج ) ( انظر المتعضيات الخاصة أيضاً ) |
| – anaerobic | ـ لا حيواني ، لا هوائي |
| – *Borrelia burgdorferi* | ـ *بوريليا بورغ دورفيري* |
| – *Cheyletiella* | ـ شيليتيلا |
| – coxsackievirus | ـ حمة كوكساكي |
| – disseminated gonococcal | ـ السيلاني المنتثر |
| – *Francisella tularensis* | ـ *الفرانسيزيلا التولارمية* |
| – *Gardnerella vaginales* | ـ *غارديزيلا المهبلية* |
| – guinea worm | ـ دودة غينيا |
| – HIV (AIDS) | ـ حمة المعمم ( الإيدز ) |
| – HSV | ـ حمة الحلأ البسيط |
| – *Loa loa* | ـ *لوا لوا* |
| – mycobacterial, atypical | ـ المتفطرات ، اللانموذجية |
| – orthopoxvirus | ـ الحمة الجدرية القويمة |
| – *Pasteurella multocida* | ـ *باستوريلا مولتوسيدا* |
| – pinworm | ـ الحرقوص ، الأقصورة الدويدية |
| – skin, streptococci, secondary | ـ الجلد ، بالعقديات ، الثانوي |
| – *urogenital with chlamydia trachomatis* | ـ *بولي تناسلي بالمتدثرات الحثرية* |
| – *Yersinia enterocolitica* | ـ *اليرسينية المعوية القولونية* |
| infections | خمجي |
| – diseases, six | ـ أمراض ، السادس |
| – erythema | ـ حمامي |
| – mononucleosis | ـ كثرة الوحيدات |
| infiltration | ارتشاح |
| inflammations with hypereosinophilia | ارتشاحات بفرط الحمضات |
| inflammatory | التهابي |
| – angiopathies | ـ اعتلال وعائي |
| – cellular infiltration | ـ ارتشاح خلوي |
| – cellular infiltration, cell type | ـ ارتشاح خلوي ، أنماط خلوية |
| – conditions, chronic | ـ حالات ، مزمنة |
| – linear verrucous epidermal nevus | ـ الوحمة البشروية الثؤلولية الخطية |
| – localized lipoatrophy | ـ ضمور شحمي موضع |
| infrainfundibulum | تحت القمع |
| infundibulum | قمع |
| ingrown great toenail syndrome | متلازمة ظفر الأبخس الكبير الناشب |
| ingrown nail | ظفر ناشب |
| inguinal pomade crust of infants | جلبة المرهم الأربي عند الرضع |
| injection, intraarterial | زَرْق ( زَرْقَة ) ، داخل الشِرْيان |
| injection, intramuscular | زَرْق ( زَرْقَة ) ، داخل العضلة |
| insane, general paralysis of | مجنون ، شلل معمم |

| | |
|---|---|
| insensible desquamation | توسف لا حَسوس |
| insulin lipoatrophy | ضمور شحمي بالأنسولين |
| insulin lipodystrophy | حثل شحمي بالأنسولين |
| interdigital candidosis | داء مبيضات فوتي |
| intermittent porphyria, acute | بِرْفيرية متقطعة ، حادة |
| internal organs, tertiary syphilis | الأعضاء الداخلية ، إفرنجي ثالثي |
| interscapular cutaneous amyloidosis | الداء النشواني الجلدي بين الكتفين |
| intertriginous | مذحي |
| – acne | – عد |
| – eczema | – إكزيمة |
| – psoriasis | – صداف |
| – seborrheic eczema | – إكزيمة مثية |
| intertrigo | مَذَح |
| – candidomycetica | – بالمبيضات |
| intolerance syndrome | متلازمة عدم التحمل |
| intraarterial injection | زَرْق داخل الشريان |
| intramuscular injection, lesions | زَرْق داخل العضلة ، الآفات |
| intravascular coagulation with fibrinolysis (ICF) | تخثر داخل الأوعية مع انحلال الفيبرين |
| inverted follicular keratosis | تقران جريبي مقلوب |
| involucrin | انفولوسرين ( بروتين يدخل في تركيب القرنين ) |
| involutional lipoatrophy | ضمور شحمي أوْبي |
| iodide | يوديد |
| – acne | – عد |
| – povidone | – بوفيدون |
| – solution | – محلول |
| – solution, alcoholic | – محلول كيميائي |
| iododerma | جلاديودي |
| iodoform | شكل يودي |
| ionizing radiation | تشعيع شاردي |
| iontophoresis | رحلان شاردي |
| IPD (immediate pigment darkening) | ت ص م ( تقتيم الصباغ المباشر ) |
| iris phenomenon | ظاهرة القزحية |
| iron metabolism | استقلاب الحديد |
| irritant | تخريشي ، مُهيج |
| – contact dermatitis, acute | – التهاب الجلد التماسي ، الحاد |
| – dermatitis | – التهاب الجلد |
| – dermatitis, acute, children | – التهاب الجلد ، الحاد عند الأطفال |
| – eczema, cumulative, chronic, children | – إكزيمة ، تراكمية ، مزمنه عند الأطفال |
| isotretinoin (accutane, roaccutan) | ايزوتريتينون ( اكيوتان ، رواكيوتان ) |
| isthmus | برزخ |
| itching | حك ، حاك |
| itching purpura | الفرفرية الحاكة |
| iterative traumatic eczema | الإكزيمة الرضحية المتكررة |
| Ito's nevus | وحمة ايتو |
| Ito – Reenstierna reaction | تفاعل ايتو – رينستيرنا |
| ITP (idiopathic thrombocytopenic purpura) | ف ق ص غ ( فرفرية قلة الصفيحات الغامض ) |
| – acute | – الحاد |
| – chronic | – المزمنه |
| *Ixodes borreliosis* | *داء البَوْرَلية اللبودية* |
| *Ixodes ricinus* | *خروع اللبود* |

## J

| | |
|---|---|
| jacuzzi dermatitis | التهاب الجلد لجاكوزي |
| jarish – Herxheimer reaction | تفاعل جاريش – هركسهايمر |
| jeep – rider's disease | داء راكبي الجيب |
| Jericho boil | دمل أريحا |
| jewelry, contact allergens | مجوهرات ، مستأرجات بالتماس |

| | |
|---|---|
| junctional epidermolysis bullosa | انحلال بشرة فقاعي موصلي |
| junctional nevus | وحمة الوصل |
| juniper tar | قطران شجر العرعر |
| junenile | فتوي |
| – bullous pemphigoid | – فقاعاني فقاعي |
| – dermatitis herpetiformis | – التهاب الجلد حلئي الشكل |
| – elastoma | – ورم النسيج المرن ( مرنوم ) |
| – giant cell granuloma | – حبيوم الخلايا العملاقة |
| – hyalin fibtomatotosis | – ورام ليفي هياليني |
| – melanoma, benign | – ملانوم ، سليم |
| – papular dermatitis | – التهاب الجلد الحطاطي |
| – pemphigoid | – الفقاعاني |
| – plantar dermatosis | – جلاد أخمصي |
| – verrucae planae/plantares | – ثآليل أخمصية |
| – xanthogranuloma | – حبيوم أصفر |
| – xanthoma | – صفروم |

## K

| | |
|---|---|
| kaffir pox | جدري كافير |
| Kahler's disease | داء كالير |
| Kahn's reaction | تفاعل كان |
| kala – azar | كالازار ، الداء الأسود |
| Kandahar sore | قرحة كانداهار |
| Kaposi's | كابوزي |
| – disease | – داء |
| – sarcoma | – غرن |
| – sarcoma, AIDS | – غرن ، الإيدز |
| Kasabach – Merritt syndrome | متلازمة كاسباخ – ميريت |
| Kawasaki's disease | داء كاوازاكي |
| Keining's sign | علامة كينينغ |
| Keloid | جدرة |
| – in acne conglobata | – في العد المكبب |
| Keloidal basal cell carcinoma | سرطانة الخلية القاعدية الجدرية |
| keloidiform basaloma | قاعدوم جدري الشكل |
| kelp acne | عد عشب البحر المحروق ( يحتوي على اليود ) |
| Kenya tick typhus | تيفوس القراد الكيني |
| kerasin lipid histiocytosis | كثرة المنسجات الشحمية الكيراسينية / السريبوزيدية |
| keratin, hair | قرنين ، الأشعار |
| keratinization disturbances | اضطرابات التقرن |
| keratinizing trichilemmoma | ورم غمد الشعرة الخارجي المتقرن |
| keratinocytes | الخلايا القرنية |
| keratinosomes (Odland bodies) | جسيمات قرنية ( جسيمات أودلاند ) |
| keratitis rubra figurata | التهاب القرنية الحمراء الشكلية |
| keratoacanthoma | الشوكوم القرني |
| – centrifugum | – النابذ |
| – familial | – العائلي |
| – generalized eruptive | – الطفحي المعمم |
| – giant | – العملاق |
| – multiple | – المتعدد |
| – subungual | – تحت الظفر |
| keratoconjunctivitis | التهاب الملتحمة والقرنية |
| – herpetica | – الحلئي |
| – photoelectrica | – الضوئي الكهربي |
| – sicca | – الجاف |
| keratoderma blennorrhagicum | تقرن الجلد السيلاني |
| keratodermia palmaris et plantaris progressiva | تقرن جلد الأخمصين والراحتين المترقي |
| keratohyalin granules | حبيبات القرنين الهيالينية |
| keratolysis, pitted | انحلال القرنين ، الوهدي |
| keratolytic drugs | الأدوية الحالة للقرنين |
| keratoma | القرنوم ، القرن الجلدي |
| – blennorrhagicum | – السيلاني |
| – hereditarium mutilans | الوراثي الجادع |
| – malignum | – الخبيث |

| English | Arabic |
|---|---|
| – palmare et plantare herediatium (see keratoma palmare ...) | ـ الراحي والأخمصي الوراثي ( انظر القرنوم الراحي ) |
| – senile | ـ الشيخي |
| – sulcatum | ـ الأخدودي |
| keratoma palmare et plantare hereditarium | القرن الجلدي الراحي الأخمصي الوراثي |
| – dissipatum | ـ المتبدد |
| – transgrediens | ـ النافذ |
| keratoplastic drugs | أدوية رأب القرنين |
| kératose lichénoide striée | التقران الحزازاني الخطي |
| keratoses/keratosis | تقران |
| – actinic/actinica | ـ السفعي/السافع |
| – actinic/actinica, pigmented | ـ السفعي ، المصطبغ |
| – animal parakeratosis | ـ خطل التقرن الحيواني |
| – areolae mammae naeviformis | ـ لعوة الثدي وحمية الشكل |
| – arsenic | ـ زرنيخي |
| – circumscribed | ـ محدد |
| – classification | ـ تصنيفه |
| – diffuse | ـ منتشر |
| – dyskeratosis | ـ خلل التقرن |
| – extremitatum hereditaria progrediens | ـ الأطراف الوراثي المترقي |
| – extremitatum hereditaria transgradiens et progrediens | ـ الأطراف الوراثي النافذ والمترقي |
| – follicular/follicularis (see keratosis follicularis) | ـ الجريبي ( انظر التقران الجريبي ) |
| – function | ـ وظيفته |
| – hereditary | ـ الوراثي |
| – hyperkeratosis | ـ فرط التقرن |
| – hypokeratosis | ـ نقص التقرن |
| – inverted follicular | ـ الجريبي المقلوب |
| – lichenoides chronica | ـ الحزازاني المزمن |
| – morphology | ـ الشكلياء |
| – orthokeratosis | ـ التقران القويم |
| – palmar | الراحي |
| – palmoplantaris (see keratosis palmoplantaris) | ـ الراحي الأخمصي ( انظر التقران الراحي الأخمصي ) |
| – parakeratosis | ـ خطل التقرن |
| parakeratosis variegata | ـ خطل التقرن المتغير |
| – pilaris | ـ الشعري |
| – pilaris rubra atrophicans faciei | ـ الضمور الوجهي الشعري الأحمر |
| – plantar | ـ الأخمصي |
| – radiation | ـ التشعيع |
| – rubra congenita | ـ الأحمر الولادي |
| – seborrheic (see keratosis, seborrheic) | ـ المثي ( انظر التقران المثي ) |
| – senilis | الشيخي |
| – solaris | ـ الشمسي |
| – suprafollicularis | ـ فوق الجريبي |
| – tar | ـ القطراني |
| – xeroderma pigmentosum | ـ جفاف الجلد المصطبغ |
| keratosis, follicular/follicularis | تقران ، جريبي |
| – inverted | ـ مقلوب |
| – oral mucosa | ـ مخاطية الفم |
| – serpiginosa | ـ ساعي |
| keratosis palmoplantaris | تقران راحي أخمصي |
| – carcinoma of the esophagus | ـ سرطانة المريء |
| – circumscripta seu areata | ـ محدد ، بقعي |
| – diffusa circumscripta | ـ منتشر محدد |
| – mutilans | ـ الجادع |
| – papulosa seu maculosa | ـ الحطاطي البقعي |
| – rare forms | ـ أشكال نادرة |

| | |
|---|---|
| – transgrediens | ـ نافذ |
| keratosis, seborrheic | ـ تقران ، مثي |
| – activated | ـ مفعل |
| – lichenoid | ـ حزازاني |
| – verruca plana – like | ـ الشبيه بالثآليل المنبسطة |
| kerion celsi | شهدة سلز |
| Kernig's sign | علامة كيرنينغ |
| Kiel classification | تصنيف كيل |
| kimura's disease | تصنيف كيل |
| kinky hair disease | داء الأشعار الملتوية |
| Klein – Waardenburg syndrome | متلازمة كلين ـ فاردينبرغ |
| Klippel – Trénaunay – Weber syndrome | متلازمة كليبل ـ ترينوني ـ ويبر |
| knuckle pads | وسادات البراجم |
| – false | ـ الكاذبة |
| Kõbner's phenomenon | ظاهرة كوبنر |
| Koenen's tumors | أورام كونن |
| Kogoj's pustule | بثرة كوجوج |
| Kohlmeier – Deges syndrome | متلازمة كولمير ـ ديغوس |
| koilonychia | تقعر الأظافر |
| Koplik's spots | بقع كوبلك |
| Krabbe's disease | داء كراب |
| kaurosis penis | لطع القضيب |
| kraurosis vulvae | لطع الفرج |
| Krause's corpuscles | جسيمات كراوس |
| Kussmaul – Maier disease | داء كوسماول ـ مير |
| Kveim test | اختبار كفايم |
| kwashiorkor | كواشيوركور |
| Kyrle's disease | داء كيرل |

## L

| | |
|---|---|
| labial fistulas | نواسير الأشفار / الشفاه |
| labia majora | الشفر الكبير |
| labia minora | الشفر الصغير |
| laboratory tests, skin disorders | اختبارات مخبرية ، اضطرابات جلدية |
| Lahore sore | قرحة لاهور |
| lamellar | صفاحي |
| – desquamation of the newborn | ـ توسف الوليد |
| – exfoliation of the newborn | ـ تقشر الوليد |
| – ichthyosis | ـ سماك |
| Langerhans cell(s) | خلية ( ج : خلايا ) لانغرهانس |
| – granules | ـ حبيبات |
| lanolin | لانولين |
| lanugo hair | زغب ، شعر زغبي |
| lard | شحم الخنزير |
| large cell acanthoma | شوكوم الخلايا الكبيرة |
| larva | اليرقة ( ج : اليرقان ) |
| – currens | ـ العداءة |
| – migrans | ـ الهاجرة |
| – migrans, cutaneous | ـ الهاجرة ، الجلدية |
| laryngeal papilloma | حليموم حنجري |
| LAS (lymphadenopathy syndrome) | ( م ا ع ل ) متلازمة اعتلال العقد اللمفية |
| lasers | اللازِر ، الليزر |
| Lassueur – Gragam – Little syndrome | متلازمة لاسيور ـ غراهام ـ ليتل |
| late syphilis II | الافرنجي الكامن II |
| *Latrodectus mactans* | *عنكبوت الأرملة السوداء* |
| Launois – Bensaude syndrome | متلازمة لانوا ـ بنسواد |
| LAV | حمة اعتلال العقد اللمفية |
| Lawrence's syndrome | متلازمة لورنيس |
| LDLs (low – density lipoproteins) | البروتينات الشحمية خفيفة الكثافة |
| LE (lupus erythematousus) | ذح ( الذأب الحمامي ) |
| lead plaster | لصوق رصاص |
| leather, contact allergens | جلد رقي ، مستأرجات بالتماس |
| Ledderhose's disease | داء ليديرهوس |

| | |
|---|---|
| leeches | علقات |
| Le Fèvre – Languepin syndrome | متلازمة فيفر – لانغوبين |
| leg(s) | الساق ( ج سيقان ، سوق ) |
| – lower, painful lipedema syndrome | – أسفل ، متلازمة الشحميدمية المؤلمة |
| – restless legs syndrome | – متلازمة تململ الرجلين |
| – ulcers, etiology | – قرحات ، السببيات |
| Leiner's disease | داء لينر |
| leiomyoma | العضلوم الأملس |
| leiomyosarcoma | الغرن العضلي الأملس |
| *Leishmania* | *الليشمانية* |
| – *brazilienis* | – *البرازيلية* |
| – *donovani* | – *الدونوفانية* |
| – *tropica* | – *المدارية* |
| leishmaniasis | داء الليشمانيات |
| – cutaneous | – الجلدية |
| – cutis diffusa | – الجلدي المنتشر |
| – nodular form | – الشكل العقيدي |
| – post – kala – azar dermal | – الجلدي عقب كالازار |
| – recidivans form | – الشكل الناكس |
| – ulcerous form | – الشكل القرحي |
| – viscral | – الحشوي |
| viscesal dermal | – الحشوي الجلدي |
| leishmanin tets | اختبار الليشمانين |
| lemming fever | حمى اللاموس ( نوع من القوارض ) |
| lemon skin | الجلد الليموني |
| lentigines hyperpigmentation | الشامات مفرطة التصبغ |
| lentiginosis | داء الشامات |
| – centrofacialis | – مركز الوجه |
| – eruptive | – الطفحي |
| – profusa perigenito – axillaris | – الغزير حول الناحية التناسلية الابطية |
| – syndrome | – متلازمة |
| lentigo | شامة |
| – maligna | – خبيثة |
| – melanoma (LMM) | – ملانوم |
| – senilis | – شيخوخية |
| – simplex | – بسيطة |
| lentigo – like lesion, acral | آفة شبيهة بالشامة على الأطراف |
| LEOPARD syndrome | متلازمة ليوبارد |
| lepra | الجذام |
| – indeterminata | – غير المحدد |
| – lepromatosa | – الجذمومي |
| – reaction | – تفاعل |
| – tuberculoides | – الدرني |
| lepromatous leprosy | الجذام الجذمومي |
| lepromin reaction | تفاعل الجذامين |
| lepromin test | اختبار الجذامين |
| leprosy | الجذام |
| – borderline (dimorphous) | – الحدي ( ثنائي الشكل ) |
| – further changes | – التبدلات البعيدة |
| – histamine test | – اختبار الهستامين |
| – indetrminate | – غير المحدد |
| – laboratory tests | – اختبارات مخبرية |
| – lepromin reaction | – تفاعل الجذامين |
| – nerve changes | – تبدلات عصبية |
| – sensory disorders | – اضطرابات حسية |
| – sweat test | – اختبار التعرق |
| – treatment | – المعالجة |
| – Lesch – Nyhan syndrome | – متلازمة ليش – شيهان |
| – Leser – Trélat syndrome | – متلازمة ليزر – تريليه |
| lesions | آفات |
| – arrangement | – ترتيبها |
| – distribution | – توزعها |
| – margins | – هوامشها ، حوافها |
| – pattern of | – نموذجها |
| – shapes | – شكلها |
| – size | – قدها |

lethal midline granuloma of the face — حبيبوم الخط المتوسط المميت على الوجه
leukemia — ابيضاض الدم
– basophilic — ـ بالأسسات
– chronic lymphocytic (CLL) — ـ لمفاوي مزمن
– cutaneous — ـ جلدي
– eosinophilic — ـ بالحمضات
– hairy cell — ـ الخلية المشعرة
– lymphatic — ـ لمفي
– lymphatic, acute — ـ لمفي ، حاد
– lymphocytic, chronic (CLL) — ـ لمفي ، مزمن
– monocytic — ـ الوحيدات
– myeloid — ـ نقوي
– parablast — ـ نظير الأرومي ( الأرومي المواكب )
– stem – cell — ـ جذعي الخلايا
leukemic reticuloendotheliosis — شباك بطاني ابيضاضي
leukemoid, eosinophilic — ابيضاضاني / حمضي
leukocytoclastic vasculitis — التهاب أوعية كاسر للكريات البيض
leukoderma — وضح
– centrifugum acquisitum — ـ نابذ مكتسب
– lenticulare disseminatum — ـ عدسي منتثر
– pseudoleukoderma — ـ وضح كاذب
leukodystrophy, metachromatic — الحثل الأبيض ، متبدل التلون
leukokeratosis nicotina palati — التقران الأبيض النيكوتيني ، على الحنك
leukomelanoderma — بلق
leukonychia — وبش
– punctata — ـ نقطي
– striata — ـ خطي ، مخطط
– totalis — ـ كلي
leukoplakia — طلون
– candidomycetica — ـ بالمبيضات
– erosiva — ـ تأكلي
– oral, hairy — ـ فموي ، مشعر
– simplex — ـ بسيط
– speckled — ـ مرقط
– verrucosa — ـ ثؤلولي
leukoses, undifferented cell — تكثر نسيج البيض ، غير مميز الخلايا
Lewandowsky – Lutz disease (epidermodysplasia verruciformis) — داء ليفاندوفسكي ـ لوتز ( ثدن / خلل تنسج البشرة الثؤلولي )
LGV (lymphogranloma venereum) — الحبيبوم اللمفي الزهري
liberation — تخليص ، تحرير
Libman – Sacks syndrome — متلازمة لبمان ـ ساكس
lice — قمل
lichen — الحزاز
– albus — ـ الأبيض
– amyloidosus — ـ النشواني
– aureus — ـ الذهبي
– fibromucinoidosus — ـ الليفي المخاطيني
– myxedematosus — ـ الوذمي المخاطي
– nitidus — ـ اللامع ، الدقيق
– obtusus corneus — ـ القرني الكليل
– pilaris — ـ الشعري
– planus (see lichen planus) — ـ المسطح ( انظر الحزاز المسطح )
– planus – like eruptions — ـ الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح
– purpuricus — ـ الفرفري
– ruber acuminatus verrucosus et reticularis — ـ الحزاز الأحمر المقمم الثؤلولي والشبكي
– ruber planus — ـ المسطح الأحمر
– sclerosus/sclereux (see lichen sclerosus) — ـ تصلبي ( انظر الحزاز التصلبي )
– scrofulosorum — ـ خنزري

| English | Arabic |
|---|---|
| – simplex (see lichen simplex) | ـ بسيط ( انظر الحزاز البسيط ) |
| – striatus | ـ خطي ، مخطط |
| – trichophyticus | ـ شعروي |
| – tropicus | ـ مداري |
| – urticatus | ـ شروي |
| – variegatus | ـ متبدل |
| – Vidal | ـ فيدال |
| – Vidal urticarius | ـ شروي لفيدال |
| lichen planus | الحزاز المسطح |
| – accuminatus | ـ المؤنف |
| – actinic | ـ السفعي |
| – annular/anularis | ـ الحلقي |
| – bullous | ـ الفقاعي |
| – erosive | ـ التآكلي |
| – exanthematicus | ـ الطفحي |
| – focal | ـ البؤري |
| – follicular | ـ الجريبي |
| – hypertrophic | ـ الضخامي |
| – linear | ـ الخطي |
| – nail(s) changes | ـ التبدلات الظفرية |
| – planus – like eruptions | ـ الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح |
| – verrucosus | ـ الثؤلولي |
| – Wickham's striation phenomenon | ـ ظاهرة خطوط ( تخطط ) ويكهام |
| lichen sclerosus | الحزاز التصلبي |
| – er atrophicus (LSA) | ـ والضموري |
| – et atrophicus vulvae | ـ الضموري على الفرج |
| – lichen simplex | ـ الحزاز البسيط |
| – acutus | ـ الحاد |
| – chronicus | ـ المزمن |
| – chronicus verrucosus | ـ المزمن الثؤلولي |
| lichenification | التحزز |
| – giant | ـ العملاق |
| lichenified eczema | إكزيمة متحززة |
| lichenoid | حزازاني |
| – dermatitis, frictional, children | ـ التهاب الجلد ، بالإحتكاك عند الأطفال |

| English | Arabic |
|---|---|
| – drug reactions | ـ تفاعلات دوائية |
| – eruptions | ـ طفوح |
| – eruptions, frictional | ـ طفوح ، بالإحتكاك |
| – purpura | ـ فرفرية |
| – seborrheic keratosis | ـ تقران مثي |
| – trikeratosis | ـ التقران الثلاثي |
| Lichtschwiele | شثن الضياء |
| light | ضوء |
| – dermatosis, lupus erythematosus – like | ـ جلاد ، مشبه بالذأب الحمامي |
| – eruption, polymorphic (PMLE) | ـ طفح ، عديد الأشكال |
| – reaction, persistent | ـ تفاعل ، دائم ( مستمر ) |
| – reflection rheography | ـ ( مخطط ) تصوير السوائل الانعكاسي |
| lightning injury | أذيات الضوء |
| light – provoked reaction | تفاعل محرش بالضياء |
| – chronic | ـ مزمن |
| – diseased skin | ـ جلد مؤوف |
| – normal skin | ـ جلد طبيعي |
| light – sensitive seborrhoid | المثاني المتحسس بالضوء |
| lilac disease | داء الليلك |
| limp skin | جلد الخمع |
| linear | خطي |
| – IgA dermatosis, childhood | ـ جلاد IgA في الطفولة |
| – lichen planus | ـ حزاز مسطح |
| – nevus sebaceus syndrome | ـ متلازمة الوحمة الزهمية |
| linguna | اللسان |
| – geographica | ـ الجغرافي |
| – plicata | ـ المتشقق |
| – scrotalis | ـ الصفني |
| – villosa nigra | ـ الأسود الوبري |
| lingual tonsils, heterotopic | اللوزات اللسانية ، غيرية التوضع |
| lip | الشفة |

| English | Arabic |
|---|---|
| – carcinoma | – سرطانة |
| – lower, congenital fistula | – السفلى ، ناسور ولادي |
| – scab of sheep | – جلبة الغنم |
| lip – licking eczema | إكزيمة لعق الشفة |
| lipalgia | الألم الشحمي |
| lipedema | شحميدمية |
| lipedema syndrome, painful | متلازمة الشحميدمية ، المؤلمة |
| lipid | شحميات |
| – film of the skin surface | – طبقة من سطح الجلد |
| – histiocytosis, kirasin | – كثرة المنسجات ، الكيراسين |
| – metabolism | – استقلابها |
| – metabolism disturbances, local | – اضطرابات الاستقلاب ، الموضعية |
| – storage diseases | – أمراض الاختزان |
| lipidosis, cerebroside | شحام ، سيريبروزيد |
| lipidosis, sphingomyelin | شحام ، سفنْغومَيَلين |
| lipoatrophic diabetes mellitus | ضمور الشحم السكري |
| lipoatrophy/ lipoatrophia | ضمور الشحم |
| – annularis | – الحلقي |
| – inflammatory localized | – الالتهابي الموضع |
| – involutional | – الأوبي |
| – semicircularis | – الحلقي الجزئي |
| lipocalcinogranulo – matosis | الورام الحبيبي الشحمي الكلاسي ( المتكلس ) |
| lipocalcinosis | الكلاس الشحمي المترقي |
| lipodystrophy/ lipodystrophia | الحثل الشحمي |
| – centrifugalis abdominalis infantilis | – النابذ على البطن ، عند الرضع |
| – congenital progressive | – الولادي المترقي |
| – glucocorticosteroids | – السيترويدي |
| – idiopathica circumscripta | – الغامض المحدد |
| – insulin | – الأنسولين |
| – progressive partial | – المترقي الجزئي |
| – syndrome, generalized | – متلازمة ، المتعمم |
| lipogels (water – soluble bases) | الهلامات الشحمية ( أساسات ذوابة في الماء ) |
| lipogranulomatosis | الورام الحبيبي الشحمي |
| – disseminated | – المنتثر |
| – familial | – العائلي |
| – subcutanea | – تحت الجلد |
| lipoid | شحماني |
| – calcium gout | – نقرس الكالسيوم |
| lipoid | شحماني |
| – dermatoarthritis | – التهاب المفصل والجلد |
| lipoid proteinosis | الداء البروتيني الشحماني |
| – with photosensitivity | – مع الحساسية الضوئية |
| – secondary | – الثانوي |
| lipoma | شحموم |
| lipoma, spindle cell | شحموم ، الخلية المغزلية |
| lipomatosis | ورام شحمي |
| cervical | – رقبي |
| – dolorosa | – مؤلم |
| lipomelanotic reticulosis | شباك شحمي ملاني |
| lipophagic granuloma | حبيبوم بلاعم الشحم |
| lipophilic emulsions, ointment type | مستحلبات أليفة للشحوم ، من نمط المرهم |
| lipoproteinemia, hyperlipoproteine – mias, classification | البروتينات الشحمية في الدم ، فرط البروتينات الشحمية في الدم ، تصنيفها |
| lipoprotein lipase deficiency | عوز ليباز البروتينات الشحمية |
| lipoproteins | البروتينات الشحمية |
| – alpha | – ألفا |
| – beta | – بيتا |

| | |
|---|---|
| – hight – density (HDLs) | – رفيعة الكثافة |
| – low – density (LDLs) | – خفيضة الكثافة |
| – physiochemical characteristics | – المميزات الفيزيائية الكيميائية |
| – pro – beta | – طليعة بيتا |
| – very low – density (VLDLs) | – وضيعة الكثافة |
| lips | شفاه ( م : شفة ) |
| liquefaction of the basal cells | إماعة الخلايا القاعدية |
| liquid | مائع |
| – emulsions (lotions) | – مستحلبات ( دَهُونات ) |
| – nitrogen | – آزوت |
| – powder mixtures | – مزيج من المسحوق |
| livedo racemosa | تزرق عنقودي |
| livedo reticularis | تزرق شبكي |
| – e calore | – حراري |
| – with summer ulceration | – مع تقرح صيفي |
| – systemic diseases | – أمراض مجموعية |
| livedo – like dermatitis | التهاب جلد شبيه بالتزرق |
| livedoid vasculitis | التهاب وعائي تزرقاني |
| lividities of the soles, symmetric | زرقات على الأخمصين ، متناظرة |
| Llaga brava | مرادف لداء الليشمانيات الأمريكي |
| LMM (lentigo maligna melanoma) | ش م خ ( شامة الملانوم الخبيث ) |
| *Loa loa* | *اللوالوا* |
| – infection | – خمج |
| local/localized | موضعي |
| – anaphylactic reactions | – تفاعلات تأقية |
| – bullous pemphigoid | – الفقاعاني الفقاعي |
| – lipid metabolish disturbances | – اضطرابات استقلاب الشحوم |
| – metabolic calcinosis | – كلاس استقلابي |
| – mycosis with epidermotropism | – فطار مع توجه للبشرة |
| – pseudoxanthoma elasticum | – الصفروم الكاذب المرن |
| – scleroderma | – تصلب الجلد |
| Lofgren's syndrome | متلازمة لوفغرين |
| Lowenberg's sign | علامة لوفينبرغ |
| loiasis | داء اللوًّا اللّويّة |
| losse skin | الجلد الرخو ، الفضفاض |
| los cenicientos | الجلاد الرمادي |
| lotions (liquid emulsions) | دهونات ( مستحلبات مائعة ) |
| Louis – Bar syndrome | متلازمة لويس – بار |
| low – densitiy lipoproteins (LDLs) | البروتينات الشحمية خفيضة الكثافة |
| *Loxosceles species* | *أنواع العنكبوتيات* |
| LSA (lihen sclerosus et atrophicus) | ح ت ض ( الحزاز التصلبي والضموري ) |
| LTT (lymphocytic transformation test) | اختبار التحول اللمفاوي |
| Ludwig's angina | ذباح لودفيغ |
| lues | الإفرنجي |
| – connata | – الولادي |
| Lukes and Collins classification | تصنيف لوكيس وكولينز |
| lumbosacral connective tissue bevus | وحمة النسيج الضام القطنية العجزية |
| lumbricus teres | المدورة الخراطينية |
| lunula | هليل |
| lupoid | ذأباني |
| – infiltration | – ارتشاح |
| – miliary, benign | – دخني ، سليم |
| – perioral dermatitis | – التهاب الجلد حول الفم |
| – rosacea | – العد الوردي |
| lupus | الذأب |
| – anticoagulant syndrome | – المتلازمة المضادة للتخثر |
| – band test | – اختبار الشريط |

| English | العربية |
|---|---|
| – band test, diagnostic significance | ـ اختبار الشريط ، أهميته التشخيصية |
| – carcinoma | ـ السرطانة |
| – chilblain | ـ الشرث |
| – erythematosus/ erythamatodes (see lupus erythematosus) | ـ الحمامي ( انظر الذأب الحمامي ) |
| – erythematosus – like light dermatosis | ـ الجلاد الضوئي المشبه بالذأب الحمامي |
| – miliaris disseminatus faciei | ـ الدخني المنتثر الوجهي |
| – panniculitis | ـ التهاب السبلة الشحمية |
| – pernio | ـ الشرث |
| – vulgaris (see lupus vulgaris) | ـ الشائع ( انظر الذأب الشائع ) |
| lupus/erythematosus (LE) | الذأب / الحمامي |
| – chronicus discoides | ـ المزمن القريصي |
| – chronicus disseminatus superficialis | ـ المزمن المنتثر السطحي |
| – cutaneous | ـ الجلدي |
| – cutaneous chronic | ـ الجلدي المزمن |
| – discoid (DLE) | ـ القريصي |
| – erythematosus – like light dermatosis | ـ الجلاد الضوئي المشبه بالذأب الحمامي |
| – hypertrophicus et profundus | ـ الضخامي والعميق |
| – integumentalis | ـ الجلد / لحافة |
| – integumentalis visceralis | ـ الجلد الحشوي |
| – nail changes | ـ التبدلات الظفرية |
| – neonatal | ـ الوليدي |
| – profundus | ـ العميق |
| – subacute cutaneous (SCLE) | ـ الجلدي تحت الحاد |
| – tumidus | ـ المتورم ، المنتبج |
| – visceralis | ـ الحشوي |
| lupus vulgaris | الذأب الشائع |
| – erythematoides | ـ الحمامي |
| – exfoliativus | ـ التقشري |
| – hypertrophicus | ـ الضخامي |
| – mucous membranes | ـ الأغشية المخاطية |
| – mutilans | ـ الجادع |
| – planus | ـ المسطح |
| – psoriasiformis | ـ صدافي الشكل |
| – tumidus | ـ المتورم ، المنتبج |
| – ulcerosus | ـ المتقرح |
| – verrucosis | ـ الثؤلولي |
| Lutz – Splendore – Almeida disease | داء لوتز ـ سبليندور ـ ألميدا |
| Lutzner cell | خلية لوتزنير |
| Lyell's syndrome | متلازمة لايل |
| – drug involved | ـ المحدثة بالأدوية |
| – nail changes | ـ التبدلات الظفرية |
| – staphylococcal | ـ العنقودية ( بالمكورات العنقودية ) |
| Lyme borreliosis | دار البورلية لليم |
| Lyme disease | داء لم |
| lymph | اللمف |
| – node classification, Ann Arbor | ـ تصنيف العقد ، لآن آربور |
| – node classification, Rye | ـ تصنيف العقد ، لري |
| – vessels, tumors | ـ الأوعية ، الأورام |
| lymphadenitis, dermatopathic | التهاب العقد اللمفية ، في اعتلال الجلد |
| lymphadenopathy | اعتلال العقد اللمفية |
| – angioimmunoblastic | ـ الأرومي المناعي الوعائي |
| – dermatopathic | ـ باعتلال الجلد |
| – immunoblastic | ـ الأرومي المناعي |
| – syndrome (LAS) | ـ متلازمة |
| – syndrome, chronic | ـ متلازمة ، مزمنة |
| lymphadenosis cutis benigna | داء العقد اللمفية الجلدي السليم |
| – nodular form | ـ الشكل العقيدي |
| lymphadenosis cutis circumscripta | داء العقد اللمفية المحدد |

| English | العربية |
|---|---|
| lymphangiectasis penis | توسع الأوعية اللمفية على القضيب |
| lymphangiofibrosis thrombotica, obstructive | تليف الأوعية اللمفية الخثاري المسد |
| lymphangioma | الوعاؤوم اللمفي |
| – cavernosum subcutaneum | ـ الكهفي تحت الجلد |
| lymphangiosarcoma | الغرن الوعائي اللمفي |
| – postmastectomy | ـ عقب استئصال الثدي |
| – of the scalp | ـ على الفروة |
| lymphangitis | التهاب الأوعية اللمفية |
| – acute | ـ الحاد |
| – circular indurated | ـ الحلقي الجاسئ |
| – of the penis, nonvenereal sclerosing | ـ على القضيب ، المصلب اللازهري |
| – of the coronal sulcus/coronarius | ـ على الأخدود الإكليلي / الإكليل |
| – of the coronal sulcus/coronarius, nonvenereal | ـ على الأخدود الإكليلي / الإكليل اللازهري |
| lymphatic leukemia | ابيضاض لمفاوي |
| – acute | ـ حاد |
| lymphatic – leukemic erythroderma | الأحمرية الإيبضاضية اللمفية |
| lymphatics | لمفي |
| lymphedema | الوذمة اللمفية |
| – differential diagnosis | ـ التشخيص التفريقي |
| – essential congenital | ـ الولادي الأساسي |
| – factitial | ـ مفتعلة |
| – hereditary congenital | ـ ولادية وراثية |
| – hereditary primary | ـ وراثية بدئية |
| – Meige type | ـ نمط ميج |
| – nonhereditary idiopathic, noncongenital | ـ غامض غير وراثي وغير ولادي |
| – nonhereditary primary | ـ لا وراثي ، بدئي |
| – Nonne – Milroy type | ـ نمط نون ـ ميلوري |
| – primary | ـ بدئي |
| – secondary | ـ ثانوي |
| lymphogranulomatosis X | الورام الحبيبي اللمفي X |
| lymphogranulomatosis, atypical | الورام الحبيبي اللمفي ، اللانموذجي |
| lymphoblastic | أرومة لمفاوية |
| – lymphoma | ـ لمفوم |
| – lymphosarcoma | ـ غرن لمفي |
| lymphoblastoma, follicular | ورم أرومي لمفاوي ، جريبي |
| lymphocele | وعاؤوم لمفي كيسي |
| lymphocyte transformation test | اختبار تحول الخلايا اللمفية |
| lymphocytic | لمفاوي |
| – infiltration | ـ ارتشاح |
| – leukemia, chronic (CLL) | ـ ابيضاض دم ، مزمن |
| – lymphoma | ـ لمفوم |
| – lymphosarcoma | ـ غرن لمفي |
| lymphocytoma | ورم لمفي |
| lymphogenous metastases | انتقالات لمفية المنشأ |
| lymphogranuloma inguinale | الحبيبوم اللمفي الأربي |
| lymphogranuloma venereum | الحبيبوم اللمفي الزهري |
| lymphogranulomatosis | الورام الحبيبي اللمفي |
| – benigna | ـ السليم |
| – cutis erysipelatoides | ـ الجلدي الحمراني |
| – maligna | ـ الخبيث |
| lymphoid reticulosis | الشباك اللمفاني |
| lymphoma(s) | لمفوم ( ج : لمفومات ) |
| – angiotropic large – cell | ـ الخلايا الكبيرة الوعائية الانتحائية |

| | |
|---|---|
| – B – cell pseudolymphoma | – لمفوم الخلايا البائية الكاذب |
| – centroblastic | – أرومي مركزي |
| – centroblastic – centrocytic | – خلايا مركز الجراب – أرومات خلايا مركز الجراب |
| – centrocytic | – خلايا مركز الجراب |
| – histiocytic | – بالمنسجات |
| – Hodgkin's malignant | – هودجكين ، الخبيث |
| – immunoblastic | – أرومي مناعي |
| – immunocytic | – خلوي مناعي |
| – lymphoblastic | – بأرومة اللمفاوية |
| – lymphocytic | – لمفاوي |
| – malignant (see malignant lymphoma) | – خبيث ( انظر اللمفوم الخبيث ) |
| – non – Hodgkin's | – لا هودجكين |
| – plasmacytic | – بالمصوريات |
| – T – zone | – المنطقة T |
| lymphomatoid granulomatosis | الورام الحبيبي اللمفوماني |
| lymphomatoid papulosis | الحطاط اللمفوماني |
| lymphopathia venerea | اعتلال لمفي زهري |
| lymphoplasia of the skin | التنسج اللمفي الجلدي |
| – benign | – سليم |
| lymphoplasmacytoid immunocytoma | ورم الخلايا اللمفية المصورية المناعية |
| lymphoreticular hyperplasias | فرط التنسج الشبكي اللمفي |
| lymphosarcoma, lymphoblastic | غرن لمفي ، بأرومة اللمفاوية |

## M

| | |
|---|---|
| macroangiopathy, diabetic | اعتلال الأوعية الكبرية ، السكري |
| macrocheilia | ضخامة الشفاه |
| macroflocculation tests | الاختبارات التندفية الكبرية |
| macroglobulinemia | وجود الغلوبولين الكبري في الدم |
| macroglossia | ضخامة اللسان |
| macular cutaneous amyloidosis | الداء النشواني الجلدي البقعي |
| macular drug eruption | طفح دوائي بقعي |
| macules | بقع ( م : بُقعة ) |
| – exogenous pigments | – الصباغات خارجية المنشأ |
| – extravasation of blood | – تسرب الدم خارج الأوعية |
| – melanin content | – المحتوى القتاميني |
| maculourtricarial drug eruptions | الطفوح الدوائية البقعية الشروية |
| Madelung's neck | عنق مادلونغ |
| Madura foot | قدم مادورا |
| *Madurella* | *مادوريلا* |
| maduromycosis | فطار مادورا |
| Mafucci's syndrome | متلازمة مافوسي |
| Mahorner – Ochsner test | اختبار ماهورنر – أوكسنر |
| Majocchi's disease | داء ماجوشي |
| Makai's syndrome | متلازمة ماكي |
| mal de melada | داء ميليدا |
| mal del pinto | داء بنتو |
| mal perforant | الداء الثاقب |
| maladie des griffes du chat | داء خمشة القطة |
| Malayan filariasis | داء الخيطيات الملايية |
| *Malassezia folliculitis (see also pityrosporum)* | *التهاب الجريبات بالمالاسيزية ( انظر الوبيغاء البيضوية أيضاً )* |
| male | ذكر |
| – genitalia, acute gangrene | – أعضاء التناسل ، الموات الحاد |
| – hair loss | – فقد الأشعار |
| – pattern alopecia | – طراز الحاصة |
| – pattern balding | – الطراز الصلعي |
| malformations | تشوهات |

Malherbe, calcifying epithelioma — ماريب ، الظهاروم المتكلس
malignant — الخبيث
– acanthosis nigricans — – الشواك الأسود
– atrophic papulosis — – الحطاط الضموري
– cutaneous lymphomas, classification — – اللمفومات الجلدية ، تصنيفها
– epithelial tumors — – الأورام الظهارية
– erythema — – الحمامى
– granuloma of the nose — – حبيوم الأنف
– granulomatous angitis — – الالتهاب الوعائي الحبيبومي
hemangioendothelioma — – البطانوم الوعائي الدموي
– histiocytoses/ histiocytosis — – كثرة المنسجات
Hodgkin's lymphoma — – لمفوم هودجكين
– lymphoma (see malignant lymphoma) — – لمفوم ( انظر اللمفوم الخبيث )
– mastocytoses — – كثرة الخلايا البدينة
– melanoma (see malignant melanoma) — – ملانوم ( انظر الملانوم الخبيث )
– pustule — – بثرة
– reticulohistiocytosis — – كثرة المنسجات الشبكي
– syphilis — – إفرنجي / سفلس
malignant lymphoma(s) — اللمفوم الخبيث ( ج : لمفومات )
– differentiation of B – lymphocytes — – تمايز الخلايا اللمفية البائية
– differentiation of T – lymphocytes — – تمايز الخلايا اللمفية التائية
– with large noncleaved follicle center cells — – بخلايا مركز الجريب غير المتشطرة الكبيرة
– mixed small cleaved and large cell — – خلايا متشطرة صغيرة مختلطة والخلايا الكبيرة
– with small cleaved and large noncleaved follicle center cells — – خلايا متشطرة صغيرة وخلايا جريبية مركزية كبيرة غير متشطرة
– with small cleaved follicle center cells — – بخلايا مركز الجريب ذات التشطرات الصغيرة
– with small noncleaved follicle center cells — – بخلايا مركز الجريب غير المتشطرة والصغيرة
– staging — – المرحلي
malignant melanoma — الملانوم الخبيث
– acrolentiginous (ALM) — – شامات الأطراف ( م ش أ )
– clinical stage — – المرحلة السريرية
– differential diagnosis — – التشخيص التفريقي
– distant metastases — – الإنتقالات البعيدة
– invasion level — – مستوى الغزو
– lentigo maligna (LMM) — – الشامة الخبيثة
– mitotic activity — – فاعلية الانقسام الفتيلي
– mucosal — – المخاطي
– nevoid — – الوحماني
– nodular (NMM) — – العقيدي
– pagetoid — – الباجيتاني
– prognostic index — – منسب الانذار
size — – القد
– superficial spreading (SSM) — – الانتشار السطحي
– treatment — – المعالجة
– tumor thickness — – ثخن ( سماكة ) الورم
malingering syndrome — متلازمة التمارض
malleus — الماليوس ( من مرادفات الرعام )
Mallorca acne — عد مالوركا
Malta fever — الحمى المالطية
malum perforans — الداء الثاقب
manifest psoriasis — الصداف الظاهري
maple syrup disease — داء شراب خشب القيقب
marasmus in children — السغل في الأطفال
Marfan's syndrome — متلازمة مارفان
Marjolin ulcer — قرحة مارجولين
Maroteaux – Lamy — مارتو – لامي

| English | Arabic |
|---|---|
| – disease | ـ داء |
| – mucopolysacchari – doses | ـ داء عديدات السكريد المخاطية |
| Martorell syndrome | متلازمة مارتوريل |
| masons and construction workers contact dermatitis and eczema | البناء والتنظيم العمال ، التهاب الجلد التماسي والإكزيمة |
| mast cell(s) | الخلية ( ج : الخلايا ) البدينة |
| – nevus | ـ وحمة |
| mastocytoma, disseminated | ورم الخلايا البدينة ، المنتثر |
| mastocytoma, localized | ورم الخلايا البدينة ، الموضع |
| mastocytoses/ mastocytosis | كثرة الخلايا البدينة |
| – cutaneous | ـ الجلدي |
| – cutaneous, diffuse | ـ الجلدي ، المنتشر |
| – malignant | ـ الخبيث |
| – systemic | ـ المجموعي |
| mattress phenomenon | ظاهرة الفِراش |
| maturation defect | عيب نضجي |
| Mayo dermatological wet dressing | ضمادات مايو الجلدية الرطبة |
| McCune – Albright syndrome | متلازمة مكوين ـ البرايت |
| measles | حصبة |
| mechanical skin damage | تخريب الجلد الآلي |
| mechlorethamine | ميكلوريثامين |
| meclocycline | ميكلوسيكلين |
| medical professionals, contact dermatitis and eczema | المهن الطبية ، التهاب الجلد بالتماس والإكزيمة |
| Mediterranean fever | حمى البحر المتوسط |
| MED – UVB (minimal erythema dose) | جـ حـ ص ـ للأشعة فوق البنفسجية ب ( الجرعة الحمامية الصغرى ) |
| Mees' stripes | خطوط ميس |
| megakaryocytic thrombocytopenia | قلة الصفيحات النواء |
| Meinicke clearing reaction | التفاعل الرائق لمينيك |
| melanin | الملانين |
| – pigmentation | ـ تصبغ |
| melanization | التملن |
| melanoacanthoma | شوكوم ملاني |
| melanocytes | خلايا ملانية |
| – dermal | ـ أدمية |
| – epidermal | ـ بشروية |
| melanocytosis, oculodermal | كثرة الخلايا الملانية ، الجلدية العينية |
| melanoderma | تملن الجلد |
| melanodermatitis | التهاب الجلد الملاني السمي |
| melaodermia reticularis calorica | تملن الجلد الشبكي الحروري |
| melanoerythroderma | احمرار الجلد الملاني / أحمرية ملانية |
| melanogenesis | تكون الملانين |
| – biochemistry | ـ الكيميائي الحيوي |
| – disorders | ـ اضطرابات |
| – endocrine control | ـ مراقبة صماوية |
| – morphology | ـ الشكلياتي |
| melanoma | الملانوم |
| – acrolentiginous (ALM) | ـ شامات الأطراف ( شاط ) |
| – acrolentiginous, subungual tumors | ـ شامات الأطراف ، الأورام تحت الظفر |
| – amelanotic | ـ اللاملاني |
| – anorectal | ـ الشرجي المستقيمي |
| – benign, juvenile | ـ السليم ، الفتوي |
| – desmoplastic | ـ تصنع رباطي |
| – lentigo maligna (LMM) | ـ الشامة الخبيثة ( شاخ ) |
| leukometastases | ـ النقائل البيضاء |
| – malignant (see malignant melanoma) | ـ الملانوم الخبيث ( انظر الملانوم الخبيث ) |
| – nail | ـ ظفري |

- in situ — لابد / في موضعه
- superficial spreading (SSM) — المنتشر السطحي
melanophages — بلعم الملانين
melanoprotein — بروتين ملاني
melanosis — ملان
- arsenic — زرنيخي
- Becker's — بيكر
- Buschke's heat — الحراري لبوشكيه
- circumscripta praeblastomatosa — طليعة / مقدمة الأرومة المحددة
- circumscripta praecancerosa — مقدمة السرطان المحدد
- diffusa congenita — المنتشر الولادي
- of Dubreuilh, circumscribed precancerous — دوبروي ، مقدمة السرطان المحدد
- hypomelanosis — نقص الملانين
- lenticularis generalisata — العدسي المعمم
- neurocutaneous — العصبي الجلدي
- neurocutaneous, diffuse — العصبي الجلدي ، المنتشر
- neviformis — وحمي الشكل
- perioralis et peribuccalis — حول الفم ، وحول الخدين
- Riehl's — ريل
melanosome(s) — جسيمات الملانين ( الملانوزوم )
- complexes — معقدات
melanotic precancerosis — طليعة السرطان الملانية
melasma — الكلف
melioidosis — راعوم ( من الرعام )
Melkersson – Rosen – thal syndrome — متلازمة ملكرسون – روزنتال
Mendes da Costa's syndrome — متلازمة منده داكوستا
meningococcal sepsis, fulminant — انتان السحائيات ، الخاطف

meningoencephalitis herpetica — التهاب السحايا والدماغ الحلئي
Menkes' disease — داء مينكيه
Menkes' syndrome — متلازمة مينكيه
menstrual (premenstrual) acne — عد الحيض ( السابق للحيض )
menthol — المينتول
merbromin — ميربرومين
mercurials, organic — الزئبقيات ، العضوية
mercuric sulfide, red — سلفيد المركوريك ( الزئبق ) ، الأحمر
mercurochrome — ميركوروكروم
mercury — الزئبق
- ammoniated — الأمونيائي
- salts — أملاح
Merkel's cell(s) — خلية ( خلايا ) ميركل
- carcinoma — سرطانة
Merkelioma — ورم خلايا ميركل ( ميركليوم )
mesenchymal tumors — أورام اللحمة المتوسطة
metabolic — استقلابي
- calcinosis — كلاس
- calcinosis, localized — كلاس ، موضع
- panniculitis — التهاب السبلة الشحمية
metabolism — استقلاب
- amino acid, disorders — الحمض الأميني ، اضطرابات
metabolism — استقلاب ، أيض
- copper — النحاس
- iron — الحديد
- lipid — الشحم
- lipid, local disturbances — الشحم ، اضطرابات موضعية
- mucopolysaccaride — عديدات السكريد المخاطية
- phenylalanine – tyrosine — فينيل آلانين – تيروزين
- purine — البيورين
- zinc — الزنك

| | |
|---|---|
| metachromatic leukodystrophy | حثل أبيض متبدلة اللون |
| metachronic polymorphism | عديدة الأشكال متبدلة اللون |
| metal workers, contact dermatitis and eczema | عمال المعادن ، التهاب الجلد التماسي والإكزيمة |
| metastases, hematogenous | النقائل ، مكونة الدم |
| metastases, lymphogenous | النقائل ، مكونة اللمف |
| metastatic clalcinosis | كلاس نقيلي |
| metastatic carcinoma | سرطانة نقيلية |
| metatypical basal cell carcinoma | سرطانة الخلية القاعدية متبدلة النمط |
| methenamine | ميتينامين |
| methylmalonic aciduria | بيلة حمض الميتيل مالونيك |
| metophyma | فيمة الجبهة |
| Meyenburg – Altherr – Uehlinger syndrome | متلازمة – ماينبرج – الثر – أوهلنجر |
| Meyer's sign | علامة مير |
| Michelin tire baby syndrome | متلازمة الطفل على هيئة إطار ميشيلين |
| microangiopathic hemolytic anemia | فقر الدم الانحلالي باعتلال الأوعية الصغيرة |
| microabgiopathy, diabetic | اعتلال الأوعية الصغيرة ، السكري |
| microcomedo | الزؤان الصغير |
| microsporosis | داء البويغاءات |
| *Microsporum* | *البويغاء* |
| *Miescher's* | *ميشر* |
| *– granuloma of the face* | *– حبيبوم الوجه* |
| *– nodules* | *– عقيدات* |
| *– syndrome* | *– متلازمة* |
| *migrating* | *الهاجر* |
| *– cheilitis* | *– التهاب الشفة* |
| *– filaria* | *– الخيطية* |
| *– plaques* | *– اللويحات* |
| *Mikulicz's aphthae* | *قلاع ميكوليز* |

| | |
|---|---|
| *Mikulicz's syndrome* | *متلازمة ميكوليز* |
| *milia* | *دخنية* |
| *– eruptive* | *– طفحية* |
| *miliara* | *الدخنية* |
| *– apocrine* | *– المفترزة* |
| *– crystallina* | *– البلورية* |
| *– pathogenesis* | *– الإمراض* |
| *– profunda* | *– العميقة* |
| *– rubra* | *– الحمراء* |
| *– scarlatinosa* | *– القرمزية* |
| *miliary follicular chancre (follicular chancroid)* | *القرح الجريبي الدخني ( قريح جريبي )* |
| *miliary tuberculosis* | *التدرن الدخني* |
| *milk crust* | *جلبة الحليب* |
| *milker's* | *الحلابين* |
| *– callosities* | *– أثفان* |
| *– callus* | *– ثشن* |
| – granulation nodules | – عقيدات محببة |
| – nodule | – عقيدة |
| – pox | – جدري |
| mineral oils | زيوت معدنية |
| mineral powders | مساحيق معدنية |
| miniature follicles | الجريبات القزمة |
| minimal erythema dose (MED – UVB) | الجرعة الحمامية الصغرى ( جـ حـ ص – أ ف ب ) |
| mirror – picture cells | شكل الخلايا التي تبدي مظهر المرآة |
| Mitchell's syndrome | متلازمة ميشيل |
| mite(s) | سوس |
| – bird | – الطير |
| – dermatitis | – التهاب الجلد |
| – follicle | – الجريبي |
| – house dust | – غبار المنزل |
| mitsuda reaction | تفاعل ميتسودا |
| Mitsuda – Hayasaki test | اختبار ميتسودا – هيازاكي |
| mixed | مختلط |

| | |
|---|---|
| – connective tissue disease | ـ داء النسيج الضام |
| – hepatic porphyria | ـ البرفيرية الكبدية |
| – small cleaved and large cell malignant lymphoma | ـ اللمفوم الخبيث ذو التشطر الصغير والخلايا الكبيرة |
| Moeller – Barlow disease | داء موليرـ بارلو |
| Moeller – Hunter glossitis | التهاب اللسان لموليرـ هنتر |
| Moh's chemosurgery | الجراحة الكيميائية لموس |
| molds | عفن |
| – black piedra | ـ البصرة السوداء |
| – onychomycosis | ـ الفطار الظفري |
| – otomycosis | الفطار الأذني |
| – tinea nigra | ـ السعفة السوداء |
| mollusca contagiosa | المليساء المعدية |
| molluscoid nevocytic nevus | وحمة الخلايا الوحمية المليسائية الشكل |
| molluscoid pseudotumors | الأورام الكاذبة المليسائية |
| molluscum contagiosum | المليساء المعدية |
| – giganteum | ـ العملاقة |
| – pediculatum | ـ المسوّقة |
| molluscum pseudocarcinoma – tosum | المليساء السرطانية الكاذبة |
| molluscum sebaceum | المليساء الوهمية |
| Mondor's disease | داء موندور |
| Mondor's syndrome | متلازمة موندور |
| mongolian spot | البقع المنغولية |
| monilethrix | الشعر السبحي |
| moniliasis | داء المبيضات |
| monkeypox | جدري القردة |
| monobenzone | مونوبنزون ( آحادي البنزون ) |
| monoclonal cryoglobulinemia | الغلوبولين القري وحيد النسيلة |
| monoclonal gammopathy | اعتلال غلوبوليني وحيد النسيلة |
| monocyte angina | ذباح الوحيدات |
| monocytic leukemia | ابيضاض الوحيدات |
| mononucleosis, infectious | كثرة الوحيدات ، الخمجية |
| monovalent contact allergy | الأرج التماسي أحادي التكافؤ |
| Montgomery's syndrome | متلازمة مونتغومري |
| morbid hair pulling | جر الأشعار المرضي |
| morbilli | حصبة |
| morbilliform drug eruptions | الطفوح الدوائية حَصْبية الشكل |
| morbus | مرض |
| – Dercum | ـ ديركوم |
| – hemorrhagicus maculosus Werlhof | ـ النزفي البقعي لفورلهوف |
| – hemorrhagicus neonatorum | ـ النزفي الوليدي |
| Morgagni's syndrome | متلازمة مورغاغني |
| Morgan – Dennie lines | خطوط مورغان ـ ديني |
| morphea | القشيعة ( المورفيا ) |
| – guttate (scleroderma) | ـ النقطية ( تصلب الجلد ) |
| – profunda | ـ العميقة |
| morpheiform basal cell carcinoma | سرطانة الخلية القاعدية قشيعية الشكل |
| Morquio A, B mucopoly – saccharidoses | موركيو ، داء عديدات السكريد المخاطية آ ، ب |
| morsicatio buccarum | عضة باطن الخد |
| Morvan's ulcer | قرحة مورفان |
| mosaic warts | الثآليل المزيقة |
| Moschcowitz's syndrome | متلازمة موسكوفيتز |
| motorcyclist's disease | داء سائق الدراجة النارية |
| mouth, candidosis of the mucous membrane of the mouth | الفم ، داء المبيضات على الأغشية المخاطية للفم |

| | |
|---|---|
| mouth, rhagades of the angle of the mouth | الفم ، فلوع زاوية الفم |
| MPS, mucopolysacchari – doses | داء عديدات السكريد المخاطية |
| Mucha – Habermann syndrome | متلازمة موش – هابرمان |
| mucinoses/mucinosis | الداء الموسيني |
| – epithelial | – الظهاري |
| – erythematous/ erythematosa, reticular/ reticularis | – الحمامي الشبكي |
| – euthyroidism | – سوي الدرقية |
| – dermal | – قصور الدرقية |
| – follicular/follicularis | – الجلدي |
| – hyperthyroidism | – فرط الدرقية |
| – hypothyroidism | – قصور الدرقية |
| – papulosa seu lichenoides | – الحطاطي والحزازاني |
| – plaque – like | الشبية باللويحي |
| – plaque – type, cutaneous | – النمط اللويحي ، الجلدي |
| mucinous papules | الحطاط الموسيني ( المخاطيني ) |
| mucocele | القيلة المخاطية |
| mucocutaneous candidosis | أدواء المبيضات الجلدية المخاطية |
| – diffuse chronic | – المنتثر المزمن |
| – familial chronic | – العائلي المزمن |
| mucocutaneous leishmaniasis | داء الليشمانيات الجلدي المخاطي |
| mucocutaneous lymph node syndrome | متلازمة العقد اللمفية الجلدية المخاطية |
| mucoid dorsal cyst of the fingers | الكيسة المخاطانية على ظهر الأصابع |
| mucolipidoses | الشحام المخاطي |
| mucophanerosis intrafollicularis et seboglandularis | الداء المخاطيني داخل الجريبي والغدد الزهمية |
| mucopolysaccharide metabolism | استقلاب عديدات السكريد المخاطية |
| mucopolysaccharidoses (MPS) | داء عديدات السكاريد المخاطية ( د ع س م ) |
| – hereditary | – الوراثي |
| – Hunter | – لهنتر |
| – Maroteaux – Lamy | – لماروتو – لامي |
| – Morquio A, B | – لموروكو آ ، ب |
| – Pfaundler – Hurler | – بفوندلر – هيرلير |
| – Sanfilippo A, B, C | – لسانفيليبو آ ، ب ، ث |
| – Sanfilippo D | – لسانفيليبوا |
| – Ulrich – Scheie/ Scheie | – آلريش – سكيي |
| mucosal | بالمخاطية |
| – melanoma | – ملانوم |
| – papillomas | – حليمومات |
| – warts | – ثآليل |
| mucous | مخاطي |
| – cyst | – كيسة |
| – gland cycst, traumatic | – كيسة غدية ، رضحية |
| – granuloma | – حبيبوم |
| – membranes of the cheeks | – الأغشية المخاطية للخدين |
| – membranes of the palate | – الأغشية للحنك |
| – membranes, oral | – الأغشية ، الفموية |
| – retention cyst, traumatic | – كيسة احتباسية ، رضحية |
| mucoviscidosis | تلزج مخاطي / تليف المعثكلة الكيسي |
| Muehrcke's bands | أشرطة ميوريك |
| multicentric reticulohistiocytosis of skin and synovia | كثرة المنسجات الشبكية متعددة المراكز في الجلد والزليل |
| multifocal eruptive pilomatricoma | ورم أم الشعرة الطفحي متعددة البؤر |
| multiform erythema | الحمامىٰ عديدة الأشكال |

| | |
|---|---|
| multiple fibromata of the fingers | الليفوم المتعدد على الأصابع |
| multiple sweat gland abscesses in neonates | خراجات الغدد العرقية المتعددة في الولدات |
| Munchhausen's syndrome | متلازمة مونش هوسين |
| Munro's microabscesses | الخراجات الصغيرة لمونرو |
| murine (endemic) typhus | التيفوس ( المتوطن ) الفأري / الجرذي |
| Murray's syndrome | متلازمة موري |
| muscle, arrector pili | العضلة ، مقفة الشعرة |
| muscle tumors | أورام العضلات |
| myasthenia dolorosa | الوهن العضلي المؤلم |
| mycelium | أفطورة ( ج : أفاطير ) |
| mycetoma | الفطروم |
| mycids | طفحات فطرية |
| – lichen trichophyticus | ـ الحزاز الشعروي |
| mycobacterial infections, atypical | أخماج المتفطرات ، اللانموذجية |
| *Mycobacterium tuberculosis* | *المتفطرة الدرنية* |
| mycoplasma | المفطورة |
| – genital | ـ التناسلية |
| – *M. genitaliym* | *ـ مفطورة أعضاء التناسل* |
| – *M. hominis* | *ـ المفطورة الانسانية* |
| – *M. pneumoniae* | *ـ المفطورة الرئوية* |
| – T | ـ ت |
| – urethritis | ـ التهاب الأحليل |
| mycoses/mycosis | فطار ( ج : الفطارات ) |
| – cryptococcus | ـ المستخفية |
| – culture of fumgi | ـ زرع الفطور |
| – deep | ـ عميق |
| – dermal | ـ جلدي / أدمي |
| – diagnosis | ـ التشخيص |
| – epidermal | ـ بشروي |
| – follicular | ـ جريبي |
| – of the foot | ـ القدم . |
| – fungoides (see mucosis fungoides) | ـ فطراني ( انظر الفطار الفطراني ) |
| – localized, with epidermotropism | ـ موضع ، منحاز للبشرة / ذات جذب بشروي |
| – stained preparation | ـ مستحضر ملون |
| – subcutaneous | ـ تحت جلدي |
| – systemic | ـ مجموعي / جهازي |
| – unstained preparation | ـ مستحضر غير ملون |
| – visceral | ـ حشوي |
| – Wood's lamp | ـ مصباح وود |
| mycosis fungoides | الفطار الفطراني |
| – Alibert – Brazin form | ـ شكل اليبرت ـ برازين |
| – d'emblée | ـ مقطوع الرأس / مفاجئ |
| – erythroderma form | ـ شكل احمرار الجلد ، شكل احمرية |
| – infiltrative stage | ـ مرحلة الارتشاح |
| – premycosis stage | ـ مرحلة سابقة للفطار |
| – stages | ـ مراحل |
| – tumor stage | ـ مرحلة الورم |
| myeloid leukemia | الابيضاض النقوي |
| myeloma, multiple | نقيوم ، متعدد |
| myelosis cutis circumscripta | داء نقوي جلدي محدد |
| – basophilica | ـ بالأسسات |
| – eosinophilica | ـ بالحمضيات |
| – monocytica | ـ بالوحيدات |
| myiasis | النَغَف |
| – externa | ـ الخارجي |
| – linearis migrans | ـ الهاجر الخطي |
| myoblastoma, granular cell | ورم أرومة العضلية ، خلية محببة |
| myxedema | وذمة مخاطية |
| – circumscribed | ـ محددة |
| – circumscriptum symmetricum praetibiale | ـ محددة متناظرة أمام الظنبوب |

| English | Arabic |
|---|---|
| – circumscriptum thyreotoxicum | ـ انسمام درقي محدد |
| – diffuse | ـ منتشرة |
| – pretibial | ـ أمام الظنبوب |
| – true | ـ حقيقية |
| – tuberosum | ـ معجرة ، عجرية |
| myxoderma (see mucinoses/mucinosis and myxedema) | جلدي مخاطي ( انظر الداء الموسيني والوذمة المخاطية ) |
| – papulosum | ـ حطاطي |
| myxodermia circumscripta symmetrica praetibialis | الجلدي المخاطي المحدد المتناظر أمام الظنبوب |
| myxoid finger cyst | كيسة الأصبع المخاطانية |
| myxoma | مخاطوم |
| – emboli | ـ صمة ( ج : صمات ) |

## N

| English | Arabic |
|---|---|
| nail en raquette | ظفر الراكيت |
| nail(s) | الظفر ( ج : أظفار ) |
| – bed | ـ سرير |
| – changes (see nail changes) | ـ تبدلات ( انظر تبدلات الأظفار ) |
| – claw | ـ مخلب |
| – coloration | ـ تلوين |
| – crooked | ـ معقوف |
| – fold, proximal | ـ الثنية ، الدانية |
| – fold psoriasis | ـ صداف الثنيات |
| – great toenail dystrophy | ـ حثل ظفر الأبخس الكبير |
| – half – and – half | ـ متناصف |
| – hangnails | ـ سأف الظفر ، نترة حول الظفر |
| – ingrown | ـ ناشب |
| – matrix | ـ مطرق ( أم الجريب ) |
| – melanoma | ـ ملانوم |
| – 20 – nail dystrophy | ـ حثل العشرون ظفراً |
| – nail – patella syndrome | ـ متلازمة الظفر والرضفة |
| – neapolitan | ـ نابولي |
| – nevus pigmentosus | ـ الوحمة المصطبغة |
| – pigment changes | ـ تبدلات الصباغ |
| – pincer nail sundrome | ـ متلازمة الأظفار الملقطية / الكماشية |
| – plate | ـ صفيحة |
| – psoriasis | ـ الصداف |
| – racket | ـ مضرب |
| – ridged | ـ حرف ، حافة |
| – spoon | ـ ملعقة |
| – tennis racket | ـ مضرب التنس |
| – thimble | ـ حلقة |
| – tower | ـ برج |
| – tube | ـ أنبوب |
| – watchglass | ـ زجاجة ساعة |
| yellow nail syndrome | ـ متلازمة الظفر الأصفر |
| nail(s) changes | تبدلات الأظفار |
| – acquired | ـ المكتسبة |
| – alopecia areata | ـ الحاصة البقعية |
| – amyloidosis | ـ الداء النشواني |
| – autoimmune diseases | ـ أمراض المناعة الذاتية |
| – bullous pemphigoid | ـ الفقاعاني الفقاعي |
| – congenital | ـ الولادي |
| – dermatitis | ـ التهاب الجلد |
| – dermatomyositis | ـ التهاب الجلد والعضل |
| – epidermolysis bullosa dystrophica | ـ انحلال البشرة الفقاعي الحثلي |
| – lichen planus | ـ الحزاز المسطح |
| – lupus erythematosus | ـ الذأب الحمامي |
| – Lyell's syndrome | ـ متلازمة لايل |
| – permphigus vulgaris | ـ الفقاع الشائع |
| – pityriasis rubra pilaris | ـ النخالية الحمراء الشعرية |
| – psoriasis | ـ الصداف |
| – Raynaud's disease | ـ داء رينو |
| – Reiter's disease | ـ داء رايتر |
| – scleroderma | ـ تصلب الجلد |

| | |
|---|---|
| – skin diseases | ـ أمراض الجلد |
| – Zinsser – Cole – Engman syndrome | ـ متلازمة زينسر ـ كول اينغمان |
| naked papillary epithelioma | الظهاروم الحليمي العاري |
| napkin dermatitis | التهاب الجلد الحفاضي |
| napkin rash | طفح حفاضي |
| Natal sore | القرحة الولادية |
| natamycin | ناتاميسين |
| navel stones | حصيات السرة |
| neapolitan nails | الأظفار النابولية ( نسبة إلىٰ نابولي ) |
| neck | العنق |
| – cysts | ـ كيسات |
| – fistulas | ـ نواسير |
| – Madelung's | مادلونغ |
| necrobiosis lipoidica | البلى الفيزيولوجي الشحماني |
| – diabeticorm | ـ السكري |
| – of the face and scalp, atypical | ـ على الوجه والفروة ، اللانموذجي |
| – maculosa disseminata | ـ البقعي المنتثر |
| necrobiotic xanthogranuloma | الحبيبوم الأصفر في البلى الفيزيولوجي |
| necrolysis, toxic epidermal (TEN) | الإنحلال النخري ، السمي البشروي |
| necrolytic migratory erythema | الحماميٰ الهاجرة الإنحلالية النخرية |
| necroses/necrosis (see also skin necroses) | النخر ( انظر النخر الجلدي ) |
| – chlorquinaldol | ـ كلوركينالدول |
| – dequalinium | ـ دكوالينيوم |
| necrotizing fasciitis | التهاب اللفافة الناخر |
| *Neisseria gonorrhoeae* | *النايسيرية البنية* |
| Nemathelminthes (roundworms) | الديدان المسودة ( الديدان المدورة ) |
| Nematoda (threadworms) | المسودات ( الديدان الخيطية ) |
| neomycin | نيوميسين |
| neonatal bullous impetigo | القوباء الفقاعية عند الوليد |
| neonatal lupus erythematosus | الذأب الحمامي عند الوليد |
| neonate(s) (see also newborn, infantile, infants) | الوليد ( ج : الولدان ) ( انظر الوليد أيضاً ) |
| – acne | ـ عد |
| – multiple sweat gland abscesses | ـ خراجات الغدد الدرقية المتعددة |
| – sclerema | ـ الصلدمة |
| seborrheic dermatitis | ـ التهاب الجلد المثي |
| – seborrheic eczema | ـ إكزيمة مثية |
| – skin disorders | ـ اضطرابات الجلد |
| – toxic erythema | ـ الحماميٰ السمية |
| neoplasia, B – cell | تكون الورم ، الخلية ب |
| neoplasia, T – cell | تكون الورم ، الخلية ت |
| neoplastic endotheliosis | داء بطاني ورمي |
| nerve changes, leprosy | تبدلات العصب ، الجذام |
| nervous system, tertiary syphilis | الجهاز العصبي ، الإفرنجي الثالثي |
| nervous system, tumors | الجهاز العصبي ، الأورام |
| Nesselsucht | طفح قريصي |
| Netherton's syndrome | متلازمة نيترتون |
| nettle rash | طفح نبات القريص |
| neurilemmoma | ورم غمد الليف العصبي |
| neurinoma | شفانوم |
| neuroblastoma | ورم أرومة العصبية |
| neurocutaneous | جلدي عصبي |
| – melanoblastosis syndrome | ـ متلازمة الأرام الملاني |
| – melanosis | ـ ملان |
| – melanosis, diffuse | ـ ملان ، منتثر |
| – sensory syndromes, congenital | المتلازمات الحسية ، الولادية |
| neurodermatitis/ neurodermitis | الجلاد العصبي ( التهاب الجلد العصبي ) |
| – atopica | ـ التأتبي |
| – circumscripta | ـ المحدد |

| | |
|---|---|
| – constitutionalis | ـ البنيوي |
| – disseminata | ـ المنتثر |
| – diffusa | ـ المنتشر |
| neuroectodermal syndrome | متلازمة الأديم الظاهري العصبي |
| neuroendocrine carcinoma of the skin | السرطانة العصبية الصماوية في الجلد |
| neurofibroma | ليفوم عصبي |
| neurofibromatosis | ورام ليفي عصبي |
| – generalisata | ـ معمم |
| – generalisata, signs | ـ معمم ، علامات |
| – von Recklinghausen's | ـ فون ريكلنهاوزن |
| neurogenic skin atrophy | ضمور الجلد عصبي المنشأ |
| neurolemmoma | ورم غمد الليف العصبي |
| neuroleptics | مضادات الذهان |
| neurological skin diseases | أدواء الجلد العصبية |
| neuroma | عصبوم |
| neuropathic acrodystrophy, primary | حثل الأطراف بالاعتلال العصبي ، البدئي |
| neurotic buccal ulcer | قرحة الفم العصبية |
| neurotic excoriations | تسحجات عصبية |
| neurotrophic ulcer in acropathia ulcero – mutilans nonfamiliaris | قرحة إغتذائية عصبية في اعتلال الأطراف القرحي الجادع اللاعائلي |
| neurotrophic ulcerations | التقرحات الإغتذائية العصبية |
| neutral soaps | صوابين معدلة |
| neutrophilic dermatosis, febrile, acute | الجلاد العدل ، الحمي ، الحاد |
| nevi/nevus | وحمات / وحمة |
| – anemicus | ـ الفقرمية |
| – araneus | ـ العنكبوتية |
| – asterisk | ـ الكوكبية ( النجمية ) |
| – basal cell bevus syndrome | ـ متلازمة الخلايا القاعدية الوحمية |
| – Becker's | ـ بيكر |
| – blue | ـ الزرقاء |
| – blue, cellular | ـ الزرقاء الخلوية |
| – cell nevus | ـ الخلايا الوحمية |
| – ceruleus | ـ الزرقاء |
| – comedonicus | ـ الزؤانية |
| – connective tissue | ـ النسيج الضام |
| – curly hair | ـ الأشعار الجعدة |
| – dermal melanocytic | ـ الأدمية ملانية الخلايا |
| – dysplastic | ـ المثدونة |
| – dysplastic syndromes | ـ متلازمات الوحمات المثدونة |
| – elasticus | ـ المرنة |
| – elasticus regionis mammariae | ـ المرنة في منطقة الثدي |
| – epidermal | ـ البشروية |
| – epidermal melanocytic | ـ البشروية ملانية الخلايا |
| – epithelial | ـ الظهارية |
| – flammeus | ـ الشعلية |
| – fuscoceruleus deltoideoacrominalis | ـ الزرقاء القاتمة الدالية الأخرمية |
| – fuscoceruleus ophthalmomaxillaris | ـ الزرقاء القاتمة العينية الإبطية |
| – giant pigment | ـ الصباغية العملاقة |
| – hair (nevus pilosus) | ـ المشعرة ( الوحمة المشعرة ) |
| – hair follicle | ـ الجريبية المشعرة |
| – halo | ـ الهالية |
| – halo melanocytic | ـ الهالية ملانية الخلايا |
| – inflammatory linear verrucous epidermal | ـ الإلتهابية الخطية الثؤلولية البشروية |
| – Ito's | ـ إيتو |
| nevi/nevus | وحمات / وحمة |
| – junctional | ـ الموصل |
| – large nodular disseminated connective tissue | ـ النسيج الضام المنتثرة العقيدية الكبيرة |

| English | Arabic |
|---|---|
| – linear nevus sebaceus syndrome | ـ متلازمة الوحمة الزهمية الخطية |
| – lipomatosus | ـ الشحمومية |
| – lumbosacral connective tissue | ـ النسيج الضام القطنية العجزية |
| – mast cell | ـ الخلايا البدينة |
| – molluscoid nevocytic | ـ الخلايا الوحمية المليسائية |
| – nevocellular | ـ الخلايا الوحمية |
| – nevocellularis pigmentosus | ـ الخلايا الوحمية المصطبغة |
| – nevocytic | ـ الكيسات الوهمية |
| – nevus – spilus – like hyperpigmentation | ـ مفرطة التصبغ المشبهة بالوحمة البقعية |
| – organoid | ـ عضوانية |
| – Ota's | ـ أوتا |
| – pigment cell | ـ الخلايا الصباغية |
| – pigmented hairy epidermal | ـ بشروية مشعرة مصطبغة |
| – pigmented nevocytic | ـ الخلايا الوحمية المصطبغة |
| – pigmentosus (see nevi/nevus pigmentosus) | ـ مصطبغة ( انظر الوحمات / الوحمة المصطبغة ) |
| – pilosus (hair nevus) | ـ مشعرة ( الوحمة المشعرة ) |
| – sebaceous gland | ـ الغدد الزهمية |
| – sebaceus senilis | ـ الزهمية الشيخية |
| – senile sebaceous glands | ـ الغدد الزهمية الشيخية |
| – spider | ـ العنكبوتية |
| – spilus | ـ البقعية |
| – spindle cell | ـ الخلايا المغزلية |
| – Spitz' | ـ سبيتز |
| – spongiosus albus mucosae | ـ اسفنجية بيضاء على المخاطية |
| – Sutton | ـ سوتون |
| – sweat gland | ـ الغدد العرقية |
| – syringoadenomat – osus papilliferus | ـ غدية عرقية حليمية |
| – telangiectaticus | ـ متوسعة الشعيرات |
| – Unna – Politzer | ـ أونا ـ بوليتزير |
| – varicosus osteohypertrophicus | ـ الدوالي مفرطة الضخامة العظمية |
| – vascular/vascularis (see nevi/nevus vascularis) | ـ وعائية ( انظر الوحمات / الوحمة الوعائية ) |
| – verrucosus | ـ ثؤلولية |
| – verrucosus unius lateris | ـ الثؤلولية وحيدة الجانب |
| – vinosus | ـ المتغايرة الألوان |
| – white spongue | ـ البيضاء الاسفنجية |
| – woolly hair | ـ الأشعار الصوفية |
| nevi/nevus pigmentosus | وحمات / الوحمة المصطبغة |
| – nails | ـ الأظفار |
| – nevocellularis | ـ الخلايا الوحمية |
| – et papillomatosus | ـ والحليمومية |
| – et pilosus | ـ والمشعرة |
| nevi/nevus vascular/vascularis | وحمات / وحمة وعائية |
| – mixtus | ـ مختلطة |
| – phakomatoses | ـ أورام عدسية |
| nevocellular nevus | الوحمة وحمية الخلايا |
| nevocytic nevi/nevus | الوحمات وحمية الخلايا / الوحمة |
| nevoid | وحماني |
| – basal cell carcinoma | ـ سرطانة الخلية القاعدية |
| – cystic tumors | ـ أورام كيسية |
| – hypertrichosis | ـ فرط الأشعار |
| – melanoma | ـ ملانوم |
| – xanthoma | ـ صفروم |
| nevoxanthoendothe – lioma | البطانوم الأصفر الوحمي |
| nevus (see nevi/nevus) | وحمة ( انظر الوحمات / الوحمة ) |
| nevus – spilus – like hyperpigmentation | فرط التصبغ المشبه بالوحمة البقعية |
| new working formulation | صيغة العمل الجديدة |

New World leishmaniasis — داء ليشمانيات العالم الجديد
newborn — الوليد
- fat sclerema — ـ الصلدمة الدهنية
- fatty tissue — ـ النسيج الدهني
- hemorrhagic diathesis — ـ الأُهْبة للنزف
- herpes sepsis — ـ إنتان حلئي
- lamellar desquamation — ـ التوسف الصُفاحي
- lamellar exfoliation — ـ التقشر الصفاحي
- subcutaneous fat necrosis — ـ النخر الشحمي ( الدهني ) تحت الجلد
- syphilis — ـ الإفرنجي
NGU (nongonoccoccal urethritis) — التهاب الإحليل اللابني
Nicolas – Durand – Favre disease — داء نيكولاس ـ دوراند ـ فافر
Nicolau's syndrome — متلازمة نيكولو
nicotinamide (vitamin B3, pellagra preventive factor — نيكوتيناميد ( فيتامين ب٣ ، العامل الواقي من البلاغرا )
nicotinic acid — حمض النيكوتين
Niemann – Pick disease — داء نيمان ـ بيك
Niemann – Pick syndrome — متلازمة نيمان ـ بيك
night blindness — عشاوة
Nikolski's phenomenon, pemphigus vulgaris — ظاهرة نيكولسكي ، الفقاع الشائع
nipple(s) — حلمه ( ج : حلمات )
- adenomatosis — ـ ورام غدي
- accessory — ـ إضافية
- Paget's disease — ـ داء باجيت
- supernumerary — ـ مزيد عددي
nit — صُؤابة ( ج : صبان )
nitrates, silver — نترات ، الفضة
nitrofurazone — نيتروفورازون
njovera — اسم يطلق على البجل في زيمبابوي
nocardiosis — داء النوكاردية
NMM (nodular malignant melanoma) — م خ ع ( الملانوم الخبيث العقيدي )
nodes — عقد ( م : عقدة )
- Bouchard's — ـ بوكارد
- Heberden's — ـ هيبيردين
nodose erythema — الحمامى العقدة
nodose tuberculid — طفحة سلية عقدة
nodular — عُقيدي
- abscesses — ـ خراجات
- bullous pemphigoid — ـ الفقاعاني الفقاعي
- disseminated connective tissue nevus, large — ـ وحمة النسيج الضام المنتثرة الكبيرة
- elastosis with comedones — ـ المران مع الذؤان
- elastosis with cysts — ـ المران مع الكيسات
- erythemas — ـ الحُمامات
- fasciitis, subcutaneous — ـ التهاب اللفافة ، تحت الجلد
- filariosis — ـ داء الخيطيات
- melanoma (see nodular melanoma) — ـ الملانوم ( انظر الملانوم العقيدي )
- prurigo — ـ الحكاك ( الأكال )
- vascultitis — ـ التهاب الأوعية
nodular melanoma — الملانوم العقيدي
- malignant — ـ الخبيث
- primary — ـ البدئي ، الأولي
nodules — عقيدات
- indurated — ـ جاسئة
- rheumatic/rheumatoid — ـ رثوي ، رثياني
noduli rheumatosi — العقيدات الرثوية
nodulus cutaneus/cutaneous — عقيدات جلدية
noma stomatitis — آكلة الفم

| English | العربية |
|---|---|
| nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma | احمرار الجلد ( أحمرية ) السماكي الشكل الولادي غير الفقاعي |
| nondystrophic epidermolyses | انحلال البشرة اللاحثلي |
| nonfamilial pseudosyringomyelic ulcero – mutilating acropathy | اعتلال الأطراف القرحي الجادع في تكهف النخاع غير العائلي |
| nongonococcal urethritis (NGU) | التهاب الإحليل اللابني |
| nonhereditary | غير الوراثي |
| – dysplastic nevus syndromes | – متلازمات الوحمات المشدونة |
| – idiopathic lymphedema, noncongenital | – الوذمة اللمفية الغامضة ( الذاتية ) اللاولادية |
| – primary lymphedema | – الوذمة اللمفية الأولية ( البدئية ) |
| non – Hodgkin's lymphomas | اللمفومات اللاهودجكينية |
| – cutaneous, high malignancy | – الجلدية ، عالية الخباثة |
| – low malignancy | – منخفضة الخباثة |
| nonionizing radiation | التشعيع اللاشاردي ( غير المؤين ) |
| Nonne – Milroy – Meige syndrôme | متلازمة نون – ميلروي – ميج |
| nonspecific urethritis | التهاب الإحليل اللانوعي |
| nonsteroidal antiinflammatory drugs | الأدوية المضادة للإلتهاب غير الستيروئيدية |
| nonvenereal lymphangitis of the sulcus coronarius | التهاب الأوعية اللمفية اللازهرية على الثلم الاكليلي |
| nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis | التهاب الأوعية اللمفية المصلبة اللازهرية على القضيب |
| normolipemic plane xanthomatosis | الورام الأصفر المسطح سوي شحوم الدم |
| North American blastomycosis | الفطار البرعمي الأمريكي الشمالي |
| North Asian tick typhus | تيفوس القراد الآسيوي الشمالي |
| Norwegian scabies | الجرب النرويجي |
| nose, fibrous papule | الأنف ، الحطاطة المتليفة |
| nose, syphilitic saddle nose | الأنف ، الأنف السرجي الإفرنجي |
| nosocomial gangrene | موات المشافي أو المستوصفات |
| nummular | نمي |
| – atopic eczema | – إكزيمة تأتبية |
| – dermatitis | – التهاب جلد |
| – eczema (see nummular eczema) | – إكزيمة ( انظر الإكزيمة النمية ) |
| – psoriasis | – صداف |
| nummular eczema | إكزيمة نمية |
| – children | – الأطفال |
| – differential diagnosis | – التشخيص التفريقي |
| – infants | – الرضع |
| – microbial | – جرثومي |
| nutritional disorders | اضطرابات التغذية |
| nystatin | نيستاتين |

## O

| English | العربية |
|---|---|
| obligate precanceroses | مقدمات / سوابق السرطان الإجبارية |
| OCA (oculocutaneous albinism) | المهق الجلدي العيني ( م ج ع ) |
| – types | – أنماط |
| occlusive wet dressings | ضمادات رطبة كتيمة |
| occupational | مهني |
| – contact allergens | – مستأرجات تماسية |
| – dermatitis | – التهاب جلد |
| – eczema | – إكزيمة |

| | |
|---|---|
| ocher – yellow purpura | الفرفرية الصفراء المغرية |
| ochronosis | المغرانية |
| – exogenous | ـ خارجية المنشأ |
| ocular albinism | المهق العيني |
| ocular pemphigus | الفقاع العيني |
| oculocutaneous | جلدي عيني |
| – albinism (OCA) | ـ المهق ( م ج ع ) |
| – albinoidism | ـ المهقاني |
| – syndrome | ـ متلازمة |
| – tyrosinemia | ـ تيروزينمية |
| oculodermal melanocytosis | كثرة الخلايا الملانية الجلدي العيني |
| Odland bodies (keratinosomes) | أجسام أودلاند ( الجسيمات القرنية ) |
| odontogenous fistula | نواسير تكون الأسنان |
| l'oedème bleu | الوذمة الزرقاء |
| office workers, contact dermatitis and eczema | عمال المكاتب ، التهاب الجلد التماسي والإكزيمة |
| Ohara's disease | داء أوهارا |
| oil(s) | زيت ( ج : زيوت ) |
| – acne | ـ عد |
| – animal | ـ حيوان ، حيواني |
| – bath | ـ حمام |
| – mineral | ـ معدن |
| – plant | ـ نبات |
| – salicylic acid | ـ حمض الصفصاف |
| – in water emulsions | ـ في مستحلبات مائية |
| ointments | مراهم |
| – diachylon | ـ دياكيلون |
| – fatty | ـ دهنيه |
| – hydrophilic | ـ الولوعة بالماء ، أليفة الماء |
| – hydrophobic | ـ رهاب الماء |
| – industrial protective | ـ واقية صناعية |
| – skin protective | ـ حامية ( واقية ) الجلد |
| – wet dressings | ـ ضمادات رطبة |
| oligophrenia phenylpyruvica | تخلف عقلي في الفينيل بيروفيك |
| oligovalent contact allergy | أرج تماسي قليل التكافؤ |
| Olmos – Castro test | اختبار أولموس ـ كاسترو |
| *Onchocerca volvulus* | *كلابية الذنب الملتوية* |
| onchocerciasis | داء كلابية الذنب |
| onychoatrophy | ضمور الأظفار |
| onychoauxis | غلظ الأظفار |
| onychodystrophy/ onychodystrophia | حثل الأظفار |
| – mediana canaliformis | ـ المتوسط قنوي الشكل |
| – schindelamoides | ـ المحصى |
| onychogryphosis | انعقاف الأظفار |
| onycholysis | انفكاك ظفري |
| – canaliformis | ـ قنوي الشكل |
| – semilunaris | ـ هلالي |
| – totalis | ـ كلي |
| onychomadesis | سقوط الأظفار |
| onychomycosis | فطار ظفري |
| – molds | ـ العفن |
| – treatment | ـ المعالجة |
| onychopathy, azotemic | اعتلال الأظفار ، الأزوتمي |
| onychophagia | قضم الأظفار |
| onychorrhexis | هشاشة الأظفار |
| onychoschisis | انشقاق الأظفار |
| onychoschizia | انشقاق الأظفار |
| onychotillomania | هوس قضم الأظفار |
| onyx nail | ظفر ناشب |
| oophoritis | التهاب المبيض |
| ophthalmoblennorrhea | داء السيلان العيني |
| – adults | ـ الكهول |
| – neonatorum | ـ الولدان |
| *Opisthorchis sinensis* | *الديدان خلفية الخص / نوع من الديدان /* |
| OPTI (oral provocation test for idiosyncrasy) | اختبار التحريش الفموي للتحساس الذاتي |
| optical radiation | التشعيع البصري |
| oral | فموي |
| – cavity | ـ الحفرة |
| – hairy leukoplakia | ـ الطلوان المشعر |

| | |
|---|---|
| osteoarthrosis deformans alcaptonurica | فصال عظمي مشوه في البيلة الكبتونية |
| osteogenis imperfecta | تكون العظم الناقص |
| osteoma | ورم عظمي ، عظموم |
| osteo – oculo – dermal dysplasia | الخثل العظمي – العيني – الجلدي |
| osteoporosis, fetal | تخلخل العظام ، الجنيني |
| ostiofolliculitis | التهاب فوهات الجريبات |
| Ota's nevus | وحمة أوتو |
| otomycosis, molds | فطار أذني ، بالعفن |
| otophyma | فيمة الأذن |
| overtreatment dermatitis | التهاب الجلد بفرط المعالجة |
| oxidizing agents | العوامل المؤكسدة |
| oxyuria | الأقصورة |
| oxyuriasis | داء الأقصور |

# P

| | |
|---|---|
| pachyderma | ثخن الجلد |
| – folded | ـ المطوىٰ ( المثنىٰ ) |
| pachydermia verticis gyrata | ثخن جلد الرأس المتلفف |
| pachydermoperiostosis | ثخن الجلد والسمحاق |
| – familial | ـ العائلي |
| pachydermy | ثخن الجلد |
| pachyonychia congenital | ثخن الأظفار الولادي |
| pachyonychia ichthysoiformis | ثخن الأظفار سماكي الشكل |
| Pacini's corpuscles | جسيات باسيني |
| pad(s) | رفادة ( ج : رفائد ) ، وسادة ( ج : وسائد ) |
| – chewing | ـ مضغ / عض |
| – formation of the callosity type | ـ نمط تشكل الثفن |
| – kunckle | ـ البراجم |
| Paget's disease | داء باجيت |
| – mucosa, hyperpigmentation | ـ المخاطية ، فرط التصبغ |
| – mucous membranes | ـ الأغشية المخاطية |
| – papillomatosis, florid | ـ الورام الحليمي ، الزَهري |
| – provocation test for idiosyncrasy (OPTI) | ـ اختبار التحريش للتحساس الذاتي |
| – thrush | ـ سُلاق |
| orange peel | التقشر البرتقالي |
| Oroya fever | حمىٰ أورويا |
| orbita, periorbital syringoma | الحجاج ، ورم غدي عرقي حول الحجاج |
| orf | أورف |
| organoid nevi | الوحمة العضوانية |
| organs, Sucquet – Hoyer – Grosser | أعضاء سوكويت – هوير – غروسر |
| oriental boil | حبة ليشمانية |
| oriental button | حبة ليشمانية |
| ornamental tattooing | وشم |
| ornithosis | داء الطيور |
| oropharyngeal gonorrhea | سيلان حُلقومي ( بلعومي ) |
| orthokeratosis | التقران السوي ( القديم ) |
| orthopoxvirus infections | أخماج الحمات الجدرية السوية |
| WHO (World Health Organization) | منظمة الصحة العالمية |
| orthostatic purpura | الفرفرية القيامية ( الانتصابية ) |
| Osler's disease | داء أوسلر |
| ossification, ectopic | تعظم ، منتبذ ( نابذ ) |
| osteitis cystoides multiplex | التهاب العظم الكيساني العديد |
| osteitis tuberculosis multiplex cystica | التهاب العظم الدرني الكيسي العديد |
| osteoangiohypertrophy syndrome | متلازمة فرط الضخامة العظمية والوعائية |
| osteoarthropathy, idiopathic hypertrophic | اعتلال مفصلي عظمي ، مفرط الضخامة الغامض |

| English | Arabic |
|---|---|
| – of the nipple | ـ في الحلمة |
| pagetoid | باجيتاني |
| – basal cell carcimona | ـ سرطانة قاعدية الخلايا |
| – melanoma | ـ ملانوم |
| pagetoid reticulosis | شباك باجيتاني |
| – disseminated type | ـ النمط المنتثر |
| – localized type | ـ النمط الموضع |
| painful | مؤلم |
| – auricular nodule | ـ عقيدات الصيوان |
| – bruising syndrome | ـ متلازمة التكدم |
| – ear nodule | ـ عقيدات الأذن |
| – fat syndrome | ـ متلازمة النسيج الدهني |
| – lipedema syndrome | ـ متلازمة الشحميدمية |
| – lipedema syndrome of the lower legs | ـ متلازمة الشحميدية على أسفل الساقين |
| – piezogenic pedal papules | ـ الحطاطات القدمية المولدة بالضغط |
| palate, mucous membranes | الحنك ، الأغشية المخاطية |
| palmar erythema | الحمامى الراحية |
| – symptomatic | ـ العرضية |
| palmar fibromatosis | الورام الليفي الراحي |
| palmar keratoses | التقران الراحي |
| palms, hyperkeratotic dermatitis of the palms | الراحتين ، التهاب الجلد مفرط التقرن على الراحتين |
| palpable migratory arciform erythema | الحمامى الهاجرة قوسية الشكل المجسوسة |
| panarteritis nodosa | التهاب الشريان الشامل العقيدي ( التهاب ما حول الشريان العقيدي ) |
| pancreas, panniculitis | المعثكلة ، التهاب السبلة الشحمية |
| panniculitis | التهاب السبلة الشحمية |
| – acute | ـ الحاد |
| – alpha – antitrypsin deficiency | ـ عوز ألفا مضاد التريبسين |
| – cold | ـ بالبرد / القري |
| – connective tissue disease | ـ داء النسيج الضام |
| – drug – related | ـ الدوائي |
| – etiological classification | ـ تصنيف السببيات |
| – factitial | ـ المفتعل |
| – lupus | ـ الذأب |
| – metabolic | ـ الاستقلابي |
| – nodularis nonsuppurativa recidivans | ـ العقيدي اللاقيحي والناكس |
| – pancreas | ـ المعثكلة |
| – paraffin | ـ بالبارافين |
| – physical | ـ الفيزيائي |
| – poststeroid | ـ عقب السيتروئيدات |
| – psychic | ـ النفسي |
| – relapsing febrile nodular nonsuppurative | العقيدي الحمي الناكس اللاقيحي |
| – septal | ـ الحاجزي |
| – silicon | ـ بالسيليكون |
| – traumatic | ـ الرضحي |
| – vasculitis | ـ التهاب الأوعية |
| panniculus adiposus | السبلة الشحمية |
| pantothenic acid | حمض البانتوتينك ( البانتينول ) |
| papillae coronae glandis | الغدد اللجامية الحليمية |
| papillary epithelioma, naked | الظهاروم الحليمي ، المعرى |
| papillary intraductal cystadenoma | الغدوم الكيسي الحليمي داخل القنوي |
| papilloma | حليموم |
| – basal cell | ـ الخلية القاعدية |
| – benign intraductal | ـ داخل القنوي الحميد |
| – virus | ـ حموي ( بالحمة الراشحة ) |
| papillomatose confluente et réticulée | الورام الحليمي المتلاقي والشبكي |
| papillomatosis | الورام الحليمي |

| English | Arabic |
|---|---|
| – confluens et reticularis | ـ المتلاقي والشبكي |
| – cutis carcinoides | ـ الجلدي السرطاوي |
| – florid oral | ـ الزهري الفموي |
| – mucosae carcinoides | ـ المخاطي السرطاوي |
| – reticulated confluent | ـ الشبكي المتلاقي |
| Papillon – Lefeèvre syndrome | متلازمة بابيلون ـ لوفيفر |
| papular | حطاطي |
| – acantholysis | ـ انحلال الأشواك |
| – acantholytic dermatosis | ـ الجلاد منحل الأشواك |
| – dermatitis (see papular dermatitis) | ـ التهاب الجلد ( انظر التهاب الجلد الحطاطي ) |
| – mucinosis | ـ الداء الموسيني |
| – syphilid/syphilis | ـ الطفحة الإفرنجية / الإفرنجي |
| – urticaria | ـ الشرىٰ |
| – xanthoma | ـ الصفروم |
| papular dermatitis | التهاب الجلد الحطاطي |
| – children | ـ في الأطفال |
| – juvenile | ـ الفتوي |
| – pregnancy | ـ في الحمل |
| papules | الحطاطات |
| – mucinous | ـ المخاطينية / الموسينية |
| – pruritic urticarial, pregnancy | ـ الشروية الحاكة في الحمل |
| papulonecrotic tuberculid | الطفحة الدرنية الحطاطية النخرية |
| papulosis | الحطاط |
| – bowenoid | ـ البوفناني |
| – bowenoid genital | ـ البوفناني التناسلي |
| – lymphomatoid | ـ اللمفاني / اللمفوماني |
| – maligna atrophicans/malig – nant atrophic | ـ الضموري الخبيث |
| papulosquamous syphilid | الطفحة الإفرنجية الحطاطية الوسفية |
| paraaminobenzoic acid | حمض بارا أمينو بنزوئيك |
| paraamyloidosis | الداء نظير النشواني |
| parablast leukemia | ابيضاض الدم نظير الأرومي |
| *Paracoccidioides* | *نظير الكرواني* |
| paracoccidioidomy – cosis | الفطار نظير الكرواني |
| paraffin(s) | برافين ( ج : برافينات ) |
| – panniculitis | ـ التهاب السبلة الشحمية |
| paragonorrheal disease | الداء المواكب للسيلان |
| parakératose infectieuse | خطل التقرن الخمجي |
| – parakeratosis | ـ خطل التقرن |
| – centrifugata atrophicans | ـ النابذ الضموري |
| – Mibelli | ـ لميبيلي |
| – variegata | ـ المتغير |
| paraneoplastic syndromes | المتلازمات المواكبة للأورام |
| parangi | اسم يطلق على اليوز في جزيرة سيلان |
| paranoid syndrome, psychopharmaceutic agents | المتلازمة الزورانية ، العوامل الدوائية النفسية |
| paraphimosis | جُلاَع |
| paraproteins | نظائر البروتينات / البارابروتينات |
| parapsoriasis | نظير الصداف |
| – atrophic | ـ الضموري |
| – digitifomis | ـ أصبعي الشكل |
| – en gouttes | ـ النقطي |
| – en grandes plaques poikilodermiques | ـ كبير اللويحات المبكل |
| – group | ـ زمرة |
| – guttata | ـ النقطي |
| – lichenoides | ـ الحزازاني |
| parapsoriasis en plaques | نظير الصداف اللويحي |
| – benign small plaque type | ـ النمط صغير اللويحات الحميد |
| – small focus type | ـ نمط البؤر الصغيرة |

| English | Arabic |
|---|---|
| – large focal poikilodermatous type | – نمط البؤر الكبيرة مبكلة الجلد |
| – large plaque inflammatory type | – نمط كبير اللويحات الالتهابية |
| – large plaque poikilodermatous type | – نمط كبير اللويحات مبكلة الجلد |
| – premalignant form | – شكل طليعة ( مقدمة ) الخباثة |
| parasiticides | مبيدات الطفيليات |
| parasitosis | داء الطفيليات |
| paravaccinial nodule | عقيدة حول اللقاح |
| parenchymatous organs, tertiary syphilis | الأعضاء المتنية ، الإفرنجي الثالثي |
| paresis, general | خزل ، معمم |
| Parker's ink | حبر باركر |
| paronychia | داحس |
| – candidomycetica | – بالمبيضات |
| paronychial psoriasis | صداف داحسي ( حول الأظفار ) |
| paronychial warts | ثآليل داحسية ( حول الأظفار ) |
| paroxysmal finger hematoma | دميوم ( ورم دموي ) انتيابي على الأصابع |
| paroxysmal hematoma of the hand | دميوم ( ورم دموي ) انتيابي على اليد |
| Parrot's disease | داء بارو |
| Parrot's grooves | ميزابات بارو |
| parru | من أسماء اليوز |
| Parry – Romberg hemiatrophy | الضمور الشقي لباري – رومبيرغ |
| partial albinism | مهق جزئي |
| partial lipoatrophy | ضمور شحمي جزئي |
| particle accelerators | مسرعات جسيمية |
| Pasini's syndrome | متلازمة باسيني |
| pastes | مَعَاجين ( ج : مَعْجُون ) |
| – standard | – معيار |

| English | Arabic |
|---|---|
| *Pasteurella multocida infection* | خمج بالباستوريلا مولتوسيدا |
| *patch test* | الإختبارات البقعية |
| *patchy seborrheic eczema* | إكزيمة مثية بقعية |
| *Paul's test* | اختبار بول |
| *Pautrier – Woringer's disease* | داء بوتريه – فورينجيه |
| *Payr's pressure point* | نقطة الضغط لبير |
| *pearly penile papules* | الحطاطات اللؤلؤية على القضيب |
| *peau citréine* | جلد ليموني ، جلد أصفر |
| *pediculosis* | قمال |
| *– capitis* | – الرأس |
| *– corporis seu vestimentorum* | – الجسد أو الثياب |
| *– pubis* | – العانة |
| *Pediculus humanus* | قمل إنساني |
| pelade, alopecia circumscripta | حاصة ( ثعلبة ) ، حاصة محددة / محوطة |
| peliosis rheumatica | فرفرية رثوية |
| pellagra | البلغرة / البلاغرا |
| – dermatitis | – التهاب الجلد |
| – preventive factor (vitamin B3, nicotinamide) | – عامل واقي ( فيتامين ب٣ النيكوتيناميد ) |
| pellegra – cerebellar ataxiarenal aminoaciduria syndrome | متلازمة البلغرة – الرنح المخيخي – بيلة الحموض الأمينية الكلوية |
| pemphigoid | الفقاعاني |
| – benign mucosal | – المخاطي الحميد |
| – bullous | – الفقاعي |
| – bullous, nail changes | – الفقاعي ، التبدلات الظفرية |
| – cicatrical | – الندبي |
| – diseases | – أدواء ، أمراض |
| – dyshidrosiform | – من شكل خلل التعرق |
| – gestationis | – الحملي |

| English | Arabic |
|---|---|
| – juvenile | – الفتوي |
| – scarring | – الندبي |
| – seborrheic | – المثي |
| – vegetans | – التنبتي |
| pemphigus | الفقاع |
| – acutus neonatorum | – الحاد عند الولدان |
| – antibodies | – أضداد |
| – benign familial chronic | – المزمن الحميد العائلي |
| – Brazilian | – البرازيلي |
| – bullous pemphigoid, coexistence | – الفقاعاني الفقاعي ، ترافقهما |
| – chronicus benignus familiaris | – المزمن الحميد العائلي |
| – diseases | – أمراض |
| – erythematosus | – الحمامي |
| – foliaceus | – الورقي |
| – gravidarum | – الحملي |
| – herpetiformis | – الحلئي الشكل |
| – resmbling erythema annulare | – الشبيه بالحمامى الحلقية |
| – resempling intertrigo | – الشبيه بالمذح |
| – seborrheicus | – المثي |
| – vegetans (see pemphigus vegetans) | – التنبتي ( انظر الفقاع التنبتي ) |
| – vulgaris (see permphigus vulgaris) | – الشائع ( انظر الفقاع الشائع ) |
| pemphigus vegetans | الفقاع التنبتي |
| – Hallopeau type | – نمط هالوبو |
| – Neumann type | – نمط نيومان |
| pemphigus vulgaris | الفقاع الشائع |
| – differential diagnosis | – التشخيص التفريقي |
| – nail changes | – التبدلات الظفرية |
| – Nikolski's phenomenon | – ظاهرة نيكولسكي |
| – Tzanck cells | – خلايا تزانك |
| penetration | نفاذ ، اختراق |
| penicillins | البنسلينات |
| penile induration | جسوء القضيب |

| English | Arabic |
|---|---|
| penis | القضيب |
| – carcinoma | – سرطانة |
| – carcinoma in situ | – سرطانة لابدة ( موضعة ) |
| – connective tissue disease | – مرض النسيج الضام |
| – cord – shaped superficial | – التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل |
| – gangrenous inflammation | – موات التهابي |
| – glans | – حشفة |
| – hirsuties papillaris | – زبب حليمي |
| – kraurosis | – لطع |
| – lymphangiectasis | – توسع الأوعية اللمفية |
| – lymphangiectasis, transient | – توسع الأوعية اللمفية ، العابر |
| – nonvenereal sclerosing lymphangitis | – التهاب الأوعية اللمفية المصلب اللازهري |
| – papilloma, hirsutoid | – حليموم ، مشعر |
| – papules, pigmented | – حطاطات ، مصطبغة |
| – plastic induration | – جسوء رأبي |
| Penjedeh sore | قرحة بن جيديه |
| perforating elastoma | المرنوم الثاقب |
| perforating ulceration | التقرح الثاقب |
| perianal abscesses | خراجات حول الشرج |
| perianal thrombosis | خثار حول الشرج |
| periarteritis nodosa | التهاب ما حول الشريان العقيدي |
| peribuccal pigmentation | تصبغ حول الفم |
| pericollagenous amyloidoses/amyl – oidosis | الداء النشواني حول الكولاجين / الداء النشواني |
| peridigital dermatosis | الجلاد حول الأصبع |
| peridigital eczema in children | إكزيمة حول الأصبع في الأطفال |
| perfollicular fibromatosis | الورام الليفي حول الجريبي |
| cutis with colon polyps | الجلدي مع سليلات قولونية |

| English | Arabic |
|---|---|
| **perifolliculitis** | التهاب حول الجريبات |
| **– capitis abscendens et suffodiens** | ـ الرأسي المشكل للخراجات والمحتفر |
| **perineval vitiligo** | بهق حول الوحمة |
| **periocular hyperpigmentation** | فرط التصبغ حول العين |
| **perodontitis** | التهاب ما حول السن |
| **perioophoritis, gonorrheal** | التهاب ما حول المبيض ، السيلاني |
| **perioral** | حول الفم |
| **– dermatitis** | ـ التهاب الجلد |
| **– ecaema, children** | ـ إكزيمة ، الأطفال |
| **– eczema, infants** | ـ إكزيمة ، الرضع |
| **periorbital syringoma** | غدوم / ورم غدي / حول الحجاج |
| **periorificial lentiginosis** | داء الشامات حول الفوهات |
| **periphlebitis** | التهاب محيط الوريد |
| **– of the chest wall, sclerosing** | ـ على جدار الصدر ، المتصلب |
| **perireticular amyloidoses** | الداء النشواني حول الشبكي |
| **peritonitis** | التهاب الصفاق |
| **perlèche** | صماغ |
| **permeation** | توغل |
| **pernio follicularis** | شرث جريبي |
| **perniones/perniosis** | شرث |
| **– special forms** | ـ أشكال خاصة |
| **peromelia** | تشوه الأطراف |
| **persistent** | دائم ، مستمر |
| **– acne nodules** | ـ عد عقيدي |
| **– facial erythema** | ـ حمامى وجهية |
| **– light reaction** | ـ تفاعل ضوئي |
| **– papular acantholytic dermatosis** | ـ جلاد حطاطي منحل الأشواك |
| **Perthes' test** | اختبار بيرث |
| **pest** | طاعون |
| **pestilentia** | وباء ، جائحة |
| **petechiae** | حبر |

| English | Arabic |
|---|---|
| ***Petriellidium*** | *من أنواع الفطور المسببة للقدم المادورية* |
| **petrolatum (Vaseline)** | وَذَلين ( فازلين ) |
| **Peutz – Jeghers syndrome** | متلازمة بوتز ـ جيكرز |
| **Peyroni's disease** | داء بيروني |
| **Pfaundler – Hurler disease** | داء بفوندلر ـ هورلر |
| **Pfaundler – Hurler, mucopolysacchari – doses** | بفوندلر ـ هورلر ، داء عديدات السكريد المخاطية |
| **Pfeifer – Weber – Christian syndrome** | متلازمة بفيفر ـ ويبر ـ كريستيان |
| **PerWer's glandular fever** | الحمى الغدية لبفيفر |
| **PGU (postgonococcal urethritis)** | التهاب الإحليل عقب البنيات |
| ***Phaeoannellomyces (Exophiala)*** | *الفطر المسبب للسعفة السوداء* |
| **phagedena (phagedenic ulcer)** | قرحة آكلة ( القرحة الآكلة ) |
| **phagedenic ulcer (phagedena)** | القرحة الآكلة |
| **phakomatosis, fifth** | الداء العدسي ، الخامس |
| **pharmacology, dermatopharmaco – logy** | علم الأدوية ، علم الأدوية ( الدوائيات ) الجلدية |
| **pharyngitis** | التهاب البلعوم |
| **– syphilitic** | ـ الإفرنجي |
| **– ulcerative** | ـ التقرحي |
| **– vesicularis** | ـ الحويصلي |
| **– phenol(s)** | ـ فينول ( فينولات ) |
| **– ether** | ـ بالإيتر |
| **phenotypic psoriasis** | الصداف من النمط الظاهري |
| **phenylalanine – tyro – sine metabolism** | استقلاب الفينل آلانين ـ التيروزين |
| **phenylketonuria** | بيلة الفينيل كيتون |
| **phenylmercuric borate** | بورات فينيل الزئبق |

| | |
|---|---|
| phenylpyruvic acid oligophrenia | تخلف عقلي بحمض الفينيل بيروفيك |
| pheomelanin | ملانين قاتم/ فيوملانين |
| pheromones | الفيرومونات |
| phialophora | فيالوفوريا ( نوع من الفطور غير التامة ) |
| phimoses/phimosis | تضيق القلفة |
| – acquired | ـ المكتسب |
| – congenital | ـ الولادي |
| – physiological | ـ الفيزيولوجي |
| phlebite en cordon de la paroi throracique | التهاب الوريد الحبلي على جدار الصدر |
| phlebite en fil de fer | التهاب الوريد الشبيه بقضيب الحديد |
| phlebitis | التهاب الوريد |
| – cord – like superficial | ـ السطحي الحبلي |
| – coronal sulcus | ـ التلم الاكليلي |
| – of the penis, cord – shaped superficial | ـ على القضيب الحبلي الشكل السطحي |
| – saltans | ـ المتنقل ، الهاجر |
| phlebocalcinosis | كلاس وريدي |
| phlebography | تخطيط الوريد |
| phlebothrombosis | خثار وريدي |
| phlegmon | فلمغمون |
| – indurated | ـ جاسيء |
| pseudophlegmon | ـ فلغمون كاذب |
| – Woody | ـ خشبي |
| phorphyria(s) | البرفيرية ( ج : الرفيريات ) |
| – acuta intermittens | ـ المتقطعة الحادة |
| – hepatica acuta | ـ الكبدية الحادة |
| – variegata | ـ المتغيرة |
| – photoallergic | أرجي ضوئي |
| – dermatoses | ـ جلاد |
| – reaction | ـ تفاعل |
| – reaction, clinical characteristics | ـ تفاعل ، المميزات السريرية |
| – urticaria | ـ الشرى |
| photoallergies | المؤرجات الضوئية |
| – classification – | ـ التصنيف |
| – hematogenous, systemic | ـ المكونة للدم ، المجموعية |
| – photosensitizer | ـ المحسس الضوئي |
| – unknown sensitizers | ـ المحسسات غير المعروفة |
| photoaugmentation | ازدياد ضوئي |
| photochemotherapy | المعالجة الكيائية الضوئية |
| photocontact allergy | الأرج التماسي الضوئي |
| photodermatoses/ photodermatosis | الجلاد الضوئي |
| – classification | ـ التصنيف |
| – minimal test dose | ـ جرعة الاختبار الصغرى |
| – photopatch test | ـ الاختبارات البقعية الضوئية |
| phototest | ـ الاختبارات الضوئية |
| – physical factors | ـ العوامل الفيزيائية |
| – skin reaction | ـ تفاعل الجلد |
| – skin types | ـ أنماط الجلد |
| – UVA doses | ـ جرعات الأشعة فوق البنفسجية |
| photodiagnostic procedures | اجراءات التشخيص الضوئي |
| photoreactions, substances | التفاعلات الضوئية ، المواد |
| photoreactivation | التنشيط الضوئي |
| photosensitizers | المحسسات الضوئية |
| photosensitizing substances | المواد المحسسة للضياء |
| phototesting, equipment | الإختبارات الضوئية : أجهزة |
| phototherapy | المعاجلة الضوئية |
| – psoriasis | ـ الصداف |
| phototoxic | سمي ضوئي |
| – dermatitis | ـ التهاب الجلد |
| – reactions | ـ تفاعلات |
| – reactions, clinical characteristics | ـ تفاعلات ، الصفات السريرية |
| phototoxic substances | المواد السمية الضوئية |

| | |
|---|---|
| – imitation of a clinical syndrome | – تقليد المتلازمة السريرية |
| phrynoderma | الضفدعية ، نقص الفيتامين أ |
| phthiriasis | قمال |
| phthirus pubis | قمل العانة |
| phyma | فيمة |
| physical examination | الفحص الفيزيائي |
| physical treatment | المعالجة الفيزيائية |
| physical urticaria (see also uricaria) | شرى فيزيائي ( انظر الشرى أيضاً ) |
| phytanic acid thesaurismosis | داء اختزان ( كناز ) الحمض الفيتاني |
| phytophotodermatitis | التهاب جلد ضوئي نباتي |
| pian | الداء العليقي ، اليوز |
| pian bios | اليوز الحرجي |
| | ( من مرادفات داء الليشمانيات الأمريكي ) |
| piebaldism | رقطة ، نصوع جزئي |
| piezogenic nodules | عقيدات محدثة بالضغط |
| piezogenic pedal papules, painful | الحطاطات القدمية المحدثة بالضغط ، المؤلمة |
| piedraia | البصرة |
| pigment | صباغ |
| – bile | – الصفراء |
| – cell nevi | – الوحمات الخلوية |
| – changes, nails | – التبدلات ، الأظفار |
| – darkening | – التقتيم |
| – darkening, immediate (IPD) | – التقتيم ، العاجل ( المباشر ) |
| – dermatosis, small spotted | – جلاد ، صغير البقع |
| – nevus, giant | – وحمة ، عرطلة |
| – spot polyposis | – داء السيلات البقعي |
| pigmentario maculosa eruptiva idiopathica | التصبغ البقعي الطفحي الغامض |
| pigmentatio maculosa acquisita | التصبغ البقعي المكتسب |
| pigmentation | انصباغ ، تصبغ |
| circumscribed hyperpigmentation | فرط التصبغ المحدد |
| – delayed | – آجل |

| | |
|---|---|
| – depigmentation | – زوال الصباغ |
| – direct | – مباشر |
| – hyperpigmentation | – فرط التصبغ |
| – hyperpigmentation, mechanical | – فرط التصبغ ، الآلي |
| – hypopigmentation | – نقص الانصباغ/ نقص التصبغ |
| – immediate | – فوري ، عاجل |
| – indirect | – لا مباشر |
| – late | – متأخر |
| – lentigines hyperpigmentation | – الشامات مفرطة التصبغ |
| – melanin | الملانين |
| – nevus – spilus – like hyperpigmentation | – فرط التصبغ المشبه بالوحمة البقعية |
| – peribuccal | – حول الفم |
| – periocular hyperpigmentation | – فرط التصبغ حول العين |
| pigmented | مصطبغ |
| – actinic keratosis | – التقران الضيائي |
| – basal cell carinoma | – سرطانة الخلية القاعدية |
| – basaloma | – ورم أو سرطان الخلية القاعدية |
| – hairy epidermal nevus | – الوحمة البشروية المشعرة |
| – nevocytic nevus | – وحمة الخلايا الوحمية |
| – penis papules | – الحطاطات على القضيب |
| pigmenti, incontinentia | الصباغ ، سلس |
| pigmenting drugs | أدوية مصبغة |
| pilar sheath acanthoma | شوكوم الصفيحة الشعرية |
| piles | بواسير |
| pili | أشعار |
| – annulati | – حلقية |
| – incarnati | – ناشبة |
| – recurvati | – متقوسة |
| – torti | – ملتوية |
| – torti with copper deficiency | – ملتوية في عوز النحاس |

| English | العربية |
|---|---|
| pilomatricoma | ورم أم الشعرة |
| – eruptive, multifocal | ـ الطفحي ، عديد البؤر |
| pilonidal cyst | كيسة عش شعري |
| pilonidal sinus | جيب عش شعري |
| pilotrixoma | ورم أم الشعرة |
| pincer nail syndrome | متلازمة الظفر الملقطي أو الكماشي |
| pink disease | الداء الوردي |
| pinta | بنتا |
| pinworm infection | خمج الحرقوص ( الاقصورة الدويدية ) |
| pitch acne | عد |
| pitted keratolysis | انحلال الطبقة المتقرنة الوهدي ( المنقر ) |
| pityriasiform seborrheid | نخالية الشكل المثّانية ( من مثي ) |
| pityriasis | نخالية |
| – elbows and knees, summertime | ـ على المرفقين والركبتين ، في الصيف |
| – folliculorum | ـ جريبية |
| – lichenoides (see pityriasis lichenoides) | ـ حزازانية ( انظر النخالية الحزازانية ) |
| – rosea | ـ وردية |
| – rubra pilaris | ـ حمراء شعرية |
| – rubra pilairis, nail changes | ـ حمراء شعرية ، تبدلات الأظفار |
| – simplex (see pityriasis simplex) | ـ بسيطة ( انظر النخالية البسيطة ) |
| – versicolor | ـ مبرقشة |
| pityriasis lichenoides | النخاليةالحزازانية |
| – chronica | ـ المزمنة |
| – et varioliformis acuta | ـ والحماقية الشكل الحادة |
| (PLEVA) | ( اختصار نخالية حزازانية وحماقية حادة ) |
| – subacuta | ـ تحت الحادة |
| pityriasis simplex | النخالية البسيطة |
| – capillitii (dandruff) | ـ أشعار الفروة ( هِبْرية ) |
| – faciei | ـ على الوجه |

| English | العربية |
|---|---|
| pityrosporum | الوبيغاء |
| – folliculitis | ـ التهاب الجريبات |
| – P. furfur | ـ النخالية الدقيقة |
| – P. ovale | ـ البيضاوية |
| – P. orbicularis | ـ الدويرية |
| plague | الطاعون |
| plane | المسطح/ المنبسط |
| – warts | ـ الثآليل |
| – xanthoma, diffuse | ـ الصفروم ، المنتشر |
| – xanthomatosis, normolipemic | ـ الورام الأصفر ، سوي الشحوم |
| plant oils | زيوت نباتية |
| plant, contact allergens | نباتات ، مستآرجات تماسية |
| plantar | أخمصي |
| – dermatosis, juvenile | ـ جلاد ، فتوي |
| – erythema | ـ حمامى |
| – erythema, symptomatic | ـ حمامى / عرضية |
| – fibromatosis | ـ ورام ليفي/ ليياف |
| – keratoses | ـ تقرانات |
| – pitting | ـ وهدة |
| – warts | ـ ثآليل |
| plaque – like mucinosis | الداء الموسيني المشبه باللويحات |
| plaque – type cutaneous mucinosis | الداء الموسيني الجلدي من النمط اللويحي |
| plaques | اللويحات |
| – benign | ـ الحميدة |
| – migrating | ـ المهاجرة |
| – pruritic urticarial, pregnancy | ـ الشروية الحاكة ، الحملية |
| – transistory | ـ العابر |
| plasmacytic lymphoma | لمفوم الخلية المصورية |
| plasmacytoma | ورم المصوريات |
| plasmoacanthoma | شوكوم مصوري الخلايا |
| – Bence Jones | ـ بنس جونس |
| plasters | شرائط ( م . شريط ) |
| – bandage | ـ عِصَابَة |
| – lead | ـ رَصاص |

| | |
|---|---|
| plastic induration of the penis | جسوء القضيب الرأبي |
| platelet | صفيحة ( ج . صفيحات ) |
| – defects | – عيوب |
| – destruction, accelerated | – تخرب ، متسارع |
| – disorders | – اضطرابات |
| – function, acquired disorders | – وظيفة ، اضطرابات مكتسبة |
| platyhelminthes (flatworms) | الديدان المسطحة |
| platyonychia | ظفر صفيحي |
| plaut – Vincent angina | ذباح – بلو فنسات |
| plaut – vincent stomatitis | التهاب الفم لبلوفنسات |
| PLEVA (pityriasis lichenoides et varioliforms acuta) | النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة |
| plicated tongue | اللسان المتشقق |
| plumber's itch | حكة الرصاص |
| plummer – Vinson syndrome | متلازمة بلومر – فينسون |
| pluripotential immunoproliferative syndrome, chronic | متلازمة التكاثر المناعي متعددة القدرات ، المزمن |
| PMLE (polymorphic light eruption) | الطفح الضوئي عديد الأشكال |
| pneumocystic pneumonia | ذات رئة بالمتكيسات الرئوية |
| pneumocystis carinii | المتكيسات الرئوية لكاريني |
| podagra | نقرس القدم |
| podophyllin | بودوفيللين |
| podophyllin tincture | صبغة البودوفيللين |
| podopompholyx | داء الفقعان ( أكزيمة خلل التعرق القدمي ) |
| poikiloderma | تبكل الجلد |
| – With blisters, congenital | – مع نفاطات ، ولادي |
| – congenitalis | – الولادي |
| – of Civatte | – لسيفات |
| – vascularis atrophicans | – الوعائي الضموري |
| – with warty hyperkeratosis, congenital | – مع فرط تقرن ثؤلولي ، ولادي |
| poikilodermatomyositis | التهاب الجلد والعضل المبكل |
| poikilodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou | تبكل الجلد الشبكي المصطبغ على الوجه والعنق |
| pison gas | غاز سام |
| poliosis | شياب / شيب باكر |
| – circumscripta | – المحدد |
| pollen allergy | أرج الطلع |
| pollinosis | طلاع |
| polyarteritis nodosa | التهاب الشرايين العقد |
| – cutaneous | – الجلدي |
| – cutaneous benign | – الجلدي الحميد |
| polychondritis | التهاب الغضروف العديد |
| – atrophic, chronic | – الضموري ، المزمن |
| – relapsing | – الناكس |
| – relapsing, chronic | – الناكس ، المزمن |
| polyclonal cryoglobulinemia | الغلوبولين القري الدموي عديد النسائل |
| polyclonal gammopathy/ gammopathies | اعتلال غلوبليني عديد النسائل |
| polydysplasia ectoderma, | ثدن الأديم الظاهر العديد |
| type Cole – Rau – schkolb – Toomey | كول – روشكولب تومي |
| polyfibromatoses | الورام الليفي العديد |
| polykeratosis congenita | التقران العديد الولادي |
| polymorphic eruption of pregnancy | الطفح عديد الأشكال الحملي |
| polymorphic/polym – orphus light eruption (PMLE) | الطفح الضوئي عديد الأشكال |

| English | Arabic |
|---|---|
| – polymorphism, metachronic | ـ متعدد الأشكال ، متبدل اللون |
| polymorphous reticulosis | الشباك عديد الأشكال |
| polymyositis | التهاب العضلات |
| polymyxin | بوليمكسين |
| polythelia | تعدد الحلمات |
| polyvalent contact allergy | أرج تماسي عديد التكافؤ |
| pomade acne | عد المرهم |
| pomade crust, inguinal, infants | جلبة المرهم ، الأربي ، عند الأطفال |
| Pompes's disease | داء بومبي |
| pore, dilated | مسم ( ج : مَسام ) ، متوسع |
| porokeratosis | التقران المسامي |
| – disseminata | ـ المنتثر |
| – excentrica | ـ خارج المركزي |
| – linearis | ـ الخطي |
| – of Mibelli | ـ لميبيلي |
| – palmaris | ـ الراحي |
| – plantaris | ـ الأخمصي |
| – punctata | ـ النقطي |
| – striata | ـ المخطط |
| – superficialis disseminata | ـ السطحي المنتثر |
| actinica | السفعي |
| poroma, eccrine | ورم مسامي ( مساموم ) ، ناتح |
| porphyria(s) | البرفيرية ( ج : البرفيريات ) |
| – acute intermittent (AIP) | ـ الحادة المتقطعة |
| – bullosa congenita tarda | ـ الفقاعية الولادية المتأخرة |
| – chronic syndrome | ـ متلازمة مزمنة |
| – classification | ـ تصنيف |
| – congenital | ـ ولادي |
| – coproporphyria, hereditary | ـ كوبروبرفيرية ، وراثية |
| – cutanea tarda | ـ جلدية متآخرة |
| porphyria(s) | برفيرية ( ج : برفيريات ) |
| – erythropoietic | ـ مكونة الدم |
| – erythropoietic, congenital (CEP) | ـ مكونة الدم ، ولادية |
| – hepatic | ـ كبدية |
| – hepatic, mixed | ـ كبدية ، مختلطة |
| – hepatica chronica | ـ كبدية مزمنة |
| – hepatoerythrocytaria | ـ كبدية دموية ( من منشأ الكريات الحمر ) |
| – hepatoerythropoietic (HEP) | ـ كبدية مكونة الحمر ( ك م حـ ) |
| – hereditary coproporhyria (HCP) | ـ كوبروبرفيرية وراثية |
| – South African genetic | ـ جنوب إفريقيا الوراثية |
| – variegate (VP) | ـ متغيرة |
| porphyrin | برفيرين |
| – dermatosis, actinic – traumatic bullous | ـ جلاد ، فقاعي رضحي سفعي |
| port wine stain | الصباغ الخمري |
| post – kala – azar dermal leishmaniasis/ leishmanoid | داء الليشمانيات / الجلدي عقب كالا ـ آزار / الليشمانياني |
| post – zoster reaction | تفاعل عقب المنطقة |
| postgonococcal urethritis (PGU) | التهاب الإحليل عقب البنيات |
| postgonorrheal catarrh | نزلة عقب السيلان |
| postherpetic erythema multiforme | حمامى عديدة الأشكال عقب الحلأ |
| posthitis | التهاب القلفة |
| postinflammatory residual scarring | تندب ثمالي عقب الالتهاب |
| postmastectomy lymphangiosarcoma | الغرن الوعائي اللمفي بعد استئصال الثدي |
| postmortem tubercle | درنة بعد الموت |
| postoperative progressive gangrene of the skin | موات الجلد المترقي بعد الجراحة |

| English | العربية |
|---|---|
| postreplication repair | ترميم عقب التنسخ |
| postscabietic persistent papules | الحطاطات المستمرة عقب الجرب |
| postscabietic pruritus | حكة عقب الجرب |
| poststeroid panniculitis | التهاب السبلة الشحمية عقب الستيروئيدات |
| potassium bichromate | البوتاسيوم ثنائي الكروم |
| potassium permanganate | برمنغات البوتاسيوم |
| povidone iodine | بوفيدون يودي |
| powders | مساحيق ( م : مسحوق ) زرورات ( م : ذرور ) |
| – compact | ـ مكتنزة |
| – dusting | ـ غبارية |
| – liquid mixtures | ـ من مزيج مائع |
| – mineral | ـ معدنية |
| pox | جدري |
| – cowpox virus | ـ حمة الوقس ( جدري البقر ) |
| – falsepox | ـ جدري كاذب |
| – kaffir | ـ كفيري ( نسبة إلىٰ منطقة في جنوب افريقيا ) |
| – milker's | ـ الحلابين |
| – monkeypox | ـ جدري القردة |
| – virus | ـ حمة |
| – virus bovis | ـ حمة بقرية |
| – whitepox | ـ جدري ابيض |
| poxvirus officinalis (vaccinia virus) | حمة الجدري المخزني ( حمة الوقس ) |
| Prader – Willi syndrome | متلازمة برادر ـ ويلي |
| praecancerosa, melanosis circumscripta | قبيل السرطان ، الملان المحدد |
| Prausntiz – Kustner reaction | تفاعل براوسنيتز ـ كوستينز |
| pre – beta – lipoproteins | طليعة البروتينات الشحمية بيتا |

| English | العربية |
|---|---|
| precanceroses | مقدمة السرطان ، محتمل التسرطن |
| – facultative | ـ الاختياري |
| – obligate | ـ الإجباري |
| – melanotic | ـ الملاني |
| pregnancy | الحمل |
| – autoimmune progesterone dermatitis | ـ التهاب الجلد البروجستروني المناعي الذاتي |
| – dermatosis | ـ جلاد |
| – erythema nodosum | ـ حمامىٰ عقدة |
| – marks | ـ سومات ( م : سومة ) / علامات |
| – papuar dermatitis | ـ التهاب الجلد الحطاطي |
| – polymorphic eruption | ـ طفح عديد الأشكال |
| – pruritic urticarial papules and plaques | ـ اللويحات والحطاطات الشروية الحاكة |
| – pruritus | ـ حاكة |
| – skin disorders, nonspecific | ـ اضطرابات الجلد ، اللانوعية |
| – skin disorders, specific | ـ اضطرابات الجلد ، النوعية |
| – striae | ـ خطوط / فزر |
| – syphilis | ـ الإفرنجي |
| – toxemic rash | ـ طفح سممدمي |
| premalignant fibroepithelial tumor | الورم الظهاري الليفي السابق للخباثة |
| premelanosmes | طليعة الجسيات الملانية ، / طليعة الملانوزومات |
| permenstrual acne | عد سابق للحيض |
| prepuce | قلفة |
| perputial | قلفي |
| – ring | ـ حلقة |
| – space | ـ حيز ، فضاء |
| – space diseases | ـ أمراض الفضاء |
| pressure alopecia, infantile | الحاصة الانضغاطية ، الطفلية |
| pressure urticaria | شرىٰ بالضغط |

| | |
|---|---|
| pretibial myxedema | وذمة مخاطية أمام الظنبوب |
| prickle layer (stratum spinosum) | طبقة الخلايا الشائكة ( الطبقة المشوكة ) |
| prickly heat | حصف الحر |
| primary | بدئي |
| – herpes simplex | ـ حلأ بسيط |
| – nodular melanoma | ـ ملانوم عقيدي |
| – small cell carcinoma | ـ سرطانة الخلايا الصغيرة |
| – syphilis | ـ إفرنجي |
| – tuberculous complex | ـ معقد سلي ( درني ) |
| Pringle's disease | داء برينغل |
| PRIST (paper radioimmunosorbent test) | ( ا ا ش م و ) اختبار الامتصاص الشعاعي المناعي الورقي |
| proctology | مبحث المستقيم |
| proctoscopy | تنظير المستقيم |
| production defect | عيب الانتاج |
| profound scarring folliculitis | التهاب جريبات ندبي عميق |
| progeria | شُياخ |
| – adultorum | ـ كهلي |
| – infantilis | ـ عند الولدان |
| progressive | مترقي |
| – locomotor ataxia | ـ رنح تحركي |
| – pigmentary dermatosis | ـ جلاد صباغي |
| – pigmented purpura | ـ فرفرية مصطبغة |
| – sclroderma | ـ تصلب الجلد |
| progressive systemic scleroderma (PSS) | تصلب الجلد المجموعي المترقي |
| – antinuclear antibodies | ـ أضداد مضادة للنوى |
| proliferating | تكاثري |
| – endotheliosis | ـ داء بطاني |
| – trichilemmal cyst | ـ كيسة غمد الشعرة الخارجي |
| – trichilemmal tumor | ـ ورم غمد الشعرة الخارجي |
| proliferation hyperkeratosis | فرط التقرن التكاثري |
| propionibacteria | الجراثيم البروبيونية |
| propionic acidemia | حمضة الدم البروبيونية |
| prostatitis, gonorrheal | التهاب الموثة ، السيلاني |
| proteinosis, lipoid | الداء البروتيني ، الشحماني |
| – with photosensitivity | ـ مع حساسية ضوئية |
| protocoproporphyria, hereditary | بروتوكوبروبرفيرية ، الوراثية |
| protoporphyria(s), erythropoietic/ erythropoietica (EPP) | البروتوبرفيرية ( ج : البروتوبرفيريات ) ، المكونة للحمر |
| protoporphyrinemic light dermatosis | جلاد ضوئي بوجود البروتوبرفيرين في الدم |
| *Prototheca* | بروتوتيكية ( أشنة ) |
| protothecosis | داء البروتوتيكية |
| protozoa | حيوانات أوالي |
| protuberance (tuber) | ناشزة ، حدبة |
| prurigo | حكاك / أكال |
| – aestivalis | ـ صيفي |
| – chronic | ـ مزمن |
| – clinical morphology | ـ الشكلياء السريرية |
| – diabetica | ـ سكري |
| – dysmenorrheica | ـ عسرة طمث |
| – gestationis | ـ حملي |
| – hepatica | ـ كبدي |
| – lymphatica | ـ لمفي |
| – lymphogranuloma – totica | ـ حبيبومي لمفي |
| – nodularis Hyde | ـ عقيدي لهايدي |
| – of childhood, acute | ـ الطفولة ، الحاد |
| – simplex (see prurigo simplex) | ـ بسيط ( انظر الحكاك البسيط ) |
| – subacute | ـ تحت حاد |
| prurigo simplex | حكاك بسيط |
| – acuta et subacuta adultorum | ـ حاد وتحت حاد كهلي |
| – acuta infantum | ـ الحاد الوليدي |
| – chronica | ـ المزمن |
| – subacuta | ـ تحت الحاد |

| | |
|---|---|
| pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy | اللويحات والحطاطات الشروية الحاكة الحملية |
| pruritus | حكة |
| – cum mareria | ـ حكة مرافقة لأمراض جلدية |
| – cutaneous simplex | ـ جلدية بسيطة |
| – drug eruptions | ـ الطفوح الدوائية |
| – gravidarum | ـ حملية |
| – postscabietic | ـ عقب الجرب |
| – in pregnancy | ـ في الحمل |
| – simplex | ـ بسيطة |
| – sine materia | ـ حكة بدون مرض جلدي |
| – systemic causes | ـ الأسباب المجموعية |
| – systemic treatment | ـ المعالجة الجهازية |
| – without skin diseases | ـ دون ترافقها بأمراض جلدية |
| pseudoacanthosis nigricans | شواك أسود كاذب |
| pseudo – ainhum syndrome | متلازمة الأينوم الكاذب |
| pseudoallergic reaction | تفاعل أرجي كاذب |
| pseudoallergy | أرج كاذب |
| pseudoatrophy | ضمور كاذب |
| pseudocanceroses | سرطانات كاذبة |
| pseudocarcinomatosm molluscum | سرطاني كاذب ، مليساني |
| pseudochromhidrosis plantaris | تلون العرق الكاذب الأخمصي |
| pseudocicatrices stellaries | الندبات الكاذبة النجمية |
| pseudocysts | كيسات كاذبة |
| pseudoepitheliomatous epithelial hyperplasia | فرط التنسج الظهاري الظهاروي الكاذب |
| pseudofolliculitis barbae | التهاب الجريبات الكاذب على الذقن ( اللحية ) |
| pseudoglucagonoma syndrome | متلازمة ورم الغلوكاغون الكاذب |
| pseudogout | النقرس الكاذب |
| pseudo – Hodgkin's disease | داء هودجكين الكاذب |
| pseudohyphae | خيطان كاذبة |
| pseudo – Lesch – Nyhan syndrome | متلازمة ليش ـ نيهان الكاذبة |
| pseudoleukoderma | وضح كاذب |
| – angiospasticum | ـ بتشنج الأوعية |
| pseudolymphoma | لمفوم كاذب |
| – B – Cell | ـ خلايا ب |
| – syndrome | ـ متلازمة |
| pseudomonas | الزائفة |
| – aeruginosa folliculitis, recreationally associated | ـ التهاب الجريبات بالزائفة الزنجارية الغازية الناتج عن الاستجمام |
| – mallei | ـ الرعامية |
| – pseudomallei | ـ الرعامية الكاذبة |
| pseudomycelium | أفطورة كاذبة |
| pseudo – Parrot's creases | طيات بارو ، الكاذبة |
| pseudopelade | الثعلبة ( الحاصة ) الكاذبة |
| – state, dermatosis | ـ حالة ، جلاد |
| pseudophlegmon | فلغمون كاذب |
| pseudorubella | الحميراء ( الحصبة الألمانية ) الكاذبة |
| pseudosarcomas | أغران كاذبة |
| – Kaposi | ـ كابوزي |
| pseudosarcomatous dermatofibroma | الليفوم الجلدي الغرني الكاذب |
| pseudosclerodermas | تصلب الجلد الكاذب |
| pseudo – SLE syndrome | متلازمة ذ . ح . م الكاذبة |
| pseudothrombocyto – penia | قلة الصفيحات الكاذب |
| pseudotinea | السعفة الكاذبة |
| pseudoxanthoma elasticum | الصفروم الكاذب المرن |
| – with angioid streaks | ـ مع أتلام وعائية الشكل |
| – localized | ـ الموضع |

| English | Arabic |
|---|---|
| – nitrate – induced | ـ المحدث بالنترات |
| psittacosis | الداء الببغائي |
| psoriasis | صداف |
| – arthropathica | ـ اعتلال المفاصل |
| – capillitii | ـ الشعري |
| – climatotherapy | ـ المعالجة بالمناخ |
| – erythema annulare centifugum type | ـ نمط الحمامى الحلقية النابذة |
| – fluorinated corticositeroids | ـ الستيروئيدات المفلورة |
| – follicular/follicularis | ـ جريبي |
| – genophenotypic | ـ نمط جيني ظاهري |
| – genotypic | ـ نمط جيني |
| – geographica | ـ جغرافي |
| – guttata/guttate | ـ نقطي |
| – gyrata | ـ تلفيفي |
| – intertriginous/ intertriginosa | ـ مذحي |
| – inversa | ـ مقلوب |
| – inveterata | ـ متأصل |
| – latent | ـ كامن |
| – lesion, histological structure | ـ آفة ، البنية النسيجية |
| – manifest | ـ تظاهرة ، مظهر |
| – nail(s) changes | ـ تبدلات ظفرية |
| – nummularis | ـ نمي |
| – paronychial | ـ داحسي |
| – phenotypic | ـ نمط ظاهري |
| – phototherapy | ـ معالجة ضوئية |
| – prophylaxis | ـ اتقاء |
| – punctata | ـ نقطي |
| – pustulosa (see psoriasis pustulosa) | ـ بثري ( انظر الصداف البثري ) |
| – retinoic acid | ـ حمض الريتينوئيك |
| – retroauricular | ـ خلف الأذن |
| – scalp | ـ الفروة |
| – subclinical | ـ تحت السريري |
| – tars | ـ القطران |
| – treatment | ـ المعالجة |
| – tretinoin | ـ تريتينون |
| – ultraviolet irradiation | ـ التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية |
| – verrucosa | ـ ثؤلولي |
| – vulgaris (see psoriasis vulgaris) | ـ شائع ( انظر الصداف الشائع ) |
| – white | ـ أبيض |
| – X – irradiation | ـ التشعيع بالأشعة X |
| psoriasis pustulosa | صداف بثري |
| – Barber – Konigsbeck type | ـ نمط باربير ـ كونكسبيك |
| – generalisata | ـ معمم |
| psoriasis vulgaris | صداف شائع |
| – Auspitz's phenomenon | ـ ظاهرة أوسبتز |
| – candle phenomenon | ـ ظاهرة الشمع |
| – chronic stationary type | ـ النمط الثابت المزمن |
| – classification | ـ تصنيف |
| – clinical findings | ـ الموجودات السريرية |
| – corticosteroids | ـ الستيروئيدات |
| – cytostatic drugs | ـ الأدوية موقفة الخلايا |
| – endogenous eruption pressure | ـ ضغط الطفح داخلي المنشأ |
| – endogenous factors | ـ العوامل داخلية المنشأ |
| – endogenous provocation | ـ تحريش داخلي المنشأ |
| – eruptive exanthematic | ـ الطفحية الطفحي |
| – exogenous factors | ـ العوامل خارجية المنشأ |
| – exogenous provocation | ـ تحريش خارجي المنشأ |
| – fluorinated corticosteroids | ـ الستيروئيدات المفلورة |
| – focal bleeding phenomenon | ـ ظاهرة النزف البؤري |
| – guttate type | ـ نمط نقطي |
| – immunological phenomena | ـ الظاهرة المناعية |

| | |
|---|---|
| – knees | – الركبتين |
| – last skin layer phenomenon | – ظاهرة طبقة الجلد الأخيرة |
| – nail pits | – وهدات ظفرية |
| – nummular type | – نمط نمي |
| – palmaris | – راحي |
| – pathogenesis | – الإمراض |
| – systemic treatment | – المعالجة الجهازية |
| volume of the epidermis | حجم البشرة |
| psoriatic | صدافي |
| – arthritis | – التهاب مفاصل |
| – diathesis | – أهبة |
| – dystrophic nails | – أظفار حثلية |
| – erythroderma | – احمرار الجلد ( أحمرية ) |
| – erythroderma with dwarfism | – احمرار الجلد ( أحمرية ) مع قزامة |
| – leukoderma | – وضح |
| – oil spot | – بقعة الزيت |
| – onycholysis | – انفكاك ظفري |
| – polyarthritis | – التهاب المفاصل |
| – pseudoleukoderma | – وضح كاذب |
| PSS (progressive systemic scleroderma) | تصلب الجلد المجموعي المترقي |
| psychiatric syndromes, psychopharmaceutic agents | – متلازمات نفسانية ، العوامل الدوائية النفسية |
| psychic panniculitis | التهاب السبلة الشحمية النفسي |
| psychogenic skin diseases | أدواء جلدية نفسية المنشأ |
| psychopharmaceutic agents | العوامل الدوائية النفسية |
| – psychiatric syndromes | – متلازمات نفسانية |
| psychosomatic phenomena | ظاهرة نفسية بدئية |
| psychovegetative syndrome, psychopharmaceutic agents | متلازمة نفسية نباتية ، العوامل الدوائية النفسية |
| pteroylglutamic acid (folic acid) | حمض بتيرول غلوتاميك ( حمض الفوليك ) |
| pterygium | ظفرة |
| – disease | – داء |
| – inversum unguis | – ظفر مقلوب الداخل |
| – syndrome | – متلازمة |
| pubic louse | قمل العانة |
| pulicosis | عضات البراغيث ، داء البراغيث |
| pulpite sèche | جفاف أخمص القدم |
| pulseless disease | داء انعدام ( غياب ) النبض |
| puppet phenomenon | ظاهرة الدُمى |
| purine metabolism | استقلاب البيورين |
| purpura | فرفرية |
| – abdominal | – بطنية |
| – allergic vasculopathies | – أرجية باعتلال الأوعية |
| – anaphylactoid | – تآقانية |
| – annularis telagiectodes | – حلقية متوسعة الشعيرات |
| – carbamide | – الكرباميد |
| – chronica progressiva | – مزمنة مترقية |
| – cold | – البرد |
| – eczematid – like | – المشبهة بالاكزماتيد |
| – fulminans | – خاطفة |
| – fulminating | – خاطفة |
| – hyperglobulinemic | – فرط غلوبلين الدم |
| – itching | – حاكة |
| – faune d'ocre | – أصفر مغر |
| – lichenoid | – حزازانية |
| – Majocchi | – ماجوشي |
| – ocher – yellow | – أصفر – مغر |
| – orthostatic | – مرتبط بالوقوف الانتصابي |
| – pigmented, progressive | – مصطبغ ، مترقي |
| – pigmentosa progressiva | – مصطبغ ، مترقي |
| – rheumatica | – رثوي |
| – rheumatica, Schonlein – Henoch | – رثوي ، هينوخ شؤنلاين |

| English | Arabic |
|---|---|
| – Schonlein – Henoch | ـ شؤنلاين ـ هينوخ |
| – senile | ـ شيخي |
| – steroid | ـ سيتروئيدي |
| – thrombocytopenia, idiopathic (see also ITP) | ـ قلة الصفيحات ، الغامض ( الذاتي ) |
| – thrombocytopenic | ـ قليل الصفيحات |
| – thrombotic thrombocytopenic (TTP) | ـ قليل الصفيحات الخثاري |
| – purpuric pigmented lichenoid dermatitis | ـ جلاد حزازني مصطبغ فرفري |
| pustula maligna | بثرة خبيثة |
| pustular | بثري |
| – bacterid | ـ طفحة جرثومية |
| – bacterid, acute generalized | ـ طفحة جرثومية ، حادة معممة |
| – dermatosis, subcorneal | ـ جلاد ، تحت الطبقة المتقرنة |
| – diseases | ـ أمراض |
| – psoriasis | ـ صداف |
| – syphilid | ـ طفحة إفرنجية |
| – ulcerative dermatosis of the scalp | ـ جلاد تقرحي على الفروة |
| pustules | بثور |
| – Behcet's | ـ باجيت |
| – spongiform | ـ إسفنجي الشكل |
| pustuloses/pustulosis | بثار |
| – acuta generalisata | ـ حاد معمم |
| – eosinophilic, sterile | ـ حمضي ، عقيم |
| – generalized | ـ معمم |
| – palmaris et plantaris | ـ راحي وأخمصي |
| – subcornealis | ـ تحت الطبقة المتقرنة |
| pyoderma(s) | تقيح الجلد |
| – chancriform | ـ قرحي الشكل |
| – chronic | ـ المزمن |
| – epidermal | ـ البشروي |
| – faciale | ـ الوجهي |
| – gangrenosum | ـ المواتي |
| – gangrenosum, systemic diseases | ـ المواتي ، أمراض مجموعية |
| – of hair follicles | ـ في جريبات الأشعار |
| – of other origin | ـ من منشأ آخر |
| – sweat glands | ـ غدد عرقية |
| – ulcerosa serpiginosa | ـ التقرحي الساعي |
| – vegetans | ـ التنبتي |
| pyodermites végétantes et verruqueuses | تقيح الجلد التنبتي والثؤلولي |
| pyogenic granuloma | حبيبوم تقيحي |
| pyridoxine (vitamin B6) | بيريدوكسين ( فيتامين ب٦ ) |
| pyruvate decarboxylase deficiency | عوز نازعة كاربوكسيل البيروفات |

## Q

| English | Arabic |
|---|---|
| Q fever | حمىٰ كيو |
| quadrant syndrome | متلازمة الرُبع |
| quadrichrome vitiligo | بهاق رباعي التلون |
| quaternary syphilis | افرنجي رباعي |
| Queensland tick typhus | تيفوس قراد كوينسلاند |
| quinacrine | كينا كرين |
| Quincke's edema | وذمة كونيكه |

## R

| English | Arabic |
|---|---|
| Rabson – Mendelhall syndrome | متلازمة رابسون ـ مينديلهال |
| racing larva | اليرقة العداءة |
| raket bails | أظفار الراكيت |
| radiant heat | حرارة مشعة |
| radiation | اشعاع ، الشع ، تشعيع |
| – carinoma | ـ سرطانة |
| – ionizing | ـ مؤين |
| – ionizing, comedones following | ـ مؤين ، زؤان يتلو التشعيع |
| – keratoses | ـ تقرانات |
| – nonionizing | ـ لا شاردي ( لا مؤين ) |
| – optical | ـ بصري |
| – sources, artificial | ـ منابع ، صنعية |
| – UV | ـ الأشعة فوق البنفسجية |

| | |
|---|---|
| radioactive isotopes, artificial (radionuclides) | النظائر الفعالة شعاعياً ، الصنعية ( النويات الإشعاعية ) |
| radioallergosorbent test (RAST) | اختبار الامتصاص الأرجي الإشعاعي |
| radiodermatitis | التهاب الجلد الإشعاعي |
| – acute | – الحاد |
| – chronic | – المزمن |
| radioelastosis | المران الإشعاعي |
| radioimmunoprecipi – tation assay (RIPA) | مقايسة الترسيب المناعي الإشعاعي |
| raised chancroid (ulcus molle elevatum) | قريح مرتفع ( قرحة ، مرتفعة ) |
| rapid plasma reagin card test (RPRC test) | اختبار بطاقة رياجين البلاسما السريع |
| Rappaport's classification | تصنيف رابابورت |
| RAST (radioallergos – orbent test) | اختبار الإمتصاص الأرجي الإشعاعي |
| rat – bite fever | حمى عض الجرذ |
| Ratschow's test | اختبار راتشوف |
| Raynaud's | رينو |
| – disease | – داء |
| – disease, nail changes | – داء ، تبدلات ظفرية |
| – phenomena, vasoactive drugs | – ظاهرة ، أدوية فاعلة في الأوعية |
| – syndrome | – متلازمة |
| – syndrome, causal conditions | – متلازمة ، حالات سببية |
| reaction(s) | تفاعل |
| – allergic, clinical disease equivalents | – أرجية ، مكافئات الداء السريري |
| – anaphylactic/ anaphylactoid, grading | – تآق / تآقاني ، درجات |
| – anaphylactic/ anaphylactoid, treatment | – تآق / تآقاني ، المعالجة |
| – Arthus | – آرتوس |
| – durg | – دوائي |
| – erythema nodosum – like drug | – دوائي متشبه بالحمامى العقدة |
| – Fernandez | – فيرنانديز |
| – flocculation | – التندف / التحوصب |
| – Herxheimer's | – هركسهايمر |
| – humoral allergic | – أرجي خلطي |
| reaction(s), | تفاعل ( ج : تفاعلات ) |
| – Ito – Reenstierna | – ايتو – رينستيرنا |
| – Jarisch – Herxhe – imer | – جاريش – هركسهايمر |
| – Kahn's | – كان |
| – lepra | – الجذام |
| – lepromin | – الجذامين |
| – lichenoid drug | – حزازاني دوائي |
| – localized anaphylactic | – تأقي موضع |
| – Meinicke's clearing | – وضوح مينيكه |
| – Mitsuda | – ميتسودا |
| – photoallergic | – أرجي ضوئي |
| – phototoxic | – سمي ضوئي |
| – Prausnitz – Kustner | – بروسنتيز – كوستينر |
| – pseudoallergic | – أرجي كاذب |
| – Schiff's, with periodic acid | – شيف ، مع حمض فوق اليودي |
| – serum sickness type, drug | – دوائي ، نمط داء المصل |
| – treponemal | – لولبي |
| – tuberculin | – السلين |
| – type I (anaphylactic) | – نمط I ( تأقي ) |
| – type II (cytotoxic) | – نمط II ( سام للخلايا ) |
| – type III (immune – complex) | – نمط III ( معقد مناعي ) |
| – type IV (cellular allergic, of delayed type) | – نمط IIII ( أرجي خلوي ، من نمط الآجل ) |
| reactive amyloidosis | داء نشواني ناشط |
| reactive perforating collagenosis | كلاج ( داء مغراوي ) ثاقب ناشط |

| | |
|---|---|
| reagin test, automated | اختبار الرياجين ، التلقائي |
| recessive ichthyosis vulgaris | سماك شائع صاغر |
| recessive ichthyosis, X linked | سماك صاغر ، مرتبط بالصبغي X |
| Recklinghausen's disease | داء ركلنهاوزن |
| Recklinghausen's neurofibromatosis | ورام ليفي عصبي لركلنهاوزن |
| *recreationally associated Pseudomonas aeruginosa folliculitis* | *استجمامي ( يحدث عند المستجمين ) مترافقة بالتهاب الجريبات بالزائفة الزنجارية الغازية* |
| rectal gonorrhea | سيلان شرجي |
| recurrent | راجع |
| – bullous eruption of the hands and feet | – طفح فقاعي على اليدين والقدمين |
| – granulomatous dermatitis with eosinophilia | – التهاب جلد حبيبومي مع كثرة الحمضات |
| – herpes simplex | – حلأ بسيط |
| – migratory thrombophlebitits | – التهاب وريد خثاري هاجر |
| red | أحمر |
| – dermographism | – كتوبية الجلد |
| – dog | – كلب |
| – liver palms | – الراحات الكبدية |
| – mercuric sulfide | – سلفيد الزئبق |
| – palms | – الراحتين |
| Refsum's disease | داء ريفزوم |
| Refsum's syndrome | متلازمة ريفزوم |
| Reiter's disease | داء رايتر |
| – nail(s) changes | – تبدلات ظفرية |
| – urethritis | – التهاب الإحليل |
| Reiter's protein complement – fix – ation test | اختبار تثبيت المتممة البروتيني لرايتر |
| Reiter's syndrome | متلازمة رايتر |
| relapsing febrile nodular nonsuppurative panniculitis | التهاب السبلة الشحمية العقيدي الحمي اللاتقيحي الناكس |
| relapsing polychondritis | التهاب الغضاريف الناكس |
| REM syndrome | متلازمة ( م حـ ش ) ، الداء الموسيني الحمامي الشبكي |
| – Rendu – Osler syndrome | متلازمة رندو – أوسلر |
| repellents | المنفرات |
| repegmentation | عودة التصبغ |
| residual scarring, postinflammatory | تندب ثمالي ، عقب الإلتهاب |
| – cysts | – كيسات |
| – fistulated comedones | – زؤان متنوسر |
| resorcinol | ريزورسينول |
| rest phase, hair cycle | طور الراحة ، دورة الشعرة |
| restless legs syndrome | متلازمة تململ الرجلين |
| retention hyperkeratosis | فرط التقرن الإحتباسي |
| reticular | شبكي |
| – degeneration | – تنكس |
| – erythematous mucinosis | – داء موسيني حمامي |
| – varies | – ضروب ، أنواع |
| – reticulated confluent pspillomatosis | – الورام الحليمي الشبكي والمتلاقي |
| reticulated pigmentary dermatosis of the flexures | جلاد مصطبغ شبكي في الثنيات |
| reticulin fiber | ليف شبكي |
| reticuloendothelial cytomycosis | فطار الخلايا الشبكية البطانية |
| reticulohistiocytic granuloma | حبيبوم الخلايا المنسجة الشبكية |
| reticulohistiocytoma | ورم المنسجات الشبكي |
| reticulohistiocytosis | كثرة المنسجات الشبكية |

- congenital self – healing — الولادية ذات الشفاء الذاتي
- Crosti's — كروستي
- cutanea hyperplastica benigna cum melanodermia — فرط التنسج الجلدي الحميد وملان الجلد
- cutaneous — جلدي
- disseminata — منتثر
- malignant — خبيث
- reticulosarcoma — غرن شبكي
- cutaneous — جلدي
- histoblastic — بآرومة المنسجات

reticulosarcomatosis, Gottron's — غران شبكي ، غوترون

reticuloses/reticulosis — شباك
- aleukemic — لا ابيضاضي
- of Crosti — كروستي
- cutaneous — جلدي
- eosinophilic — حمضي

reticulum cell sarcoma — غرن الخلايا الشبكية

retinoids — ريتينوئيدات

retothelial sarcoma — غرن شبكي بطاني

retroauricular psoriasis — صداف خلف الأذن

rewan — اسم افريقي محلي للإفرنجي المتوطن ( البجل )

rewarming urticaria — شرىٰ التدفئة

rhagades — فلوع
- of the angle of the mouth — في زاوية الفم

rheography, light reflection — تخطيط جريان السوائل ، انعكاس ضوئي

rheumatic nodules — عقيدات رثوية

rheumatism, desert — رثية ، الصحراء

rheumatismus nodosus — عقيدات رثوية

rheumatoid nodules — عقيدات رثوانية

rhinophyma — فيمة الأنف
- actinic — السفعية
- fibroagiomatous from — الشكل الوعائي الليفي
- treatment — المعالجة

rhinoscleroma — صلبوم الأنف

riboflavin (vitamin B2) — ريبوفلافين ( فيتامين ب٢ )

Rihner – Hanhart syndrome — متلازمة ريخنر – هانهارت

*Rickettsia* — ريكتسية
- *R. prowazeki* — بروفازكي
- species — أنواع
- species, arthropod vector — أنواع ، ناقل مفصلي الأرجل

rickettsiaceae — الريكتسيات

rickettsial diseases — أدواء الريكتسيات
- Q fever — حمىٰ كيو
- spotted fever group — زمرة الحمىٰ المبقعة
- tsutsugamushi fever — حمىٰ تسوتسو غاموشي
- typhus group — زمرة التيفوس

rickettsial pox = Russian vesicular rickettsiosis — داء الريكتسيات = داء الريكتسيات الحويصلي الروسي

ridged nail — ظفر مخططة

Riehl's melanosis — ملان ريل

rigid atrophic skin — ضمور الجلد الصملي ( القاسي )

ringed hair — الأشعار الحلقية

ringlet or bristle worms (Annelida) — الديدان الحلقية أو الهلبية

ringworm of the foot — سعفة القدم

RIP (radioimmunopr – ecipitation assay) — مقايسة الترسيب المناعي الإشعاعي ( م ت م ا )

RIST (radioimmunos – orbent test) — اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي

river blindness — عمىٰ النهر

Roaccutan — رواكيوتان

Rocky Mountain spotted fever — حمىٰ الجبال الصخرية المبقعة

rodent scourge — كارثة القوارض

rodent ulcer — قرحة قارضة

roentgen/Rontgen — رونتجن
- carcinoma — سرطانة

- elastosis — ـ مران
- keratoses — ـ تقران
- ray dermatitis — ـ التهاب الجلد بالأشعة
- ulcer — ـ قرحة

rolled hair cysts — كيسات الشعر الملتفة
Romberg's syndrome — متلازمة رومبيرغ
rosacea — عد وردي
- acne — ـ عد
- conglobata — ـ مكبب
- fulminans — ـ صاعق
- granulomatous — ـ حبيبومي
- lupoid — ـ ذأباني
- papulopustulosa — ـ حطاطي بثري
- steroid — ـ سيتروئيدي

rosacea – like — شبيه بالعد الوردي
- dermatosis — ـ جلاد
- dermatosis, familial — ـ جلاد ، عائلي
- diseases — ـ أدواء
- tuberculid — ـ طفحة درنية

rosea, pityriasis — وردية ، نخالية
roseola infantum — وردية طفلية
roseola (macular syphilid) — وردية ( طفحة إفرنجية بقعية )
Rothmann – Makai syndrome — متلازمة روثمان ـ ماكي
Rothmund's syndrome — متلازمة روثموند
Rothmund – Thomson syndrome — متلازمة روثموندر ـ طومسون
roundworms (Nemathelminthes) — ديدان مدورة ( الديدان الممسودة )
RPRC (rapid plasma reagin card) test — اختبار بطاقة الرياجين البلاسمي السريع
rubber components, contact allergens — مركبات ، مطاطية ، مستأرجات تماسية
rubella — حميراء ، حصبة ألمانية
- infectionus diseases — ـ أدواء خمجية

rubella scarlatinosa — حميراء قرمزية
- infections diseases — ـ أدواء خمجية

rubeola — حصبة
- scarlatinosa — ـ قرمزية

rubeoliform drug eruptions — طفوح دوائية حصبوية الشكل
ruby spot — بقع ياقوتية
Rud's syndrome — متلازمة رود
Ruffini's corpuscles — جسيمات روفيني
rule, ABCDE — نظام ( قانون ) ، ABCDE
Rumpel – Leede test — اختبار رومبيل ـ ليد
Russian vesicular rickettsiosis (Rickettsial pox) — داء الريكتسيات الحويصلي الروسي
Rye lymph node classification — تصنيف العقد اللمفية لري

# S

salicylic acid — حمض الصفصاف
- oil — ـ زيت

salivary gland cysts — كيسات الغدد اللعابية
salpingitis, gonorrheal — التهاب البوق ( النفير ) ، السيلاني
salts — أملاح
- aluminum — ـ الألمنيوم
- heavy metal — ـ المعادن الثقيلة
- mercury — ـ الزئبق
- silver — ـ الفضة
- sand fleas — ـ براغيث الرمل

sandbox dermatitis — التهاب الجلد بصندوق الرمل
Sanfilippo A – D, mucopolysacchari – doses — سان فيليبو آ ـ د ، داء عديدات السكريد المخاطية
Sanfilippo's disease — داء سان فيليبو
sarcoid, Boeck's — غرناوي ، بيك
sarcoidosis — غرناوية ( ساركوئيد )
- large nodular type — ـ نمط العقيدات الكبيرة

sarcoma — غرن
- fibrosarcoma — ـ غرن ليفي
- idiopathicum multiplex hemorrhagicum — ـ غامض ( ذاتي ) متعدد نزفي

- Kaposi's — ـ كابوزي
- reticulosarcoma — ـ غرن شبكي
- retothelial — ـ ذو خلايا شبكية
- stem – cell, with large pyroninophilic cells — ـ الخلية الجذعية ، مع خلايا كبيرة أليفة للبيرونين

scabies — جرب
- animal, in man — ـ حيواني ، في الإنسان
- crusted — ـ جلبي
- Norwegian — ـ نرويجي
- persistent papules — ـ الحطاطات المستمرة
- postscabietic persistent papules — الحطاطات المستمرة عقب الجرب

scabophobia — رهاب الجرب
scalded skin syndrome — متلازمة الجلد السمطي
scalds — سموط ( م : سمط )
scale (squames) — وَسَف ( وسوف ، حراشف )
scalp psoriasis — صداف الفروة
scaly crusts — جلبات متفلسة ( متحسفة )
scarlatina — قرمزي
scarlatiniform drug eruptions — طفوح دوائية قرمزية الشكل
scarlet fever — حمىً قرمزية
- infectious diseases — ـ أدواء خمجية
scarring alopecia — حاصة ندبية
scarring pemphigoid/pemphigus — فقاعاني ندبي / فقاع
- disseminated — ـ منتثر
- localized — ـ موضع
scars (cicatrices) — ندبات
Schamberg's disease — داء شامبرغ
Scheie's disease — داء سكي
Schiff's reaction with periodic acid — تفاعل شيف مع حمض فوق اليودي
Schimmelpenning syndrome — متلازمة شيملبنغ
Schirmer's test — اختبار شيرمير
*Schistosoma* — *المنشقة ( ج : المنشقات )*
- *s. haematobium* — *ـ م . الدموية*
- *S. japonicum* — *ـ م . اليابانية*
- *S. mansoni* — *ـ م . الماسونية*

schistosomal dermatitis — التهاب الجلد بالمنشقات
schistosomiasis — داء المنشقات
schonlein – Henoch purpura — فرفرية هينوخ ـ شؤنلاين
- rheumatica — ـ الرثوية
Schreus' rapid zinc corrosion method — طريقة الائتكال السريع بالزنك لشريس
Schreus' zinc chloride cauterization — كي بكلور الزنك لشريس
schwannoglioma — شفانوم
schwannoma — شفانوم
SCLE (subacute cutaneous lupus erythematosus) — ذأب حمامي جلدي تحت الحاد
sclerema — صلدمة
- adiposum neonatorum — ـ شحمية عند الوليد
- edematosum neonatorum — ـ وذمية عند الوليد
- neonatorum — ـ الولدان
sclerodactyly — تصلب الأصابع
scleroderma(s) — تصلب الجلد
- adultorum — ـ الكهلي
- amyloidosum — ـ النشواني
- circumscribed — ـ المحدد
- en coup de sabre — ـ ضربة السيف
- guttate morphea — ـ القشيعة النقطية ( المورفيا )
- localized — ـ الموضعة
- nail changes — ـ تبدلات ظفرية
- progressive systemic — ـ الجهازي المترقي
- systemic — ـ الجهازي
sclerodermia diffusa seu progressiva — تصلب الجلد المنتشر والمترقي
sclérodermie oedémateuse — تصلب الجلد الوذمي
sclerodermiform basaloma — قاعدوم تصلبي الشكل

| English | Arabic |
|---|---|
| sclerofascia | اللفافة التصلبية |
| scleromyxedema | وذمة مخاطية تصلبية |
| sclerosing periphlebitis of the chest wall | التهاب محيط الوريد المتصلب على جدار الصدر |
| sclerosis fibrosa penis | تصلب القضيب الليفي |
| sclerotherapy | المعالجة المصلبة |
| – varices | – الدوالي |
| *Scopulariopsis* | سكوبولاريوبسيس ( نوع من *العفن* ) |
| scrofuloderma | تدرن الجلد ( الخنزرة ) |
| scrotal cysts | كيسات صفنية |
| scrotal tongue | لسان صفني |
| scrub typhus | التيفوس القرادي |
| scurvy | البثع |
| – in children | – في الأطفال |
| – infantile | – في الوليدين |
| sebaceous/sebaceus | زهمي |
| – cysts | – كيسات |
| – follicles | – جريبات |
| – gland (see sebaceous gland) | – غدة ( انظر الغدة الزهمية ) |
| – lipid | – شحم |
| – retention cysts | – كيسات احتباسية |
| – trichoflliculoma | – جريبوم شعري |
| sebaceous gland | غدة زهمية |
| – ectopic | – منتبذة |
| – heterotopic | – غيرية التوضع |
| – secretion | – إفراز |
| sebarche | زيادة إفراز الزهم |
| sebocystomatosis Gunther | ورام كيسي مثي لغونتر |
| sebocystomatosis scroti | ورام كيسي مثي صفني |
| seborrhea | مث |
| seborrheic | مثي |
| – dermatitis in neonates | – التهاب الجلد في الولدان |
| – eczema (see seborrheic eczema) | – إكزيمة ( انظر الإكزيمة المثية ) |
| – eczematid | – اكزماتيد |
| – erythroderma | – احمرية / احمرار الجلد / |
| – keratosis | – تقران |
| – permphigoid | – فقاعاني |
| – verrucosis | – داء الثآليل |
| – wart | – ثؤلول |
| seborrheic eczema | إكزيمة مثية |
| – adults | – في الكهول |
| – children | – في الأطفال |
| – disseminated | – منتثرة |
| – infants | – في الولدان |
| – interiginous | – مذحية |
| – neonates | – في الوليدين |
| – patchy | – بقعية |
| seborrheid, pityriasiform | مثانية ، نخالية الشكل |
| seborrhoid, light – sensitive | مثانية ، تحسس ضوئي |
| sebostasis | ركود زهمي |
| – (asteatosis) | – انعدام الزهم |
| sebum | زهم |
| secondary | ثانوي |
| – carinoma | – سرطانة |
| – erythrodermas | – أحمريات / إحمرار الجلد / |
| – syphilis | – إفرنجي |
| Secretan's syndrome | متلازمة سيكريتان |
| selenium sulfide | سلفيد السيلينوم |
| self – healing primary squamous cell carcinoma | السرطانة وسفية الخلايا البدئية والشافية ذاتياً |
| Senear – Usher syndrome | متلازمة سينير – أوشير |
| senile | شيخي |
| – angiomas | – وعاؤومات |
| – atrophy of the vulva | – ضمور الفرج |
| – elastosis | – مران |
| – genital atrophy | – ضمور تناسلي |
| – hemangioma | – وعاؤوم دموي |
| – lentigo | – شامة |
| – nanism | – قزامة |

| English | العربية |
|---|---|
| – purpura | ـ فرفرية |
| – sebaceous gland nevus | ـ وحمة الغدد الزهمية |
| – skin atrophy | ـ ضمور الجلد |
| – spots | ـ بقع |
| sepsis, fulminant meningococcal | انتان ، صاعق بالسحائيات |
| sepsis, gonococcal | انتان ، بالبنيات |
| septal panniculitis | التهاب النسيج الشحمي الحاجزي |
| seropapule | حطاطة مصلية |
| serpiginous chancroid | قريح زاحف |
| serum sickness | داء المصل |
| – drug eruptions | ـ تفاعلات دوائية |
| – exanthems | ـ طفحيات |
| – type drug reactions | ـ نمط الطفوح الدوائية |
| sex – linked ichthyosis vulgaris | سماك شائع مرتبط بالجنس |
| sexual disturbances, agents | اضطرابات جنسية ، العوامل الدوائية النفسية |
| Sézary syndrome | متلازمة سيزاري |
| shale tars | قطران حجري |
| shampoos | غسول ( شامبو ) |
| Sharp's syndrome | متلازمة شارب |
| sheeppox | جدري الغنم |
| shingles | حلأ نطاقي |
| shock, anaphylactic | صدمة ، تأقية |
| shock, burn | صدمة ، حرق |
| Shulman's syndrome | متلازمة شولمان |
| Siberian tick typhus | تيفوس القراد السيبيري |
| sicca syndrome | متلازمة الجفاف |
| sicca, keratoconjunc – tivitis | جاف ، التهاب الملتحمة والقرنية |
| sickle cell anemia | فقر الدم المنجلي |
| siderophilia | أليف الحديد |
| siderosis | سحار حديدي ، حداد |
| Sigg's sign | علامة سيغ |
| silicon panniculitis | التهاب السبلة الشحمية بالسيليكون |
| silver | الفضة |
| – nitrate | ـ نترات |
| – salts | ـ أملاح |
| – sulfadiazine | ـ سلفاديازين |
| six infectious disease | داء الخمج السادس |
| sixth disease | الداء السادس |
| Sjoren's disease | داء سوجرين |
| Sjogren's syndrome | متلازمة سوجرين |
| – secondary | ـ الثانوية |
| Sjogren – Larsson syndrome | متلازمة سوجرين ـ لارسون |
| skin | الجلد |
| – buffering capacity | ـ القدرة الدارئة |
| – cleansers | ـ منظفات |
| – damage, mechanical | ـ تخريب ، آلي |
| – diseases, depigmentation | ـ أدواء ، زوال الصباغ |
| – disorders (see skin disorders) | ـ اضطرابات ( انظر اضطرابات الجلد ) |
| – fissures | ـ شقوق |
| – functions of | ـ وظائفه |
| – infections, secondary, streptococci | ـ الأخماج ، الثانوية ، العقديات |
| – lesions | ـ آفات |
| – lesions, dynamics of | ـ آفات ، دينميات |
| – necroses (see skin necroses) | ـ نخر ( انظر نخر الجلد ) |
| – protective ointments | ـ المراهم الواقية |
| – receptors | ـ المستقبلات |
| – structures of | ـ بنية |
| – tag | ـ ميسم |
| – tuberculosis (see skin tuberculosis) | ـ تدرن ( انظر تدرن الجلد ) |
| – water – binding capacity | ـ القدرة الرابطة للماء |
| skin disorders | اضطرابات الجلد |
| – adolescents | ـ البالغين |
| – adults | ـ الكهول |

| | |
|---|---|
| – children | ـ الأطفال |
| – contact with animals | ـ التماسية مع الحيوانات |
| – drugs | ـ الأدوية |
| – elderly subjects | ـ عند المسنين |
| – examination of patients | ـ فحص المرضىٰ |
| – general examination | ـ فحص عام |
| – infants | ـ الرضع |
| – laboratory tests | ـ الاختبارات المخبرية |
| – menstruation | ـ في الحيض |
| – neonates | ـ الولدان |
| – occupational aspects | ـ الوجهات المهنية |
| – pregnancy | ـ الحمل |
| – seasonal dependence | ـ مرتبط بالفصل |
| – systemic agents | ـ العوامل الجهازية |
| skin necroses | نخر الجلد |
| – drugs | ـ الدوائي |
| – intramuscular injection | ـ بالحقن داخل العضل |
| – resembling an infarct | ـ الشبيه بالاحتشاء |
| – zosteriform | ـ نطاقي الشكل |
| skin tuberculosis (see also tuberculosis cutis) | تدرن الجلد ( انظر تدرن الجلد أيضاً ) |
| – with allergic response | ـ مع الاستجابة الأرجية |
| – classification | ـ التصنيف |
| – miliaris ulcerosa mucosae cutis | ـ الدخنية التقرحية على المخاطيات والجلد |
| skin – eye – brain – heart syndrome | متلازمة الجلد ـ العين ـ الدماغ ـ القلب |
| sklerijevo | اسم يطلق على البجل في يوغسلافيا |
| slack atrophic skin | ضمور الجلد الرخو |
| SLE (systemic lupus erythematosus) | ذأب حمامي مجموعي |
| – American Rheumatism Association | ـ الجمعية الأمريكية للروماتيزم |
| – antinuclear antibodies | ـ أضداد مضادة للنوىٰ |
| – autoantibodies | ـ أضداد ذاتية |
| – diagnosis | ـ التشخيص |
| SLE (systemic lupus erythematosus) | ذ ح م ( ذأب حمامي مجموعي ) |
| – drugs | ـ الأدوية |
| – laboratory findings | ـ الموجودات المخبرية |
| – LE – cell phenomenon | ـ ظاهرة الخلية ذ . ح |
| – LE – cell test | ـ اختبار الخلية ذ . ح |
| SLE – like syndrome | متلازمة شبيهة بالذأب الحمامي المجموعي |
| sleep disturbances, psychopharmaceutic agents | اضطرابات النوم ، العوامل الدوائية النفسية |
| small – spotted pigment dermatosis | جلاد مصطبغ صغير البقع |
| small – vesicle impetigo contagiosa | قوباء معدية صغيرة الحويصلات |
| smallpox | جدري |
| – black | ـ أسود |
| – scars | ـ ندبي |
| – vaccinations | ـ التلقيح |
| – zoster | ـ نطاقي |
| smegma | لَخَن |
| Sneddon's syndrome | متلازمة سنيدون |
| Sneddon – Wilkinson disease | داء سنيدون ـ ديلكسون |
| snow blindness | قَمَر ( عمىٰ الثلج ) |
| soaps | صوابين ( م : صابون ) |
| – neutral | ـ معدلة ، محايدة |
| sodoku | سودوكو |
| soft chancre | قرح لين |
| soft X – ray therapy | المعالجة بالأشعة السينية X اللينة |
| solar | شمسي |
| – dermatitis | ـ التهاب جلد |
| – elastosis | ـ مران |

| | |
|---|---|
| – keratosis | ـ تقران |
| – urticaria | ـ شرىً |
| soles, symmetric lividities | أخامص ( م : أخمص ) ، زرقات متناظرة |
| solid basal cell carcinoma | سرطانة الخلية القاعدية الصلدة |
| solid phase hemadsorption (SPHA) | اختبار الطور الصلب للامتزاز الدموي |
| solitary aphthae | قلاع وحيد |
| solution(s) | محلول ( ج : محاليل ) |
| – alcoholic | ـ كحولي |
| – aqueous | ـ مائي |
| – Arning | ـ أرنينغ |
| – Castellani's | ـ كاستيلاني |
| – coal tar | ـ القطران الفحمي |
| – iodine | ـ يودي |
| – iodine, alcoholic | ـ يودي ، كحولي |
| – Vleminckx's | ـ فليمينغ |
| South | جنوبي |
| – African genetic porphyria | ـ البرفيرية الوراثية الافريقية |
| – African tickbite fever | ـ حمىً عضة القراد الأفريقي |
| – American blastomycosis | ـ الفطار البرعمي الأمريكي |
| spa pool dermatitis | التهاب الجلد بالاستحمام |
| speckled leukoplakia | طلاوان مرقط |
| spermaceti | ناطف الحوت |
| SPHA (solid phase hemadsorption) test | اختبار ط ص ا د ( الطور الصلب للامتزاز الدموي ) |
| – syphilis | ـ إفرنجي |
| sphingolipidoses | شُحام سَفَنْغولي |
| – genetic enzyme defect | ـ عيب إنظيمي وراثي |
| sphingomyelin lipidosis | شُحام سفنغوميلين |
| sphingomyelinosis | داء سفنغوميلين |
| spider | عنكبوت |
| – black widow | ـ الأرملة السوداء |
| – nevus | ـ وحمة |
| Spinegler's tumor | ورم سبيغلر |
| spinaloma | شوكوم |
| spindle cell lipoma | شحموم الخلايا المغزلية |
| spindle cell nevus | وحمة الخلايا المغزلية |
| spinocellular carcinoma | سرطانة الخلايا الشائكة |
| spinous cell layer (stratum spinosum) | طبقة الخلايا الشائكة |
| spinulosism | تشوك |
| spiradenoma, eccrine | غدوم لولبي ، ناتح |
| *Spirillum minus* | *الحلزنة الصغيرة* |
| spirochetoses | أدواء الملتويات |
| Spitz'nevus | وحمة سبيتز |
| spongiform pustules | بثور اسفنجية الشكل |
| spongiosis | وذمة بشروية ، سُفاج |
| spoon nail | ظفر ملعقي |
| *Sporothrix* | *الشعرية المبوغة* |
| sporotrichosis | داء الشعريات المبوغة |
| – extracutaneous | ـ خارج الجلد |
| – fixed cutaneous | ـ جلدي ثابت |
| – lymphocutaneous | ـ لمفي جلدي |
| – mucocutaneous | ـ مخاطي جلدي |
| sprays | رذاذات |
| spun glss hair | الشعر الشبيه بالزجاج الليفي |
| squames (see also desquamation) | توسف ( انظر ايضاً التوسف ) |
| – scale | ـ وسف |
| squamous cell carcinoma | سرطانة وسفية الخلايا |
| – degree of differentiation | ـ درجة التمايز |
| – possible causes | ـ الأسباب الممكنة |
| squamous eddies | الدوامات الوسفية |
| SSM (superficial spreading melanoma) | ملانوم منتشر سطحي |
| SSSS (staphylococcal scalded – skin syndrome) | متلازمة الجلد السمطي بالعنقوديات ( م ج س ع ) |
| stable flies | ذباب الإسطبل |

| English | Arabic |
| --- | --- |
| staphylococcal Lyell's syndrome | داء لايل بالعنقوديات |
| staphylococcal scalded – skin syndrome (SSSS) | متلازمة الجلد السمطي بالعنقوديات ( م ج س ع ) |
| staphylodermia superficialis circinata | انتان الجلد بالعنقوديات السطحي المتحلق |
| staphylogenic pemphigoid of newborns | الفقاعاني عنقودي المنشأ عند الوليدين |
| stasis dermatosclerosis | تصلب الجلد الركودي |
| stasis ulcer | قرحة ركودية |
| steatocystoma multiplex | كياس زهمي متعدد |
| steatoma | كيسة زهمية ، زهموم |
| steely hair disease | مرض الشعر الفولاذي/ القاسي |
| Stein – Leventhal syndrome | متلازمة شتاين – ليفينشتاين |
| stem – cell leukemia | ابيضاض جذعي الخلايا |
| stem – cell sarcoma with large pyroninophilic cells | غرن جذعي الخلايا مع خلايا كبيرة أليفة البيرونين |
| sterile eosinophilic pustulosis | البثار الحمضي العقيم |
| Sternberg – Reed cells | خلايا ستيرنبيرغ – ريد |
| steroid | ستيروئيد |
| – purpura | – فرفرية |
| – rosacea | – عد وردي |
| – striae | – خطوط ، فزر |
| – Stevens – Johnson syndrome | متلازمة ستيفن – جونسون |
| Stewart – Treves syndrome | متلازمة ستيوارت – تريفيز |
| stippled skin | جلد مرقط |
| stomatitis | التهاب الفم |
| – allergic | – الأرجي |
| – candidomycetica | – بالمبيضات |
| – gengrenous | – المواتي |
| – noma | – نوما / أكلة الفم/ |
| – plaut – Vincent | – بلو – فينسنت |
| – ulceromembranacea | – تقرح المخاطيات |
| – ulcerative | – التقرحي |
| stomatopyrosis | حرقة الفم |
| stones, navel | حصيات ( م : حصاة ) ، السرة |
| stratum | طبقة |
| – basale | – قاعدية |
| – corneum | – قرنية |
| – granulosum | – حبيبية |
| – lucidum | – رائقة ( شفافة ) |
| – spinosum | – شائكة |
| strawberry tongue | لسان توتي |
| *Streptobacillus moniliformis* | *السلسلية سبحية الشكل* |
| streptococcal gangrene | موات بالمكورات العقدية |
| streptococci | المكورات العقدية |
| – allergic skin changes | – تبدلات جلدية أرجية |
| – secondary skin infection | – أخماج جلدية ثانوية |
| *Streptomyces* | *المتسلسلة* |
| striae | فزر/ خطوط/ سطور |
| – atrophicae | – ضمورية |
| – distensae | – متباعدة |
| – gravidarum | – حملية |
| – migrans | – هاجرة |
| – pregnancy | – الحمل |
| – steroid | – ستيروئيدية |
| strongyloidasis | داء الأسطوانيات البرازية |
| *Strongyloides stercoralis* | *الأسطوانيات البرازية* |
| strophulus adultorum | شرى حطاطي كهلي |
| strophulus infantum | شرى حطاطي عند الولدان |
| stuccokeratosis | تقران لاصق |
| Sturge – Weber syndrome | متلازمة ستورج – ويبر |
| stye | شعيرة ، جُدجُد |
| subclinical psoriasis | صداف تحت السريري |

| | |
|---|---|
| subcorneal pustular dermatosis | الجلاد البثري تحت القرنية |
| subcutaneous | تحت الجلد |
| – fat necrosis of the newborn | ـ النخر الشحمي عند الوليد |
| – fatty tissue | ـ النسيج الشحمي |
| – mycoses | ـ فطارات |
| – nodular fasciitis | ـ التهاب اللفافة العقيدي |
| – pseudosarcomatous fibromatosis | ـ الورام الليفي الغرني الكاذب |
| – syphilid | ـ طفحة إفرنجية |
| subepidermal nodular fibrosis | تليف عقيدي تحت البشرة |
| subungual | تحت الظفر |
| – enchondrmas | ـ غضرومات داخلية |
| – exostosis | ـ غرن ( ج : أغران ) |
| – hematoma | ـ ورم دموي ( دميوم ) |
| – keratoacanthoma | ـ شوكوم قرني |
| – tumors (see subungual tumors) | ـ أورام ( انظر الأورام تحت الظفر ) |
| – verruca vulgaris | ـ ثؤلول شائع |
| subungual tumors | أورام تحت الظفر |
| – acrolentiginous melanoma | ـ ملانوم شامات النهايات |
| – Bowen's disease | ـ داء بوفن |
| – glomus | ـ كُبة |
| Sucquet – Hoyer – Grosser organs | أعضاء سوكويت ـ هوير ـ غروسير |
| sudamina | دخنية بلورية |
| sulfadiazine | سلفاديازين ، الفضة |
| sulfonamides | سلفاميدات |
| sulfones | سلفونات |
| sulfur | كبريت |
| summer eruption | طفح صيفي |
| summer prurigo | حكاك صيفي |
| summertime pityriasis, elbows and knees | نخالية صيفية ، على المرفقين والركبتين |
| sunburn | حرق شمسي |
| sunscreens | دارئات الشمس |
| superficial | السطحي |
| – basal cell carcinoma | ـ سرطانة قاعدية الخلايا |
| – dermatitis, chronic | ـ التهاب الجلد ، المزمن |
| – spreading melanoma (SSM) | ـ ملانوم منتشر |
| – thrombophlebitis | ـ التهاب الوريد الخثاري |
| supernumerary | حلمة إضافية |
| surfactants | فعال بالسطح |
| surgery | جراحة |
| – cryosurgery | ـ جراحة قرية |
| – electrosurgery | ـ جراحة كهربية |
| Moh's chemosurgery | ـ الجراحة الكيميائية لموس |
| Sutton nevus | وحمة سوتون |
| sweat, colored | عرق ، ملون |
| sweat gland(s) | غدد عرقية |
| – apocrine | ـ مفترزة |
| – cysts | ـ كيسات |
| – eccrine | ـ ناتحة |
| – nevi | ـ وحمات |
| – pyodermas | ـ تقيحات الجلد |
| – tumors | ـ أورام |
| sweat urticaria | شرىٰ العرق |
| sweat – retention cyst | كيسة احتباسية عرقية |
| sweating fever | حمىٰ التعرق |
| Sweet's sydrome | متلازمة سويت |
| Swift's syndrome | متلازمة سويفت |
| swimmer's itch | حكة السباحين |
| swimming pool granuloma | حبيبوم حوض السباحة |
| symmetrical fat sclerosis | تصلب الدهن المتناظر |
| symmetrical vermiform facial atrophy, childhood | تصلب الوجه دودي الشكل المتناظر في الأطفال |
| symptomatic ichthyosiform skin changes | تبدلات الجلد سماكية الشكل العرضية |
| syndroma muco – cutaneo – oculare acutum | المتلازمة المخاطية ـ الجلدية ـ العينية الحادة |
| syndrome(s) | متلازمة ( ج : متلازمات ) |

| English | Arabic |
| --- | --- |
| – Achard – Thiers | – آكارد – تيرز |
| – Achenbach | – اشينباخ |
| – acquired immunodeficiency (see AIDS) | – عوز المناعة المكتسب ( انظر الإيدز / المعمم ) |
| – acute febrile mucocutaneous lymphadenopathy | – اعتلال العقد اللمفية الجلدي المخاطي الحمي الحاد |
| – adrenogenital | – تناسلية كظرية |
| – Albright's | البرايت |
| – Albright – McCune – Sternberg | – البرايت – ملك كون – سترنبرغ |
| – Aldrich's | – الدريش |
| – androgenic, acne | – ذكار – عد |
| – angiolupoid | – ذأباني وعائي |
| – argininosuccinic acid | – حمض الأرجينيوسكسينيك |
| – Arndt – Gottron | – أرندت – غوترون |
| – Asher's | – آشر |
| – auriculotemporal | – صدغي أذني |
| – automutilation | – جدع ذاتي |
| – B – K mole | – وحمة ب – ك |
| – Barraquer – Simons | – باركيه – سيمون |
| – Bart's | – بارت |
| – Bart – Pumphrey | – بارت – بومفري |
| – basal cell nevus | – وحمة الخلية القاعدية |
| – Behcet's | – باجيت |
| – Berardinelli – Seip | – بيراردينيللي – سيب |
| – Bernard – Soulier | – برنارد – سولير |
| – Birt – Hogg – Dube | – بيرت – هوغ – دوب |
| – Bjornstad's | – بورنستاد |
| – Bloom's | – بلوم |
| – Bloom – Torre – Machacek | – بلوم – تور – ماكاسيك |
| – blue – rubber – bleb – nevus | – وحمة – زرقاء – مطاطية – مجلية |
| – Bonnevie – Ullrich | – بونيفي – الدريش |
| – bowel bypass | – مجازة معوية |
| – Brocq – Pautrier | – بروك – بوتريه |
| – bronze baby | – طفل برونزي |
| – bruising, painful | – تكدم ، مؤلم |
| – bulldog scalp | – فروة البلدغ ( نوع ضخم من الكلاب ) |
| – Bureau – Barrière | – بورو – باريير |
| – Burger – Grutz | – بروجر – غروتز |
| – burning feet | – قدم حارقة |
| – Buschke – Ollendorf | – بوشكيه – أولندروف |
| – candidosis endocrinopathy | – أدواء المبيضات باعتلال صماوي |
| – Chédiak – Higashi | – شيدياق – هيغاشي |
| – Chinese restaurant | – المطعم الصيني |
| – chondrodysplasia – hemangioma | – ثدن الغضروف – وعاؤوم دموي |
| – chronic lymphadenopathy | – اعتلال العقد اللمفية المزمنة |
| – chronic pluripotential immunoproliferative | – تكاثري مناعي متعدد الكمون مزمن |
| – chronic porphyria | – برفيرية مزمنة |
| – Cokayne's | – كوكايين |
| – Cockayne – Touraine | – كوكايين – تورين |
| – congenital neurocutaneous sensory | – حسي جلدي عصبي ولادي |
| – Cornelia de Lange | – كورنيليا دو لانغ |
| – Cornelia de Lange's syndrome | – متلازمة كورنيليا دو لانغ |
| – Costen's | – كوستين |
| – Cowden's | – كاودن |
| – Crandall's | – كراندال |
| – CREST | – كريست |
| – Crosti's | – كروستي |
| – Crouzon's | – كروزون |
| – CRST | – كريست |
| – curly hair | – شعر أجعد |
| – cutaneous paraneoplastic | – ورمي جلدي مواكب |
| – defibrination | – زوال الفيبرين |

| English | Arabic |
|---|---|
| – depressive, psychopharmaceutic agents | ـ اكتئابي/ مكتئب ، عوامل دوائية نفسية |
| – De Sanctis – Caccione | ـ دي سانكتس ـ كاشيوني |
| – dysplastic nevus, hereditary | ـ وحمة مثدونة ( مختلة التنسج ، وراثية ) |
| – dysplastic nevus, nonhereditary | ـ وحمة مثدونة ( مختلة التنسج ) ، غير وراثية |
| – Ehlers – Danlos | ـ أهلر ـ دانلوس |
| – EMO | ـ متلازمة EMO |
| – Fabry's | ـ فابري |
| – familial atypical multiple mole melanoma | ـ ملانوم الشامات المتعددة اللانموذجي العائلي |
| – fatal cutaneointestinal | ـ جلدي معوي مميت |
| – Favere – Racouchot | ـ فافر ـ راكوشو |
| – Feuerstein – Mims | ـ فيورشتاين ـ ميمز |
| – le Févre – Languepin | ـ لوفيفر ـ لانغيوبين |
| – Fiessinger – Leroy | ـ فيسينغر ـ ليروي |
| – Fiessinger – Rendu | ـ فيسينغر ـ روند |
| – fish odor | ـ رائحة السمك |
| – Fritz – Hugh – Curtis | ـ فريتز ـ هوغ ـ كورتيس |
| – Fuchs' | ـ فوش |
| – Gardner's | ـ غاردنر |
| – Gerhardt's | ـ جيرهارت |
| – with gingival involvement | ـ مع إصابة لثوية |
| – Glanzmann – Naegeli | ـ غلانزمان ـ نيجلي |
| – Gorlin – Goltz | ـ غورلين ـ غولتز |
| – Gottron's | ـ غوترون |
| – Gougerot – Carteaud | ـ غوجرو ـ كارتو |
| – Greither's | ـ غريتير |
| – Gronblad – Strandberg | ـ غرونبلاد ـ ستراندبيرغ |
| – Hallopeau – Siemens | ـ هالوبو ـ سيمنس |
| – hamartoma, multiple | ـ ورم عابي ، متعدد |
| – Hartnup | ـ هارتنب |
| – Heerfordt's | ـ هيرفوردت |
| – hemangioma – thromobocytopenia | ـ وعاؤوم دموي ـ بقلة الصفيحات |
| – Herlitz | ـ هيرليتز |
| – Herzberg – Potjan – Gebauer | ـ هيرزبيرغ ـ بوتجان ـ جيبور |
| – Hoigne's | ـ هوجن |
| – Hollander – Simons | ـ هولاندير ـ سيمونس |
| – Hornstein – Knickenberg | ـ هورنشتاين ـ كنيكنبرغ |
| – Horton's | ـ هورتون |
| – Hunt's | ـ هنت |
| – Hurler's | ـ هورلير |
| – Hutchinson – Gilfort | ـ هتشنسون ـ جيلفورت |
| – hypereosinophilic | ـ مفرط الحمضات |
| – hypochondriac, psychopharmaceutic | ـ ممروق ، العوامل الدوائية النفسية |
| – infantile acrolocalized papulovesicular | ـ حطاطي حويصلي على الأطراف عند الأطفال |
| – ingrown great toenail | ـ ظفر الباخس الكبير الناشب |
| – intolerance | ـ عدم تحمل |
| – Kasabach – Merritt | ـ كاسباخ ـ ميريت |
| – Klippel – Trénaunay – Weber | ـ كليبل ـ ترينوني ـ ويبر |
| – Kohlmeier – Degos | ـ كوهلمير ـ ديغوس |
| – Lassueur – Graham – Little | ـ لاسيور ـ غراهام ـ ليتل |
| – Launois – Bensaude | ـ لانوا ـ بنسواد |
| – Lawrence's | ـ لورنس |
| – lentiginosis | ـ داء الشامات |

| | |
|---|---|
| – LEOPARD | – ليوبارد |
| – Lesch – Nyhan | ليش – نيهان |
| – Leser – Tre'lat | – ليزر – تريليه |
| – Libman – Sacks | – لبمان – ساكس |
| – linear nevus sebaceus | – وحمة زهمية خطية |
| – lipedema, painful | – شحميدية ، مؤلمة |
| – lipodystrophy, generalized | – حثل شحمي ، معمم |
| – Lofgren's | – لوفغرين |
| – Louis – Bar | – لويس – بار |
| – lupus anticoagulant | – مضاد التخثر الذأبي |
| – Lyell's | – لايل |
| – Lyell's, staphylococcal | – لايل ، بالعنقوديات |
| – lymphadenopathy (LAS) | – اعتلال العقد اللمفية ( أ ع م ) |
| – Mafucci's | – مافوسي |
| – Makai's | – ماكاي |
| – malingering | – تمارض |
| – Marfan's | – مارفان |
| – Martorell | – مارتوريل |
| – McCune – Albright | – ملك كون – البرايت |
| – Melkersson – Rosenthal | – ملكرسون – روزينتال |
| – Mendes da Costa's | – ميندي داكوستا |
| – Menkes' | – منكس |
| – Meyenburg – Altherr – Uehlinger | – ماينبرغ – التر – أوشلنجر |
| – michelin tire baby | – طفل اطارات ميشلين |
| – Miescher's | – ميشير |
| – Mikulicz's | – ميكوليكز |
| – Mitchell's | – ميتشيل |
| – Mondor's | – موندور |
| – Montgomery's | – مونتغومري |
| – Morgagni's | – مورغاغني |
| – Moschcowitz's | – موشكوفيتز |
| – Mucha – Habermann | – موشى – هايبرمان |
| – Munchhausen's | – مونشهاوزن |
| – Murray's | – موري |
| – nail – patella | – الرضفة – الظفر |
| – Netherton's | – نيتيرتون |
| – neurocutaneous melanoblastosis | – أرام ملاني جلدي عصبي |
| – neuroectodermal | – أديمي ظاهري عصبي |
| – Nicolau's | – نيكولو |
| – Niemann – Pick | – نيمان – بيك |
| – Nonne – Milroy – Meige | – نون – ميلروي – ميج |
| – oculocutaneous | – جلدي عيني |
| – osteoangiohyper – trophy | – ضخامة عظمية وعائية |
| – Papillon – Lefèvre | – بابيلون – لوفيفر |
| – paraneoplastic | – ورمي مواكب |
| – paranoid, psychopharmaceutic agents | – زوراني ، العوامل الدوائية النفسية |
| Pasini's | – باسيني |
| – pellegra – cerebellar ataxia – renal aminoaciduria | – بلغرة – رنح مخيخي – بيلة حمضيمينية كلوية |
| – Peutz – Jegher | – بوتز – جيكرز |
| – Pfeifer – Weber – Christian | – بفيفر – ويبر – كريستيان |
| – pincer bail | – ظفر ملقطي / كماشي الشكل |
| – Plummer – Vinson | – بلومر – فينسون |
| – Prader – Willi | – برادر – ويلي |
| – pseudo – ainhum | – أينوم كاذب |
| – pseudoglucagonoma | – ورم الغلوكاغون الكاذب |
| – pseudo – Lesch – Nyhan | – ليش – نيهان الكاذب |
| – pseudolymphoma | – لمفوم كاذب |
| – psychovegetative, psychopharmaceutic agents | – نفسي إنباتي / العوامل الدوائية النفسية |
| – pterygium | – ظفرة |
| – quadrant | – ربع |

| | |
|---|---|
| – Rabson – Mendelhall | – رابسون – مندلهال |
| – Raynaud's | – رينو |
| – Refsum's | – ريفزوم |
| – Reiter's | – رايتر |
| – REM | – المتلازمة (REM) الموسينية الحمامية الشبكية |
| – Rendu – Osler | – روندو – اوسلر |
| – restless legs | – تململ الرجلين |
| – Richner – Hanbart | – ريختر – هانهارت |
| – Romberg's | – رومبرغ |
| – Rothmann – Makai | – رثمان – ماكاي |
| – Rothmubnd's | – روثموند |
| – Rothmund – Thomson | – روثموند – طومسون |
| – Rud's | – رود |
| – scalded – skin | – الجلد السمطي |
| – Schimmelpenning | – شيملبنيغ |
| – Secretan's | – سيكريتان |
| – Seip – Lawrence | – سيب – لورنس |
| – Senear – Usher | – سينير – أوشر |
| – Sézary | – سيزاري |
| – Sharp's | – شارب |
| – sicca | – جاف |
| – Sjoren's | – سوجرين |
| – Sjogren's, secondary | – سوجرين ، الثانوي |
| – Sjogren – Larsson | – سوجرين ، لارسون |
| – skin – eye – brain – heart | – الجلد ، العين ، الدماغ ، القلب |
| – SLE – like | – المشبه بالذأب الحمامي المجموعي |
| – Sneddon's | – سنيدون |
| – staphyloccal scalded skin (SSSS) | – الجلد السمطي بالعنقوديات |
| – Stein – Leventhal | – شتاين – لوفينتال |
| – Stewart – Treves | – سيتورات – تريفير |
| – Sturge – Weber | – ستورج – ويبر |
| – Sweet's | – سويت |
| – Swift's | – سويفت |
| – telangiectasia – ataxia | – رنح – بتوسع الشعيرات |
| – Teutschander's | – تيتشاندر |
| – Thévenard's | – تيفينارد |
| – Thibièrge – Weissenbach | – تبييرغ – ويسينباخ |
| – Thomsons's | – طومسونز |
| – thrombocytopenia – hemangioma | – قلة الصفيحات – وعاؤوم دموي |
| – thrombohemorr – hagic | – نزفي خثاري |
| – Tietze's | – تيتز |
| – too much skin | – متلازمة الجلد الفضفاض |
| syndrome(s) | متلازمة ( ج : متلازمات ) |
| – Touraine – Solente – Gole | – تورين – سولينت – غول |
| – trichorrhexis | – تقصف الأشعار |
| – Troisier – Hanot – Chauffard | – تروازير – هانوت – شوفارد |
| – trophic trigeminal | – ثلاثي التوائم الثماني ( الغذائي ) |
| – Ullrich – Turner | – الريش – توريز |
| – Urbach – Wiethe | – أورباخ – ويث |
| – van Lohuizen's | – فان لوهيوزين |
| – Vogt – Koyanagi | – فوكت – كوباناجي |
| – Vogt – Koyanagi – Harada | – فوكت – كوياناجي – هارادا |
| – Vohwinkel's | – فوفينكل |
| – von Hippel – Lindau | – فون – هيبل – ليندو |
| – Vrolik's | – فروليك |
| – web | – الوترة |
| – Weber – Cockayne | – ويبر – كوكايين |
| – Wegener – Klinger | – فاغنر – كلينجر |
| – Wells' | – ويل |
| – Werner's | – ويرنر |
| – von Willenrand – jurgens | – فون ويلبراند – جورجينز |
| – Winterbauer's | – ونتربور |
| – Wiscott – Aldrich | – ويسكت – الدريش |

| English | Arabic |
|---|---|
| – Wittmaack – Eckbom | – ويتماك – إكبوم |
| – Woolf – Dolowitz – Aldous | – وولف – دولوفتيز – ألدوس |
| – Wubenthal's | – وينتال |
| – yellow nail | – الظفر الأصفر |
| – Zinsser – Cole – Engman | – زنسير – كول – انغمان |
| synovioma, cell, benign giant | ورم زليلي – خلوي ، حميد ، عملاق |
| synthetic derivates | مشتقات تركيبية |
| synthetic fats | دهون تركيبية |
| syphilis | إفرنجي |
| – I | I – |
| – I, diagnosis | – I ، التشخيص |
| – II, late | – II ، متأخر |
| – III | III – |
| syphilis | إفرنجي |
| – antibody reactions in different stages | – تفاعلات الأضداد في المراحل المختلفة |
| – cerbrospinal fluid examinations | – فحوصات السائل النخاعي |
| – classification | – التصنيف |
| – clinical stages | – المراحل السريرية |
| – congenital (see syphilis, congenital) | – ولادي ( انظر الإفرنجي ، الولادي ) |
| – connata | – ولادي |
| – cutaneous syphilid | – طفحة إفرنجية جلدية |
| – endemic | – متوطن |
| – FTA test | – اختبار FTA |
| – FTA – ABS test | – اختبار FTA – ABS |
| – general | – معمم |
| – immunity | – المناعة |
| – macular syphilid (roseola) | – طفحة إفرنجية بقعية ( وردية ) |
| – malignant | – خبيث |
| – newborns | – الوليدين |
| – papular syphilis | – إفرنجي حطاطي |
| – papulosquamous syphilid | – طفحة إفرنجية حطاطية وسفية |
| – pregnancy | – الحمل |
| – primary | – البدئي |
| – pustular syphilid | – طفحة إفرنجية بثرية |
| – quaternary | – رباعي |
| – IgM FTA – ABS test | – اختبار IgM FTA – ABS |
| – sceening tests | – اختبارات التقصي |
| – secondary | – ثانوي |
| – serology (see syphilis serology) | – مصلي ( انظر مصليات الإفرنجي ) |
| – SPHA test | – اختبار SPHA |
| – subcutaneous syphilid | – طفحة إفرنجية تحت الجلد |
| – tertiary | – ثالثي |
| – TPI test | – اختبار TPI |
| – treatment | – المعالجة |
| – ulcerous syphilid | – طفحة إفرنجية تقرحية |
| syphilis, congenital | إفرنجي ، ولادي |
| – early | – باكر |
| – late | – متأخر |
| – stigmata | – سمات |
| – syphilis serology | – مصليات الإفرنجي |
| – findings | – الموجودات |
| – methods | – الطرق |
| – tests | – الإختبارات |
| syphilitic | إفرنجي |
| – pharyngitis | – التهاب بلعوم |
| – saddle nose | – أنف سرجي |
| – tonsillitis | – التهاب اللوزتين |
| syringocystadenoma papilliferum | غدوم عرقي كيسي حليمي الشكل |
| syringoma | ورم غدي عرقي ( غدوم عرقي ) |
| – disseminated | – منتثر |
| – periorbital | – حول الحجاج |
| systematized neviform atrophoderma | ضمور الجلد وحمي الشكل المتناظر |

| English | Arabic |
|---|---|
| systemic | جهازي ، مجموعي |
| – amyloidoses (see systemic amyloidoses) | – الداء النشواني ( انظر الأدواء النشوانية المجموعية ) |
| – giant cell arteritis | – التهاب الشريان بالخلايا العملاقه |
| – lupus erythematosus (see also SLE) | – الذأب الحمامي ( انظر ذ . ح . م أيضاً ) |
| – mastocytoses | – كثرة الخلايا البدينة |
| – mycoses | – الفطارات |
| – scleroderma | – تصلب الجلد |
| – treatment, corticosteroids | – المعالجة بالسيترونيدات |
| – treatment, dermatoses | – المعالجة ، الجلادات |
| systemic amyloidoses | الداء النشواني المجموعي |
| – primary | – البدئي |
| – secndary | – الثانوي |

## T

| English | Arabic |
|---|---|
| T – cell | خلية ت |
| – erythroderma | – أحمرية ( احمرار الجلد ) |
| – lymphomas, cutaneous, staging classification | – لمفومات ، جلدية تصنيف مرحلي |
| – lymphomas, cutaneous, TNM staging classification | – لمفومات ، جلدية تصنيف مرحلي TNM |
| – neoplasia | – ورم |
| T – zone lymphoma | لمفوم المنطقة التائية |
| *Tabanus (gadfies)* | *النعرة ( ذبابة الخيل )* |
| tabes dorsalis | تابس ظهري |
| tack phenomenon | ظاهرة ( الغرزة / المسبار ) |
| tactile receptors | مستقبلات اللمس |
| Taenia saginata | الشريطية العزلاء |
| Taenia solium | الشريطية الوحيدة |
| Takayasu's disease | داء تاكاياسو |
| Tangier disease | داء تانجير |
| tannin | حمض التنيك / حمض الدبغ |
| tanning | دبغ / التسفع |
| – delayed | – آجل |
| tapeworms (Cestoda) | الدودة الشريطية ( القليديات ) |
| tar(s) | قطران |
| – acne | – عد |
| – birch | – شجرة الباتولا ، التامول |
| – coal | – فحم حجري |
| – juniper | – العرعر ( شجر من الفصيلة الصنوبرية ) |
| – keratoses | – تقرانات |
| – psoriasis | – صداف |
| – shale | – حجر ، طين صفيحي ( صخر مشكل من صلصال ) |
| – tincture | – صبغة |
| – warts | – ثآليل |
| – wood | – خشب |
| tattooing | وشم |
| – accidental | – طارئ ، حادثي |
| – amalgam | – ملغم |
| – coal dust | – غبار الفحم الحجري |
| – decorative | – زخرفي |
| – gunpowder | – بارود |
| – ornamental | – زخرفي |
| – sideroses | – حداد ، سحار حديدي |
| – unintentional | – عفوي ، غير مقصود |
| Tegison | تيغازون |
| telangiectases | الشعيرات المتوسعة |
| – primary | – البدئي |
| – primary, other syndromes | – البدئي ، متلازمات أخرى |
| – secondary | – الثانوي |
| telangiectasia | توسع الشعيريات |
| – cerebello – oculo – cutaneous | – مخيخي – عيني – جلدي |
| – essential | – أساسي |
| – exogenous | – خارجي المنشأ |

| English | Arabic |
|---|---|
| – hereditaria hemorrhagica | ـ النزفي الوراثي |
| – macularis eruptiva perstans | ـ البقعي الطفحي المستمر |
| – progressive disseminated essential | ـ المنتشر المترقي الأساسي |
| telangiectasia – ataxia syndrome | متلازمة توسع الشعيرات ـ الرنح |
| telangiectodes, purpura annularis | متوسع الشعيرات ، فرفرية حلقية |
| telecurie apparatus | جهاز الراديوم البعادي |
| telogen | طور انتهاء النمو |
| – alopecia | ـ حاصة |
| – effluvium | ـ نفحة ، تساقط الأشعار |
| – hair loss | ـ فقد الأشعار |
| temporal arteritis | التهاب الشريان الصدغي |
| TEN (toxic epidermal necrolysis) | انحلال البشرة النخري السمي |
| tennis racket nail | ظفر على شكل مضرب التنس |
| terminal hair | أشعار نهائية |
| tertiary syphilis | الإفرنجي الثالثي |
| – bones | ـ العظام |
| – heart and blood vessels | ـ القلب والأوعية الدموية |
| – internal organs | ـ الأعضاء الداخلية |
| – nervous system | ـ الجهاز العصبي |
| – parenchymatous organs | ـ الأعضاء المتينة |
| testosterone, hair | تستوسترون ، الأشعار |
| test(s) | اختبار ( ج : اختبارات ) |
| – atopy | ـ التأتب |
| – automated reagin | ـ الرياجين التلقائي |
| – avoidance, allergic urticaria | ـ اجتناب ، الشرى الأرجي |
| – chancroid complement fixation | ـ تثبيت متممة القريح |
| – confirmatory | ـ مثبت |
| – cough | ـ سعال |
| – Dharmendra | ـ دار مندرا |
| – ELISA | ـ إليزا |
| – exposure, allergic urticaria | ـ التعرض ، في الشرى الأرجي |
| – Fernandez reaction | ـ تفاعل فرنانديز |
| – flocculation | ـ تفاعل التحوصب |
| – FTA | ـ FTA ( تألق أضداد البريميات ) |
| – FTA, syphilis | ـ FTA ، الافرنجي |
| – FTA – ABS | ـ FTA – ABS |
| – FTA – ABS, syphilis | ـ FTA – ABS ، الافرنجي |
| – Herxheimer's reaction | ـ تفاعل هركسهايمر |
| – IgM SPHA | ـ IgM SPHA |
| – Kahn's reaction | ـ تفاعل كان |
| – Kveim | ـ كفيم |
| – laboratory, loprosy | ـ مخبر ، الجذام |
| – LE – cell test | ـ اختبار الخلية ذ ح |
| – leishmanin | ـ ليشمانين |
| – lepromin | ـ جذامين |
| – lepromin reaction | ـ تفاعل الجذامين |
| – lupus band | ـ شريط الذأب |
| – lymphochocyte transformation (LTT) | ـ تحول الخلية اللمفية ( ت . خ . ل ) |
| – macroflocculation | ـ التندف / التحوصب الكبري |
| – Mahorner – Ochsner | ـ ماهورنر ـ أوكسنر |
| – Meinicke clearing reaction | ـ التفاعل الرائق لمينيك |
| – Mitsuda reaction | ـ تفاعل ميتسودا |
| – Mitsuda – Hayasaki | ـ ميتسودا ـ هياساكي |
| – Olmos – Castro | ـ أولموس ـ كاسترو |
| – oral provocation test for idiosyncrasy (OPTI) | ـ اختبار التحريش الفموي للتحساس الذاتي |
| – patch | ـ بقعية |
| – Paul's | ـ بول |
| – Perthes' | ـ بيرث |
| – photodermatoses | ـ جلاد ضوئي |

| | |
|---|---|
| – PRIST (paper radioimmunosorbent test) | – بريست ( اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي الورقي ) |
| – rapid plasma reagin card (RPRC) | – بطاقة الرياجين البلاسمي السريع |
| – RAST (radioall – ergosorbent test) | – راست ( اختبار الامتصاص الأرجي الإشعاعي ) |
| – Ratschow's | – راتشوف |
| – Reiter protein complement – fix – ation | – تثبيت المتممة البروتينية لرايتر |
| – RIST (radioimmun – osorbent test) | – ريست ( اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي ) |
| – Rumpel – Leede | – رومبل – ليد |
| – IgM FTA – ABS | – IgM FTA – ABS |
| – IgM FTA – ABS, syphilis | – IgM FTA – ABS ، الإفرنجي |
| – Schirmer's | – شيرمر |
| – screening, syphilis | – تقصي ، الإفرنجي |
| – serological, syphilis | – مصلية ، الإفرنجي |
| – SPHA | – SPHA |
| – SPHA, syphilis | – SPHA ، الإفرنجي |
| – TPHA | – TPHA |
| – TPI | – TPI |
| – TPI, syphilis | – TPI ، الافرنجي |
| – Trendelenburg test I | – اختبار ترندلنبرغ الأول |
| – Trendelenburg test II | – اختبار ترندلنبرغ الثاني |
| – terponemal reactions | – تفاعلات اللولبية |
| – Tzanck's, pemphigus vulgaris | – تزانك ، في الفقاع الشائع |
| – urticaria | – شرىً |
| – venereal disease research laboratory (VDRL) | – مختبر أبحاث الأمراض الزهرية |
| – Wassermann Reaction (WaR) | – تفاعل واسرمان |
| tetracylines | التراسيكلينات |
| Teutschlander's syndrome | متلازمة تيتشلاندر |
| textile workers, contact dermatitis and eczema | عمال النسيج ، التهاب الجلد التماسي والإكزيمة |
| thalassemia, beta | التلاسيمية ، بيتا |
| thallus | مَشَرة |
| Theodor's gland | غدة تيودور |
| therapy (see treatment) | المعالجة ( انظر المعالجة ) |
| thermal cautery | كي حراري |
| thesaurismoses | كناز ( داء الاختزان ) |
| thesaurismosis hereditaria lipoidica | كناز وراثي شحمي |
| thesaurismosis, phytanic acid | كناز ، الحمض الفيتاني |
| Thévenard's disease | داء ثيفنارد |
| Thévenard's syndrome | متلازمة ثيفنارد |
| thiabendazole | ثيابندازول |
| thiamine (vitamin B1) | تيامين ( فيتامين ب١ ) |
| Thibièrge – Weisse – nbach syndrome | متلازمة ثيبيرج – ويسينباخ |
| thimble nails | أظفار أنبوبية |
| Thomson's syndrome | متلازمة طومسون |
| thorium X | توريوم X ( إكس ) |
| threadworms (Nematoda) | السرمية الدويدية ، الأقصور ( الممسودات ) |
| three – day – fever exanthem | طفحية حمى الأيام الثلاثة |
| thrombasthenia | وهن الصفيحات |
| thromboangiitis cutaneointestinalis disseminata | التهاب وعائي خثاري جلدي معوي منتثر |
| thromboangiitis obliterans | التهاب وعائي خثاري مسد |
| thrombocythemia | كثرة الصفيحات |
| thrombocytopenia | قلة الصفيحات |
| – acquired (see thrombocytopenia, acquired) | – المكتسب ( انظر قلة الصفيحات ، المكتسب ) |
| – with eczema, familial | – مع إكزيمة ، العائلي |

| | |
|---|---|
| – hereditary | – الوراثي |
| – megakaryocytic | – النواء |
| thrombocytopenia, acquired | قلة الصفيحات المكتسب |
| – maturation defect | – عيب نضجي |
| – megakaryocytic thrombocytopenia | – قلة الصفيحات النُّواء |
| – production defect | – عيب الإنتاج |
| thrombocytopenia – hemangioma syndrome | متلازمة الوعاؤوم الدموي – بقلة الاصفيحات |
| thrombocytopenic purpura | فرفرية بقلة الصفيحات |
| – idiopathic (see also ITP) | – الغامض ( الذاتي ) |
| thrombocytosis | كثرة الصفيحات |
| thromboembolic diseases | أدواء الانصمام الخثاري |
| thrombohemorrhagic syndrome | متلازمة النزف الخثاري |
| thrombophlebitis | التهاب الوريد الخثاري |
| – deep | – العميق |
| – migrans | – الهاجر |
| – recurrent migratory | – الهاجر الراجع |
| – saltans | – المتنقل ، الهاجر |
| – superficial | – السطحي |
| thrombosis, perianal | الخثار ، حول الشرج |
| thrombotic microangiopathy | اعتلال العروق الدقاق الخثاري |
| thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) | الفرفرية بقلة الصفيحات الخثارية |
| thrush | السلاق |
| thymol | تيمول |
| thyroglossal duct cyst | كيسة القناة الدرقية اللسانية |
| tick(s) | قراد |
| – castor bean | – بذرة نبات الخروع |
| Tietze's syndrome | متلازمة تيتز |
| Tigason | تيغازون |

| | |
|---|---|
| tinctures | صبغة ( ج : صبغات ) |
| – dermatological | – جلدية |
| – podophyllin | – بودوفيللين |
| – tar | – قطران |
| – wart | – ثؤلول |
| – tinea | – سعفة |
| – barbae | – اللحية ( الذقن ) |
| – capitis | – الرأس |
| – colli | – العنق |
| – corporis | – الجسد |
| – cruris | – الأرفاع |
| – faciei | – الوجه |
| – favosa | – القرعة |
| – inguinalis | – الأرفاغ |
| – of the lower leg | – الساقين |
| – manus | – اليد |
| – nigra, molds | – سوداء ، العفن |
| – pedis (see tinea pedis) | – القدم ( انظر السعفة القدمية ) |
| – unguium | – الظفر |
| – unguium, treatment | – الظفر ، المعالجة |
| tinea pedis | السعفة القدمية |
| – dyshidrosiform type | – نمط من شكل خلل التعرق |
| – intertriginous type | – النمط المذحي |
| – macerative type | – النمط المتعطن |
| – squamous – hyper – keratotic type | – النمط الوسفي – مفرط التقرن |
| tissue | نسيج ( ج : نسج ) |
| – disease (see also connective tissue disease) | – داء ( انظر داء النسيج الضام أيضاً ) |
| – fatty | – دهني |
| – hernias, multiple fatty tissue hernias of the heel | – فتق ، فتوق النسيج الدهني المتعددة على العقب |
| – mixed connective tissue disease | – مرض النسيج الضام المختلط |
| toenail, great, dystrophy | ظفر الأبخس ، الكبير ، الحثلي |

| | | | |
|---|---|---|---|
| toenail, great, ingrown | ظفر الأبخس ، الكبير ، الناشب | – agents, skin reactions | ـ العوامل ، تفاعلات الجلد |
| tolciclate | تولسيكليت | – degenerative eczema | ـ إكزيمة تنكسية |
| tolnaftate | تولنافيتت | – drug – induced exanthem | ـ طفحية محدثة بالأدوية |
| tongue | اللسان | – epidermal necrolysis (TEN) | ـ انحلال البشرة النخري |
| – black | ـ الأسود | – erythema in neonates | ـ حمامى في الولدان |
| – black hairy | ـ الأسود المشعر ( الوبري ) | – exfoliative erythrodermas | ـ الأحمريات ( احمرارات الجلد ) التقشرية |
| – burning (glossopyrosis) | ـ حرقة ( حرقة اللسان ) | – substances, chemical causes | ـ مواد ، الأسباب الكيمائية |
| – carcinoma | ـ سرطانة | toxicodermia | تسمم الجلد |
| – furrowed | ـ المثلم / الأخدودي | *TPHA (Treponema pallidum hemagglutination) test* | *اختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة* |
| – geographic | ـ الجغرافي | *TPI (Terponema pallidum immobilization) test* | *اختبار تثبيت اللولبية الشاحبة* |
| – pain | ـ ألم | *– syphilis* | *ـ إفرنجي* |
| – plicated | ـ المطوى ، المثني | *trabecular carcinoma* | *سرطانة تربيقية* |
| – scrotal | ـ الصفني | *trachoma* | *حَثَر* |
| – strawberry | ـ التوتي | *trachyonychia* | *خشونة الظفر* |
| – varices | ـ دوالي | *tranquilizers* | *المهدئات* |
| tonsilla lingualis | لوزة لسانية | *transient chancroid* | *قريح عابر* |
| tonsillae linguae heterotopicae symmetricae | لوزات لسانية غيرية التوضع متناظرة | *transient lymphangiectasis of the penis* | *توسع الأوعية اللمفية العابر على القضيب* |
| tonsillar xathomatosis | الورام الأصفر اللوزي | *transitional phase, hair cycle* | *الطور الإنتقالي ، في دورة الشعر* |
| tonsillitis, syphilitic | التهاب اللوزتين ، إفرنجي | *transitory acantholytic drmatosis* | *جلاد انحلال الأشواك العابر* |
| tonsils, lingual, heterotopic | اللوزات اللسانية ، غيرية التوضع | *transitory livedo reticularis* | *التزرق الشبكي العابر* |
| tonsils, Waldeyer's tonsillar ring | اللوزات ، الحلقة اللوزية لفالدير | *transitory plaques* | *اللويحات العابرة* |
| too much skin syndrome | متلازمة الجلد الفضفاض | *traumatic epithelial cysts* | *الكيسات الظهارية الرضحية* |
| topical treatment of dermatoses | المعالجة الموضعية في الجلادات | *traumatic mucous* | *مخاطي رضحي* |
| *Torulopsis* | *داء المستخفيات* | | |
| Touraine – Solente – Golé syndrome | متلازمة تورين ـ سولينت ـ غولي | | |
| Touton giant cells | الخلايا العملاقة لتوتون | | |
| tower nails | أظفار برجية | | |
| toxemic rash of pregnancy | طفح سمدمي في الحمل | | |
| toxic | سمي ، سام | | |

| | |
|---|---|
| *– cyst* | *ـ كيسات* |
| *– gland cyst* | *ـ كيسة غدية* |
| *– retention cyst* | *ـ كيسة احتباسية* |
| *traumatic panniculitis* | *التهاب السبلة الشحمية الرضحي* |
| *treament* | معالجة |
| *– acne* | ـ عد |
| – acute allergic contact dermatitis | ـ التهاب جلد تماسي أرجي حاد |
| – AIDS | ـ الإيدز / المعمم |
| – allergic urticaria | ـ شرىً أرجي |
| – anaphylactoid reactions | ـ التفاعلات التأقلانية |
| – antipsoriatic | ـ مضادات الصداف |
| – atopic eczema | ـ الإكزيمة التأتبية |
| – biopsy material | ـ مادة للخزعة |
| – chronic allergic contact eczema | ـ الإكزيمة التماسية الأرجية المزمنة |
| – chronic urticaria | ـ الشرىٰ المزمن |
| – chronic venous insufficiency | ـ القصور الوريدي المزمن |
| – contact therapy | ـ المعالجة التماسية |
| – corticosteroid | ـ الستيروئيدات |
| – dermatophytoses | ـ الفطارات الجلدية |
| – dermatoses, systemic | ـ الجلادات المجموعية |
| – dermatoses, topical | ـ الجلادات الموضعة |
| – differential, chronic arterial occlusive disease | ـ التفريق ، الداء الإنسدادي الشرياني المزمن |
| – gonorrhea | ـ السيلان |
| – grenz ray | ـ أشعة غرينز |
| – heliobalneotherapy | ـ المعالجة بالحمامات الشمسية |
| – heliothalassotherapy | ـ المعالجة البحرية الشمسية |
| – heliotherapy | ـ المعالجة الشمسية |
| – hirsutism | ـ الشعرانية ، الزبب |
| – hyperhidrosis | ـ التعراق ، فرط التعرق |
| – leprosy | ـ الجذام |
| – malignant melanoma | ـ الملانوم الخبيث |
| – onychomycosis | ـ الفطارات الظفرية |
| – photochemotherapy | ـ المعالجة الضوئية الكيميائية |
| – physical | ـ الفيزيائية |
| – pruritus, systemic | ـ الحكة ، المجموعية |
| – psoriasis | ـ الصداف |
| – psoriasis vulgaris | ـ الصداف الشائع |
| – rhinophyma | ـ فيمة الأنف |
| – soft X – ray | ـ أشعة X ( إكس ) اللينة |
| – standard, gonorrhea | ـ معيار ، السيلان |
| – syphilis | ـ الإفرنجي |
| – tinea unguium | ـ سعفة الظفر |
| – tuberculosis | ـ التدرن |
| – varices, sclerotherapy | ـ الدوالي ، المعالجة المصلبة |
| – varices, surgical | ـ الدوالي ، الجراحية |
| – venous stasis ulcer | ـ قرحة الدوالي الركودية |
| – warts | ـ الثآليل |
| – worm diseases | ـ أدواء الديدان |
| – X – ray | ـ أشعة إكس |
| Trematoda/trematodes | المثقوبات |
| Trendelenburg test I | اختبار ترندلنبرغ I |
| Trendelenburg test II | اختبار ترندلنبرغ II |
| *Treponema* | *اللولبية* |
| *– T. pallidum* | *ـ اللولبية الشاحبة* |
| *– T. pallidum immobilization (TPI) test* | *ـ اختبار تثبيت اللولبية الشاحبة* |
| *– T. pallidum hemagglutination (TPHA) test* | *ـ اختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة* |
| *– T. pertenue* | *ـ اللولبية الرقيقة / النحيلة* |
| treponemal reactions | تفاعلات اللولبية |
| tretinoin | ترتينون |
| trichilemmal cysts | كيسات غمد الشعرة الخارجي |
| trichilemmoma | ورم غمد الشعرة الخارجي |
| – keratinizing | ـ تقرن |
| *Trichinella spiralis* | *الشَعْرِينة الملتوية* |
| *trichinellosis* | *داء الشعرينات* |

| | |
|---|---|
| *trichinoses* | داء الشعرينات |
| *trichloracetic acid* | حمض الخل ثلاثي الكلور |
| *trichoadenma* | الغدوم الشعري |
| *trichobacteriosis axillaris* | الفطار الشعري الإبطي |
| *trichobacteriosis palmellina* | الفطار الشعري بلملينا |
| *trichobilharzia* | البلهرسية الشعرية |
| *trichodiscoma* | القرصوم الشعري |
| *trichoepithelioma* | الظهاروم الشعري |
| *– desmoplastic* | ـ مولد الرباط |
| *– papulatum multiplex* | ـ الحطاطي المتعدد |
| *trichofolliculoma* | الجريبوم الشعري |
| *– sebaceous* | ـ زهمي |
| *trichogram (hair root status)* | مخطط الشعرة ( حالة جذر الشعرة ) |
| *trichogranuloma of hairdressers* | حبيبوم شعري عند الحلاقين |
| *trichomalacia* | تلين الأشعار |
| *trichome vitligo* | بهاق ثلاثي التلون |
| *trichomonas urethritis* | التهاب الإحليل بالمشعرات |
| *trichomoniasis vaginalis* | داء المشعرات المهبلي |
| *trichomoniasis vaginalis* | الفطار الشعري الإبطي |
| *trichomycosis nodosa nigra* | الفطار الشعري العقدي الأسود |
| *trichonodosis* | فطار شعري عقدي |
| *Trichophyton* | الشعروية |
| *– T. rubrum* | ـ الشعروية الحمراء |
| *– t. mentagrophytes* | ـ الشعروية الذقنية |
| trichophytosis | داء الشُعْرَويات ( داء الفطور الشعروية ) |
| trichopoliodystrophy | حثل الشعر الرمادي |
| trichorrhexis | تقصف الشعر |
| – invaginata | ـ المنغلف |
| – nodosa | ـ العقد |
| – syndrome | ـ متلازمة |
| trichoses, hypertrichoses | شُعَار ، فرط الأشعار |
| *Trichosporn* | المبوغات الشعرية |
| trichostasis lanuginosa Pinkus | الشعر الزغبي الثابت لبنكوس |
| trichostasis spinulosa | الشعر الشوكي الثابت |
| trichotemnomania | هوس النتف |
| – trichothiodystropy | حثل الشعر الكبريتي |
| trichotillobasalioma / trichotillobasaloma | القاعدوم / ورم الخلية القاعدية الشعري |
| trichotillomania | هوس النتف |
| *Trichuris trichiura* | شعرية الذيل الدقيقة |
| trigminal branch, second and third, zoster | فرع ثلاثي التوائم ، والثالث ، النطاقي |
| triglyceridemia, carbohydrate – ind – uced | فرط الغليسيريدات الثلاثية في الدم ، المحدثة بالسكريات |
| trimethylaminuria | بيلة أمينية ثلاثية الميثيل |
| Troisier – Hanot – Chauffard syndrome | متلازمة تروازير ـ هانوت ـ شوفارد |
| tromantadine | تروماندتادين |
| trombiculiasis | داء الخطماوات |
| trombidiosis | داء العث |
| trophedema | الوذمة الإغتذائية |
| trophic trigeminal syndrome | متلازمة ثلاثي التوائم الغذائي ( النمائي ) |
| trophoneurosis of Romberg | العصاب الاغتذائي لرومبرغ |
| tropical | مداري |
| – elephantiasis | ـ داء الفيل |
| – phagedena | ـ قرحة آكلة |
| – ulcer | ـ قرحة |
| true | حقيقي |
| – epithelial cysts | ـ كيسات ظهارية |
| – knuckle pads | ـ وسادات البراجم |
| – myxedema | ـ وذمة مخاطية |
| trunk varicosis | ـ دوالي الجذع |

| English | Arabic |
|---|---|
| TTP (thrombotic thrombocytopenic purpura) | فرفرية خثارية بقلة الصفيحات |
| tube nails | أظفار أنبوبية |
| tuber (protuberance) | حدبة ، ناشزة |
| tuberculid(s) | طفحة سلية ، طفحة تدرنية |
| – acneiform | ـ عدية الشكل |
| – papulonecrotic | ـ حطاطية نخرية |
| – rosacea – like | ـ الشبيهة بالعد الوردي |
| tuberculin reaction | تفاعل السلين |
| tuberculoid leprosy | الجذام الدرني |
| tuberculosis (see also skin tuberculosis) | تدرن ، سُل ( انظر تدرن الجلد أيضاً ) |
| – cutis (see tuberculosis cutis) | ـ جلدي ، ( انظر التدرن الجلدي ) |
| – fungosa serpiginosa | ـ فطري ساعي |
| – miliary | ـ دُخني |
| – primaria cutis | جلدي أولي |
| – of the skin | ـ الجلد |
| – treatment | ـ المعالجة |
| – verrucosa cutis | ـ الجلد الثؤلولي |
| tuberculosis cutis (see also skin tuberculosis) | تدرن الجلد ، سل الجلد ( انظر تدرن الجلد أيضاً ) |
| – colliquativa | ـ مميع |
| – indurative | ـ جاسئ |
| – lichenoides | ـ حزازاني |
| – luposa | ـ ذأبي |
| – miliaris disseminata | ـ دخني منتثر |
| – miliaris disseminata faciei | ـ دخني منتثر وجهي |
| – orificialis | ـ الفوهات |
| – papulonecrotica | ـ حطاطي نخري |
| tuberculous | تدرني ، سلي |
| chancre | ـ قرح |
| – complex, primary | ـ معقد ، أولي |
| – gumma | ـ صمغ |
| – ulcers of the mucous membranes | ـ قرحات على الأغشية المخاطية |

| English | Arabic |
|---|---|
| tuberous cerebral sclerosis | تصلب مخي حدبي |
| tubular adenoma of the vulva | غدوم أنبوبي على الفرج |
| tularemia | تولارمية |
| tumenol | تومينول |
| tumor(s) (see also cancer, pre – and pseudocanceroses or carcinoma) | ورم ( انظر السرطان ، مقدمة السرطان والسرطان الكاذب أو السرطانة ) |
| – Abrikossoff's | ـ ابريكوسوف |
| – basal cell | ـ الخلية القاعدية |
| – benign | ـ حميد |
| – benign epithelial | ـ ظهاري حميد |
| – blood vessels | ـ الأوعية الدموية |
| – bone | ـ عظمي |
| – Buschke – Löwen – stein (condylomata gigantea) | ـ بوشكيه ـ لوفنشتاين ( اللقموم العملاق ) |
| – cartilage | ـ غضروف |
| – cystic | ـ كيسي |
| – cystic, nevoid | ـ كيسي ، وحماني |
| – dermal duct | ـ قنوي جلدي |
| – epithelial | ـ ظهاري |
| – fibroepithelial | ـ ظهاري ليفي |
| – follicular | ـ جريبي |
| – follicular infundibulum | ـ جريبي قمعي |
| – giant cell tumor of the tendon sheath | ـ ورم الخلية العملاقة في صفيحة الوتر |
| – glomus | ـ كبي |
| – granular | ـ خلية حبيبية |
| – hair disk | ـ قرص الشعرة |
| – Koenen's | ـ كونن |
| – lymph vessels | ـ أوعية لمفية |
| – malignant epithelial | ـ ظهاري خبيث |
| – malignant tumor emboli | ـ صمات ورمية خبيثة |
| – mesenchymal | ـ لحمي متوسط |

| | |
|---|---|
| – molluscoid pseudotumors | – الأورام الكاذبة المليسائية الشكل |
| – muscles | – العضلات |
| – nervous system | – الجهاز العصبي |
| – oportunistic, AIDS | – انتهازي ، الإيدز |
| – proliferating trichilemmal | – غمد الشعرة الخارجي التكاثري |
| – Spiegler's | – سبيغلر |
| – subungual (see also subungual tumors) | – تحت الظفر ( انظر الأورام تحت الأظفار ) |
| – sweat gland | – الغدة العرقية |
| – turban | – العمامة |
| tumor – like eosinophilic granuloma | حبيوم حمضي مشبه بالورم |
| turban tumor | ورم العمامة |
| twisted hair | الأشعار المبرومة |
| tylositates articuli | ثفان مفصلي |
| tylotic hand and foot eczema | إكزيمة اليد والقدم الثُفانية |
| type I (anaphylactic) reaction | نمط I تفاعل ( تأقي ) |
| type II (cytotoxic) reaction | نمط II تفاعل ( سام للخلايا ) |
| type III (immune – complex) reaction | نمط III تفاعل ( المعقدات المناعية ) |
| – Arthus type | – نمط آرتوس |
| – serum – sickness type | – نمط داء المصل |
| type IV (cellular allergic, of delayed type) reaction | نمط IV تفاعل ( أرجي خلوي ، من النمط الآجل ) |
| – eczema type | – نمط إكزيمي |
| – tuberculin | – نمط السلين |
| typhus | التيفوس |
| – endemic | – المتوطن |
| – epidemic (rickettsia) | – الوبائي ( الريكتسية ) |
| – exanthematicus | – الطفحي |
| – group, rickettsia diseases | – زمرة ، أدواء الريكتسيات |
| – Indian tick | – القراد الهندي |
| – Kenya tick | – القراد الكيني |
| – murine (endemic) | – الفأري ( متوطن ) |
| – North Asian tick | – قراد شمال أسية |
| – Queensland tick | – قراد كوين لاند |
| – scrub | – قرادي |
| – Siberian tick | – القراد السيبيري |
| typus rusticanus | التيفوس |
| Tyson glands | غدد تيسون |
| Tzank cells | خلايا تزانك |
| Tzanck's test, pemphigus vulgaris | اختبار تزانك ، في الفقاع الشائع |

# U

| | |
|---|---|
| udderpox | جدري الضرع |
| ulcer(s) | قرحة ( ج : قرحات ) |
| – anesthetic | – خدرية |
| – Bahia | – باهيا |
| – chiclero | – قرحة شيكليرو ( شكل من الليشمانية في المكسيك ) |
| – crural | – الساق |
| – decbitus | – الناقبة |
| – desert | – الصحراء |
| – herpes simplex, postherpetic ulceration | – الحلأ البسيط ، عقب التقرح الحلئي |
| – hypertensive ischemic (Fatber) | – اقفارية بفرط ضغط الدم ( فاربر ) |
| – leg, etiology | – الساق ، الأسباب |
| – livedo reticularis with summer ulceration | – التزرق الشبكي مع التقرح الصيفي |
| – Marjolin | – مارجولين |
| – morphology | – الشكلياء |
| – Morvan's | – مورفان |
| – neurotrophic ulcerations | – التقرحات التغذوية العصبية |

| English | Arabic |
|---|---|
| – perforating ulceration | – التقرح الثابت |
| – phagedenic (phagedena) | – قرحة آكلة ( قرحة آكلة ) |
| – roentgen | – رونتجن |
| – stasis | – الركودة |
| – tropical | – المدارية |
| – tuberculous, of the mucous membranes | – التدرنية ، على الأغشية المخاطية |
| – venous stasis | – الركودة الوريدية |
| – venous stasis, treatment | – الركودة الوريدية ، المعالجة |
| – wasting | – هزل / ضمور |
| – X – ray | – أشعة إكس |
| ulcerating basal cell carcinoma | سرطانة الخلية القاعدة التقرحية |
| ulcerative | تقرحي |
| – atrophie blanche | – ضمور أبيض |
| – pharyngitis | – التهاب البلعوم |
| – stomatitis | – التهاب الفم |
| ulcerous lupus vulgaris | الذأب الشائع التقرحي |
| ulcerous syphilid | طفحة إفرنجية تقرحية |
| ulcus | قرحة |
| – cruris hypertonicum | – الأرفاغ مفرطة التوتر |
| – lymphogranuloma – tosum | – لمفية حبيبومية |
| – molle (see ulcus molle) | – رخو / لين ( انظر القرحة اللينة ) |
| – rodens | – قارضة |
| – terebrans | – ثاقبة |
| – tropicum | – مدارية |
| – vulvae acutum | – مهبلية حادة |
| ulcus molle | قرحة لينة |
| – elevatum (raised chancroid) | – مرتفعة ( قريح مرتفع ) |
| – gangraenosum | – مواتية |
| – serpiginosum | – ساعية |
| ulerythema ophryogenes | الحمامى التندبية حجبية المنشأ |

| English | Arabic |
|---|---|
| Ullrich – Scheie, mucopolysaccha – ridoses | الريش – سكي – داء عديدات السكريد المخاطية |
| Ullrich – Turner syndrome | متلازمة الريش – تورنر |
| ultrasound | فائق الصوت |
| ultraviolet filters | مراشح الأشعة فوق البنفسجية |
| ultraviolet radiation | التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية |
| uncombable hair | شعر غير قابل للتمشيط |
| undulant fever | حمى متموجة |
| unguis | ظفر ( ج : أظفار ) |
| – incarnatus | – ناشب |
| – nail | – ظفر |
| – in turriculo | – أنبوبي |
| universal metabolic calcinosis | كلاس استقلابي شامل |
| Unna – Politzer nevus | وحمة أونا – بوليتزر |
| Unna – Thost disease | داء أونا – توست |
| Urbach – Wiethe syndrome | متلازمة أورباخ – ويث |
| urea | يوريا |
| *Ureaplasma urealyticum* | *يوريا بلاسما الحالة للبولة* |
| uremic elastosis | مران يوريمي |
| urethritis | التهاب الإحليل |
| – *Acintobacter* | – *الجراثيم العنبية* |
| – balanitis | – التهاب الحشفة |
| – candida | – المبيضات |
| – chlamydia | – المتدثرة |
| – gonorrheal | – السيلاني |
| – herpes virus | – حمة الحلأ |
| – myoplasma | – المفطورة |
| – nongonococcal (NGU) | – اللابني |
| – nonspecific | – اللانوعي |
| – postgonococcal (PGU) | – عقب البنيات |
| – Reiter's disease | – داء رايتر |

| English | Arabic |
|---|---|
| – staphylococcal | ـ العنقوديات |
| – streptococcal | ـ العقديات |
| – traumatic | ـ الرضحي |
| – *Trichomonas* | ـ المشعرات |
| – *Veillonella* | ـ *الفيونيلة* |
| urinary tract, gonorrhea | السبيل البولي ، السيلان |
| urogenital infections with chlamydia trachomatis | الأخماج البولية التناسلية بالمتدثرات الحثرية |
| urtica | شرية ( من شرىٰ ) |
| – anemica | ـ فقر الدم |
| – hyperemica | ـ التبيغي |
| – porcellanea | ـ البورسلاني |
| – rubra | ـ الأحمر |
| urticaria | الشرىٰ |
| – ance | ـ العدي |
| – acute | ـ الحاد |
| – allergic (see urticaria, allergic) | ـ الأرجي ( انظر الشرىٰ ، الأرجي ) |
| – aquagenic | ـ المائي |
| – associated with vasculitis | ـ المترافق بالتهاب الأوعية |
| – e calore | ـ والحروري |
| – cholinergic | ـ كوليني الفعل |
| – chronic (see urticaria, chronic) | ـ المزمن ( انظر الشرىٰ المزمن ) |
| – classification | ـ التصنيف |
| – cold | ـ البرد |
| – contact (see urticaria, contact) | ـ التماسي ( انظر الشرىٰ ، التماسي ) |
| – drug – induced nonimmunological (pseudoallergic) | ـ المحدث بالأدوية اللامناعي ( الأرجي الكاذب ) |
| – exertion | ـ الجهد |
| – factitia | ـ المفتعل |
| – Frick test | ـ اختبار فريك |
| – friction test | ـ اختبار الإحتكاك |
| – e frigore | ـ برودة |
| – heat contact (see uritcaria, heat contact) | ـ التماسي الحراري ( انظر الشرى التماسي الحراري ) |
| – intracutaneous (intradermal) test | ـ الإختبار داخل الجلد ( داخل الأدمة ) |
| – mechanica | ـ الآلي |
| – neonatorum | ـ الوليدي |
| – papulosa chronica | ـ الحطاطي المزمن |
| – papulosa infantum | ـ الحطاطي الطفلي |
| – perstans | ـ المستمر |
| – physical | ـ الفيزيائي |
| – pigmentosa | ـ الصباغي |
| – pigmentosa adultorum | ـ الصباغي الكهلي |
| – pigmentosa bullosa | ـ الصباغي الفقاعي |
| – pigmentosa hemorrhagica | ـ الصباغي النزفي |
| – pressure | ـ بالضغط |
| – PRIST (paper radioimmunosorbent test) | ـ بريست ( اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي الورقي ) |
| – RAST (radioalle – rgosorbent test) | ـ راست ( اختبار الامتصاص الأرجي الإشعاعي ) |
| – rewarming | ـ إعادة التدفئة / المتكررة / |
| – RIST (radioimmu – nosorbent test) | ـ ريست ( اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي ) |
| – scratch test | ـ اختبار بالتخديش |
| – serum IgE determination | ـ تعيين الغلوبلين IgE المصلي |
| – skin testing | ـ اختبار الجلد |
| – solar/solaris | ـ الشمسي |
| – sweat | ـ عرق |
| urticaria, allergic | ـ الشرى ، الأرجي |
| – avoidance test | ـ اختبار الوقاية |
| – diagnostic measures | ـ الإجراءات التشخيصية |
| – exposure test | ـ اختبار التعرض |
| – treatment | ـ المعالجة |
| urticaria chronic | الشرى المزمن |

| English | Arabic |
|---|---|
| – intermittent | ـ المتقطع |
| – treatment | ـ المعالجة |
| urticaria, contact | الشرى ، التماسي |
| – animal allergens | ـ المستأرجات الحيوانية |
| – caterpillars | ـ اليسروع |
| – cosmetics | ـ المزوقات |
| – drugs | الأدوية |
| – foods | ـ الأغذية |
| – histamine | ـ الهستامين |
| – immediate – type contact allergy | ـ الأرج التماسي من النمط العاجل |
| – insect stings or bites | ـ لسع الحشرات أو عضها |
| – plant allergens | ـ المستأرجات النباتية |
| – sea animals | ـ الحيوانات البحرية |
| – toxic effects | ـ التأثيرات السمية |
| – work – associated substances | ـ المواد المرافقة للعمل |
| – urticaria, heat contact | ـ الشرىٰ ، التماسي الحراري |
| – solar urticaria | ـ الشرىٰ الشمسي |
| – special forms | ـ الأشكال الخاصة |
| – X – ray urticaria | ـ الشرىٰ بأشعة X ( إكس ) |
| urticarial dermographism | كتوبية الجلد الشروية |
| urticarial vasculitis | التهاب الأوعية الشروي |
| uta | أوتا ( من مرادفات داء الليشمانيات الأمريكي ) |
| UV radiation | التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية |
| UVA | الأشعة فوق البنفسجية آ |
| – fluorescent tubes | ـ أنابيب التألق |
| UVB | الأشعة فوق البنفسجية ب |
| – fluorescent tubes | ـ أنابيب التألق |
| UVC | الأشعة فوق البنفسجية ث |

## V

| English | Arabic |
|---|---|
| vaccinia inoculata | الوقس / جدري البقر |
| vaccinia virus | حمة الوقس |
| vagabond's disease | داء المشردين |
| vagina | المهبل |
| vaginal discharge | نجيج مهبلي |
| – bacterial infections | ـ الأخماج الجرثومية |
| – Candida albicans | ـ المبيضات البيض |
| – diagnostic guidelines | ـ أدلة التشخيص |
| – *Gardnerella vaginalis* | ـ *الغاردنرلا المهبلية* |
| – gonorrhoea | ـ سيلاني |
| *Trichomonas infection* | *أخماج المشعرة* |
| – thrush | ـ السلاق |
| vaginosis | التهاب المهبل |
| valley fever | حمىٰ الوادي |
| Van Lohuizen's syndrome | متلازمة فان لويزين |
| varicella | الحماق |
| – adultorum | ـ الكهلي |
| – exanthem | ـ الطفحي |
| – pregnancy | ـ الحملي |
| varicella – Zoster virus | ـ حمة الحماق ـ النطاقي |
| varices | الدوالي |
| – arborizing | ـ المتشعبة ، المتفرعة |
| – primary | ـ الأولية ، البدئية |
| – reticular | ـ الشبكية |
| – sclerotherapy | ـ المعالجة المصلبة |
| – secondary | ـ الثانوية |
| – surgical therapy | ـ المعالجة الجراحية |
| – of the tongue | ـ اللسان |
| varicophlebitis | التهاب الدوالي |
| varicosis | الدوالي |
| – branch, lateral | ـ فرع ، الوحشية / الجانبية |
| – trunk | ـ الجذع |
| variegate porphyrias | البرفيرية المتغيرة |
| variola | الجدري |
| – confluens | ـ المُقْرَن ( المتلاقي ) |
| – minor | ـ الصغير |
| varioloid | جدراني |
| varnishes | ورنيش |
| vascular | وعائي |
| – abnormalities | ـ شذوذات |

| | |
|---|---|
| – disorders of hemostasis | ـ اضطرابات الإرقاء |
| – nevi | ـ وحمات |
| – nevi, phakomatoses | ـ وحمات ، الأدواء العدسية |
| – plexus, arterial | ـ ضفيرة ، شريانية |
| – plexus, venous | ـ ضفيرة ، وريدية |
| – polyp | ـ سليلة ( بوليب ) |
| vasculitis | التهاب الأوعية |
| – allergic/allergica (see vasculitis, allergic) | ـ الأرجي ( انظر التهاب الأوعية ، الأرجي ) |
| – (arteriolitis) hyperergica cutis | ـ ( التهاب الشريْن ) التبيغي الجلدي |
| – granulomatous | ـ الحبيبومي |
| – immune complex | ـ معقد مناعي |
| – leukocytoclastic | ـ الكاسر للكريات البيض |
| – livedoid | ـ التزرقاني |
| – nodular | ـ العقيدي |
| – panniculitis | ـ التهاب السبلة الشحمية |
| – urticaria(1) | ـ الشروي |
| vasculitis, allergic/ allergica | التهاب الأوعية ، الأرجي |
| – allergic type | ـ النمط الأرجي |
| – antigenic components | ـ مكونات مستضدية |
| – hemorrhagic type | ـ النمط النزفي |
| – hemorrhagic – necrotic type | ـ النمط النزفي ـ النخري |
| – papulonecrotic type | ـ النمط الحطاطي النخزي |
| – pathogenic concept | ـ المفهوم الإمراضي |
| – polymorphous – nodular | ـ العقيدي ـ عديد الأشكال |
| – urticarial vasculitis | ـ التهاب الأوعية الشروي |
| Vaseline (petrolatum) | فازلين ( وذلين ) |
| VDRL (venereal disease research laboratory) test | اختبار ( مختبر أبحاث الأمراض الزهرية ) |
| vegetating bullous pemphigoid | الفقاعاني الفقاعي التنبتي |
| vegetating dermatitis, chronic | التهاب الجلد التنبتي المزمن |
| vegetative warts | الثآليل النابتة |
| *Veillonella* | *الفيونيلة* |
| veins | أوردة |
| – warning | ـ انذار |
| vellus hair | الشعر الزغبي |
| venectases | توسع الوريد |
| venereal disease research laboratory (VDRL) test | اختبار مختبر أبحاث الأمراض الزهرية (VDRL) |
| venous | وريدي |
| – atrophie blanche | ـ ضمور أبيض |
| – function (see venous function) | ـ وظيفة ( انظر الوظيفة الوريدية ) |
| – insufficiency, chronic (see also CVI) | ـ قصور ، مزمن ( انظر القصور الوريدي المزمن أيضاً ) |
| – insufficiency, chronic, | ـ قصور ، مزمن |
| treatment | المعالجة |
| – stasis ulcer | ـ قرحة ركودية |
| – stasis ulcer, treatment | ـ قرحة ركودية ، المعالجة |
| venous function | الوظيفة الوريدية |
| – doppler sonography | ـ دوبلر الضوني |
| – inspection | ـ معاينة |
| – investigation | ـ استقصاء |
| – palpation | ـ جس |
| verruca/verrucae | الثآليل |
| – necrogenica | ـ النخرية |
| planae juveniles | المسطحة الفتوية |
| – plana – like seborrheic keratosis | ـ التقران المثي المشبه بالثآليل المسطحة |
| – plantares | ـ الأخمصية |
| – seborrhoica senilis | ـ المثية الشيخية |
| – vulgares | ـ الشائعة |
| – vulgares, filiform | ـ الشائعة ، خيطية الشكل |
| – vulgaris, subungual | ـ الشائعة ، تحت الظفر |

| | |
|---|---|
| verruciform xanthoma | الصفروم ثؤلولي الشكل |
| verrucous epidermal nevus, inflammatory linear (ILVEN) | الوحمة البشروية الثؤلولية الالتهابية الخطية |
| verrucosis generalisata | الثآليل المعممة |
| verrucous carcinoma | سرطانة ثؤلولية |
| – of the oral cavity | – في الحفرة الفموية |
| verrucous neurodermatitis | جلاد عصبي ثؤلولي |
| verruga peruana | ثآليل بورينية |
| very low – density lipoproteins (VLDLs) | البروتينات الشحمية وضيقة الكثافة |
| vesicles | حويصلات |
| vesicular bullous pemphigoid | الفقاعاني الفقاعي الحويصلي |
| vesicular disease | الداء الحويصلي |
| – classification | – التصنيف |
| vidarabine | فيدارابين |
| Vietnamese time bomb | القنبلة الموقوتة الفيتامينية |
| virilism | الاسترجال |
| virostatic drugs | الأدوية المثبطة للحُمات |
| virus diseases of the skin | أدواء الحمات الجلدية |
| viruses | حمات راشحة / فيروسات |
| visceral | الحشوي |
| – dermal leishmaniasis | – داء الليشمانيات الجلدي |
| – leishmaniasis | – داء الليشمانيات |
| – mycoses | – الفطارات |
| vitamin A | فيتامين آ |
| – deficiency | – عوز |
| – hypervitaminosis | – فرط الفيتامين |
| vitamin B | فيتامين ب |
| vitamin B1 (thiamine) | فيتامين ب١ ( الثيامين ) |
| vitamin B12 (cobalamin) | فيتامين ب١٢ ( كوبالامين ) |
| vitamin B2 (riboflavin) | فيتامين ب٢ ( ريبوفلافين ) |
| vitamin B3 (nicotinamide, pellagra preventive factor) | فيتامين ب٣ ( النيكوتيناميد ، العامل الواقي من البلاغرا ) |
| vitamin B6 (pyridoxine) | فيتامين ب٦ ( البيريدوكسين ) |
| vitamin C | فيتامين ث |
| – deficiency | – عوز |
| vitamin D | فيتامين د |
| – deficiency | – عوز |
| – hypervitaminosis | – فرط الفيتامين |
| vitamin E | فيتامين ي |
| vitamin H | فيتامين هـ |
| vitamin K | فيتامين ك |
| – deficiency | – عوز |
| vitiligo | بهق |
| – perineval | – حول الوحمة |
| – quadrichrome | – رباعي اللون |
| – trichrome | – ثلاثي اللون |
| VLDs (very low – density lipoproteins) | البروتينات الشحمية وضيقة الكثافة |
| Vleminckx's solution | محلول فليمنغ |
| Vogt – Koyanagi syndrome | متلازمة فوكت – كوياناجي |
| Vogt – Koyanagi – Harada syndrome | متلازمة فوكت – كوياناجي – هارادا |
| Vohwinkel's syndrome | متلازمة فوفينكل |
| VP (variegate porphyrias) | البرفيرية المتغيرة |
| Vrolik's syndrome | متلازمة فروليك |
| vulva | الفرج |
| – atrophy | – ضمور |
| – atrophy, senile | – ضمور شيخي |
| – carcinoma | – سرطانة |
| – hidradenoma | – غدوم عرقي |
| – tubular adenoma | – غدوم أنبوبي |
| – eczema | – إكزيمة |
| – dystrophies | – حثول ( م : حَثَل ) |
| vulvitis, allergic | التهاب الفرج ، الأرجي |
| vulvitis circumscripta chronica benigna plasmacellularis | التهاب الفرج المحدد مصوري الخلايا الحميد المزمن |
| vulvovaginitis | التهاب الفرج والمهبل |

| | |
|---|---|
| – of adults | – الكهلي |
| – candidomycetica | – بالمبيضات |
| – diabetic | – السكري |
| – gonorrheal | – السيلاني |
| – herpetica | – الحلئي |
| – infantum | – الطفلي |

## W

| | |
|---|---|
| Waldenstrom's disease | داء والدنستروم |
| Waldeyer's tonsillar ring | الحلقة اللوزية لفالدير |
| Wallace's rule of nines, burns | قانون التسعات لوالاس في الحروق |
| WaR (Wassermann reaction) | تفاعل واسرمان |
| warning veins | أوردة الانذار ( الأوردة المنذرة ) |
| wart(s) | ثؤلول ( ج : ثآليل ) |
| – butcher's | – الجزارين |
| – common | – شائع |
| – dimple | – رصعة ، انطباعية |
| – fig | – تينية |
| – giant | – عملاق |
| – hands and fingers | – اليدين والأصابع |
| – locations | – التوضعات |
| – mosaic | – مزيق |
| – mucosal | – مخاطي |
| – paronychial | – داحسي |
| – plane | – مسطح |
| – plantar | – أخمصي |
| – tar | – القطران |
| – tinctures | – صبغات |
| – treatment | – المعالجة |
| – vegetative | – نابتة |
| wart – like diseases | الأدواء الشبيهة بالثآليل |
| warty dyskeratoma | ورم خلل التقرن المثالل |
| warty tuberculoses of the skin | تدرن الجلد الثؤلولي |
| wasp(s) | زُنْبورُ |
| – venom allergy | – أرج سمي |
| Wassermann reaction (WaR) | تفاعل واسرمان |
| wasting ulcer | قرحة ضامرة |
| watchglass nails | الأظفار المشبهة بزجاجة الساعة |
| water dermatitis | التهاب الجلد بالماء |
| water – in – oil emulsions | الماء في مستحلبات زيتية |
| water – soluble bases (lipogels) | سواغات ذوابة في الماء ( هلامات شحمية ) |
| waterbed, Hebra's | سرير مائي ، لهبرا |
| Waterhouse – Friderichsen syndrome | متلازمة ووترهاوس – فريدريكسين |
| web syndrome | متلازمة الوترة |
| Weber – Christian disease | داء ويبر – كريستيان |
| – afebrile | – اللاحمي |
| Weber – Cockayne syndrome | متلازمة ويبر – كوكايين |
| Wegener – Klinger syndrome | متلازمة فاغنر – كلينغر |
| Wegener's granulomatosis | الورام الحبيبي لفاغنر |
| Well's syndrome | متلازمة ويل |
| Werner's syndrome | متلازمة ويرنر |
| Western blot | ويسترن بلوت |
| wet dressing(s) | ضمادات رطبة |
| – occlusive | – مسدة ( كتيمة ) |
| – with ointment | – مع مرهم |
| – solutions | – بالمحاليل |
| wheal formation | تشكيل انتباري |
| wheals (hives) | انتبارات |
| whirlpool dermatitis | التهاب الجلد في المسابح |
| white | أبيض |
| – atrophy | – ضمور |
| – dermographism | – كتوبية الجلد |
| – finger | – أصبع |

| English | Arabic |
|---|---|
| – forelock | ـ الناصية ، شعر مقدم الرأس |
| – piedra | ـ بصرة |
| – pox | ـ طفح جدري |
| – psoriasis | ـ صداف |
| – sponge nevus | ـ وحمة إسفنجية |
| – spot disease | ـ داء البقع |
| – spots, congenital | ـ بقع ، ولادية |
| whitehead | رأس أبيض |
| Whitmore's disease | داء وايتمور |
| Wickham's striation phenomenon, lichen planus | ظاهرة التخطط ( الخطوط ) لويكهام في الحزاز المسطح |
| von Willebrand's disease | داء فون ويلبراند |
| von Willebrand – Jurgens syndrome | متلازمة فون ويلبراند ـ جورجينز |
| Wilson's disease | داء ويلسون |
| Windpocken | الحماق ( تسمية ألمانية ) |
| Winiwarter – Burger disease | داء ويني ورتر ـ بورجير |
| Winterbauer's syndrome | متلازمة وينتربور |
| Wiskott – Aldrich syndrome | متلازمة ويسكت ـ الدريش |
| Wittmaack – Eckbom syndrome | متلازمة ويتماك ـ إكبوم |
| Wolman's disease | داء فولمان |
| Wood's lamp | لمبة وود |
| Wood tars | القطران الخشبي |
| woody phlegmon | فلغمون خشبي |
| wool fat | دهن صوفي |
| Woolf – Dolowitz – Aldous syndrome | متلازمة وولف ـ دولوفتيز ـ الدوس |
| woolly hair | الشعر الصوفي |
| woolly hair nevus | وحمة الشعر الصوفي |
| Woringer – Kolopp disease | داء فورينجر ـ كولوب |
| worms | الديدان ( م : دودة ) |
| – bristle | ـ حليقية |
| – flatworms | ـ الديدان المنبسطة |
| – ringlet | ـ الحلقية |
| – roundworms | ـ الديدان المنبسطة |
| – tapeworms | ـ الشريطيات |
| – threadworms | ـ السرمية الدويدية ، الأقصور |
| – treatment of diseases | ـ معالجة الأمراض |
| wounds | جروح |
| Wubenthal's syndrome | متلازمة وينتال |
| *Wucheria bancrofti* | *الفخرية البنكروفتية* |

# X

| English | Arabic |
|---|---|
| xanthelasma | اللويحة الصفراء |
| – corporis | ـ الجسدية |
| – generalized | ـ المعممة |
| – palpebrarum | ـ الجفنية |
| xanthochromia palmaris | اصفرار الراحتين |
| xanthoerythrodermia perstans | أحمرية ( احمرار ) الجلد الأصفر الدائم |
| xanthogranuloma juvenile | الحبيبوم الأصفر الفتوي |
| xanthogranuloma, necrobiotic | الحبيبوم الأصفر ، البلى الفيزيولوجي |
| xanthoma(s) | الصفروم ( روم أصفر ) |
| – disseminated, with hepatosplenomegaly associated hyperlipidemia | ـ المنتثر مع ضخامة كبدية طحالية مترافقة بفرط شحميات الدم |
| – disseminatum with diabetes insipidus | ـ المنتثر مع بوالة تفهة |
| – eruptivum | ـ الطفحي |
| – juvenile | ـ الفتوي |
| – nevoid | ـ الوحماني |
| – papular | ـ الحطاطي |
| – palmare papulosum | ـ الحطاطي الراحي |
| – palmare striatum | ـ المخطط الراحي |
| – plane, diffuse/ planum diffusum | ـ المسطح / المنتشر |

| | |
|---|---|
| – tendinosum et articulare | ـ الوتري والمفصلي |
| – tuberosum | ـ الحدبي |
| – verruciform | ـ ثؤلولي الشكل |
| xanthomatoses/ xanthomatosis | الورام الأصفر |
| – hypercholestero – lemic | ـ مفرط الكولسترولية |
| – hypercholestero – lemic, familial idiopathic | ـ مفرط الكولسترولية ، العائلي الغامض |
| – hyperlipidemic | ـ مفرط شحميات الدم |
| – idiopathic hyperlipidemic | ـ مفرط شحميات الدم الذاتي |
| – plane, normolipemic | ـ المسطح ، سوي الشحميات الدموية |
| – tonsillar | ـ اللوزي |
| – X – chromosomal recessive ichthyosis | ـ السماك الصاغر بالصبغوي X |
| – keratoses | ـ التقرانات |
| xerosis conjunctivae | جفاف الملتحمة |
| X – linked ichthyosis | السماك الصاغر المرتبط بالجنس |
| X – ray | الأشعة السينية ( إكس ) |
| – carcinoma | ـ السرطانة |
| – dermatitis | ـ التهاب الجلد |
| – elastosis | ـ المران |
| – keratoses | ـ التقرانات |
| – therapy, soft | ـ المعالجة ، اللينة |
| – ulcer | ـ القرحة |
| – urticaria | ـ الشرى |

## Y

| | |
|---|---|
| yaws | اليوز ، الداء العليقي |
| – bush | ـ دغل |
| – forest | ـ الغابة |
| yeasts | خمائر ( م : خميرة ) |
| yellow nail syndrome | متلازمة الظفر الأصفر |
| *Yersinia enterocolitica infections* | *أخماج اليرسينة المعوية الكولونية* |
| *Yesinia pestis* | *اليرسينة الطاعونية* |

## Z

| | |
|---|---|
| Zaraath | زارات ( اسم للجذام ) |
| zinc | الزنك |
| – chloride cauterization, Schreus' | ـ الكي بالكلوريد ، لشريس |
| – deficiency | ـ عوز |
| – gelatin | ـ هلام |
| – metabolism | ـ استقلاب |
| – pyrithione derivates | ـ مشتقات البيريثيون |
| Zinsser – Cole – Engman syndrome | ـ متلازمة زينسير – كول – اينغمان |
| nail changes | ـ تبدلات ظفرية |
| zirconium granuloma | حبيبوم الزرقونيوم |
| zona | منطقة |
| zoonoses | مرض حيواني المصدر / من منشأ حيواني |
| zoster | نطاق |
| – gangraenosus | ـ موات |
| – generalisatus | ـ معمم |
| – haemorrhagicus | ـ نزفي |
| – in the hand region | ـ في منطقة اليد |
| – multiplex unilateralis | ـ متعدد متوحد الجانب |
| – nervi trigemini | ـ أعصاب مثلث التوائم |
| – ophthalmicus | ـ عيني |
| – oticus | ـ أذني |
| – of the second and third trigeminal branch | ـ فرع الثاني والثالث من مثلث التوائم |
| – segmental innervation of the skin | ـ تعصيب قطعي للجلد |
| – segmentalis | ـ قطعي |
| – smallpox | ـ جدري |
| – special localizations | ـ توضعات خاصة |
| – traumaticus | ـ رضحي |
| zosteriform skin necroses | نخرات الجلد نطاقية الشكل |


منتدى إقراء الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com
للكتب ( كوردى , عربي , فارسي )